

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Stela Vidigal Milagres

**EXPRESSÃO DAS RELAÇÕES DE PODER NA CONFORMAÇÃO DAS  
PRÁTICAS DE DOAÇÃO DE SANGUE**

Belo Horizonte

2020

STELA VIDIGAL MILAGRES

**EXPRESSÃO DAS RELAÇÕES DE PODER NA CONFORMAÇÃO DAS  
PRÁTICAS DE DOAÇÃO DE SANGUE**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Isabela Silva Câncio Velloso.

Belo Horizonte

2020

Milagres, Stela Vidigal.

M637e Expressão das relações de poder na conformação das práticas de doação de sangue [manuscrito]. / Stela Vidigal Milagres. - - Belo Horizonte: 2020.

107 f.: il.

Orientador (a): Isabela Silva Câncio Velloso.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Doadores de Sangue/psicologia. 2. Relações Interpessoais. 3. Filosofia. 4. Linguística. 5. Dissertação Acadêmica. I. Velloso, Isabela Silva Câncio. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WH 460

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colgrad@enf.ufmg.br



**ATA DE NÚMERO 629 (SEISCENTOS E VINTE NOVE) DA SESSÃO DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA STELA VIDIGAL MILAGRES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 24 (vinte e quatro) dias do mês de março de dois mil e vinte, às 14:00 horas, realizou-se a sessão para apresentação e defesa da dissertação "*EXPRESSÃO DAS RELAÇÕES DE PODER NA CONFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE DOAÇÃO DE SANGUE*", da aluna *Stela Vidigal Milagres*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Isabela Silva Cancio Velloso (orientadora), Luiz Alex Silva Saraiva e Kênia Lara da Silva, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVADA;  
( ) REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 24 de março de 2020.

Profª. Drª. Isabela Silva Cancio Velloso  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Luiz Alex Silva Saraiva  
(FACE/UFMG)

Profª. Drª. Kênia Lara da Silva  
(Esc.Enf/UFMG)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

Homologada em reunião do CPG  
em: 04/05/2020

Coordenadora do CPG

*D*edico este estudo aos meus pais, que dignamente me apresentaram o caminho do trabalho, da honestidade e da persistência. Agradeço pela dedicação constante e pelo apoio incondicional.

## AGRADECIMENTOS

À Providência Divina que tem me guiado por caminhos de aprendizado e evolução. Honro e agradeço!

À minha filha, Elisa, que chegou no finalzinho dessa trajetória e, já me trouxe tanta alegria. Todo o meu amor!

Aos meus pais, pelo total desvelo e incentivo. Quanta admiração por vocês!

Ao Mário, que resinificou para mim o verdadeiro sentido de parceria e cumplicidade. Gratidão por sonhar comigo, meu amor!

À minha família, irmãos, avó, tios e primos. Obrigada por comemorarem comigo as minhas conquistas!

À professora Isabela, minha orientadora nesse trabalho, a melhor que eu poderia ter. Sempre terna e disponível. Um grande exemplo de humildade e competência! Agradeço por todos os ensinamentos, principalmente aqueles que jamais encontrarei nos livros.

Ao exemplo de perseverança que eu encontrei como colega de disciplina, Heloísa. Além de mãe, avó e farmacêutica, mestranda. Quando eu “crescer”, eu quero ser igual a você.

Aos amigos da Triagem Clínica da Fundação Hemominas, em especial, Cínthia e Ellen, grandes apoiadoras e ouvintes nos momentos de devaneio. Vocês são inspirações de obstinação. Vamos continuar crescendo juntas!

Aos profissionais das Unidades de Coleta e Transfusão da Fundação Hemominas de Belo Horizonte que, vislumbrando a possibilidade de um serviço ainda melhor, tiveram a generosidade de colaborar com o meu acesso e permanência no serviço, nos dias de coleta de dados. Muito obrigada por toda a cordialidade!

Aos participantes deste estudo, pela confiança e contribuição. Por meio dos seus discursos, pude compreender como se configuram as relações de poder no contexto da doação de sangue.

*Que é necessário sair da ilha para ver a ilha, que  
não nos vemos se não nos saímos de nós.*

*(José Saramago – O conto da ilha desconhecida)*

## RESUMO

O sangue, desde os primórdios da humanidade, sempre teve grande importância no contexto social, remetendo ao significado e sentimento de vida. Da mesma forma, a solidariedade sempre foi valorizada socialmente como um nobre gesto, de grande valor ético para os que a praticam. Esse processo envolve uma gama de sentimentos e motivações que repercutem na qualidade de um produto essencial – o sangue – e que impacta em diversos níveis de complexidades dos serviços de assistência à saúde. Por meio do estudo sobre as bases históricas da doação de sangue no Brasil, pode-se perceber o forte caráter institucional que envolve o processo transfusional. Pressupõe-se haver, por parte do doador de sangue, interesse em se enquadrar nos critérios de doação, pois isso o faz sentir-se valorizado e útil perante a sociedade. Considera-se que a constituição dos sentimentos das pessoas que passaram pela experiência de serem classificadas como inaptas está, de certa maneira, relacionada às relações de poder, discutidas pelo filósofo Michel Foucault, nas suas três esferas: disciplinar, pastoral e biopoder. Com o objetivo de analisar a expressão das relações de poder, nas práticas de doação de sangue, na perspectiva de candidatos que tenham passado pela experiência de serem classificados como inaptos, foi desenvolvida uma pesquisa de abordagem qualitativa, com análise do discurso, ancorada no referencial teórico-filosófico pós-estruturalista, que tem em Michel Foucault um de seus principais representantes. A coleta de dados deste estudo foi realizada nas duas Unidades de Coleta e Transfusão, situadas em Belo Horizonte, que integram a rede da Fundação Hemominas. Os participantes da pesquisa foram 31 candidatos à doação de repetição, ou seja, indivíduos que compareceram à Unidade de Coleta e Transfusão para se candidatar a uma nova doação de sangue e, que já foram classificados como inaptos em alguma candidatura anterior. Os dados foram coletados utilizando-se entrevista de roteiro semiestruturado e submetidos a análise de discurso, organizados em quatro categorias analíticas, que concernem ao objetivo deste estudo e constituem a discussão dos dados analisados. Na primeira, “regimes de verdade, discursos e pensamentos sobre a doação de sangue”, foi feita uma análise das questões relativas às verdades socialmente produzidas, absorvidas e reverberadas pelos indivíduos, com relação ao ato de doar sangue. Na segunda categoria, “disciplina, controle e vigilância dos doadores de sangue”, foi discutido o efeito do poder disciplinar nas práticas de doação de sangue. Na terceira categoria, “relação divina e o ato de doar” foi explorada a forma como as relações, produzidas pelo poder pastoral, tem ligação com o ato de doar sangue. Na quarta categoria, “governo da população doadora de sangue” foi analisada a forma como a tecnologia do biopoder, manifesta-se no contexto da doação de sangue. Considerando-se a onipresença das relações de poder, sua análise no contexto do serviço hemoterápico de doação de sangue constituiu-se em elemento fundamental para a compreensão de seu papel nas relações estabelecidas. Além disso, sua análise também foi útil para o entendimento das estratégias empregadas na contenção dos seus efeitos e da forma como os candidatos à doação se manifestam na tentativa de se colocarem de forma mais confortável na rede de relações.

**Descritores:** análise de discurso, doação de sangue, doador de sangue, Foucault, inaptidão de doação, relações de poder.



## ABSTRACT

Blood, since the dawn of humanity, has had great importance in the social context, referring to the meaning and feeling of life. Likewise, solidarity has always been valued socially as a noble gesture, of great ethical value for those who practice it. This process involves a range of feelings and motivations that have an impact on the quality of an essential product - blood - and that impact on various levels of complexities of health care services. Through a study of the historical bases of blood donation in Brazil, one can see the strong institutional character that involves the transfusion process. This assumed that there is an interest on the part of the blood donor to meet the donation criteria, as this makes him feel valued and useful to society. This considered that the constitution of the feelings of people who went through the experience of being classified as unfit is, in a way, related to the power relations, discussed by the philosopher Michel Foucault, in its three spheres: disciplinary, pastoral and bio power. In order to analyze the expression of power relations, in blood donation practices, from the perspective of candidates who have gone through the experience of being classified as unfit, a qualitative research with discourse analysis was developed, anchored in the framework post-structuralism theoretical-philosophical, which has Michel Foucault as one of its main representatives. The data collection for this study was carried out in the two Collection and Transfusion Units, located in Belo Horizonte, which are part of the Hemominas Foundation network. The research participants were 31 candidates for repeat donations, that is, individuals who attended the Collection and Transfusion Unit to apply for a new blood donation and who were already classified as unfit in any previous application. Data were collected using a semi-structured script interview and subjected to discourse analysis, organized into four analytical categories, which concern the objective of this study and constitute the discussion of the analyzed data. In the first, "truth regimes, speeches and thoughts about blood donation", an analysis was made of the issues related to the socially produced, absorbed and reverberated truths by individuals, in relation to the act of donating blood. In the second category, "discipline, control and surveillance of blood donors", the effect of disciplinary power on blood donation practices was discussed. In the third category, "divine relationship and the act of giving", the way in which relationships, produced by pastoral power, are related to the act of donating blood, was explored. In the fourth category, "government of the blood donor population", the way in which biopower technology is manifested in the context of blood donation was analyzed. Considering the ubiquity of power relations, its analysis in the context of the hemotherapy service for blood donation constituted a fundamental element for understanding its role in the established relationships. In addition, its analysis was also useful for understanding the strategies used to contain its effects and how the donation candidates manifest themselves in an attempt to place themselves more comfortably in the network of relationships.

**Keywords:** discourse analysis, blood donation, blood donor, Foucault, unfit donation, power relations.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Classificação de doadores na triagem clínica _____	23
Quadro 2 – Informações dos participantes do estudo _____	44
Figura 1 – Estoque de sangue diário da Fundação Hemominas, 2019 _____	49
Figura 2 – Campanha de captação de doadores da cidade de Juiz de Fora, 2015 _____	50

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABO	Grupos sanguíneos
AD	Análise do Discurso
ANHH	Analista de Hemoterapia e Hematologia
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
HSH	Homem que mantém ou manteve relações sexuais com outro homem
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RDCs	Resoluções da Diretoria Colegiada
RH	Antígeno do sangue descoberto a partir do macaco rhesus
STF	Supremo Tribunal de Justiça
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	11
1 INTRODUÇÃO .....	13
2 OBJETIVO .....	17
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
3.1 Resgate da história e normalização da doação de sangue no Brasil.....	18
3.2 Os números da doação de sangue no Brasil e no mundo .....	21
3.3 Ciclo do sangue .....	24
3.4 Recomendações acerca da doação de sangue.....	26
3.5 As esferas de poder de Foucault.....	31
4. PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
4.1 Descrição do método .....	38
4.2 Cenário do estudo .....	40
4.3 Definição dos participantes do estudo e coleta dos dados .....	41
4.4 Tratamento dos dados: análise de discurso .....	42
4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa .....	44
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
5.1 Regimes de verdade, discursos e pensamentos sobre a doação de sangue .....	48
5.2 Disciplina, controle e vigilância dos doadores de sangue .....	61
5.3 Relação divina e o ato de doar .....	73
5.4 Governo da população doadora de sangue.....	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	88
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	102
ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) .....	102
ANEXO B - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da FUNDAÇÃO HEMOMINAS-MG (CEP/HEMOMINAS) .....	103
APÊNDICES .....	104
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista .....	104
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	105

## APRESENTAÇÃO

Me tornei enfermeira ao final de 2010, pela Universidade Federal de Juiz de Fora, onde, nos dois anos seguintes, exerci a profissão e me capacitei por meio do programa de “Residência multiprofissional em saúde do adulto com ênfase em doenças crônico-degenerativas”. Foi um grande desafio me dedicar exclusivamente à residência, 60 horas por semana, divididas entre eixos teórico e prático. Ao mesmo tempo, foi um momento de grande aprendizado e aprimoramento profissional. Como eixo teórico da residência, tive a oportunidade de realizar um curso de especialização sobre políticas e pesquisa em saúde coletiva. Em paralelo, com a motivação de realizar um mestrado em enfermagem após a residência, me especializei também em metodologia da pesquisa científica.

Em março de 2013, um mês após o término da residência, fui chamada para um concurso da Secretaria Municipal da cidade de Salvador. Resolvi então adiar, temporariamente, a intenção de cursar o mestrado e mergulhei em mais um desafio, dessa vez em outro estado, longe da família e amigos. Lá, atuei por quase dois anos, como enfermeira do Programa de Saúde Família, em uma unidade do subúrbio da cidade. Foi mais um momento de muito aprendizado, onde pude, de fato, ser enfermeira, responsável por uma equipe, setores e famílias. Conheci pessoas e realidades tão diferentes do que estava habituada e estabeleci relações com a comunidade, profissionais e colegas de trabalho. Ainda que tenha sido muito feliz durante essa jornada, o sonho de cursar o mestrado, assim como, a vontade de voltar para o meu estado e para perto da minha família sempre permaneceu latente.

Em outubro de 2014, retornei para Minas Gerais, após a aprovação em um concurso da Fundação Hemominas, na cidade de Belo Horizonte, para o cargo de Analista de Hemoterapia e Hematologia, onde atuo desde então como enfermeira triagista. Na Fundação Hemominas, me vi em um cenário de assistência que jamais havia trabalhado. Fui percebendo as relações, trocas, estigmas, mitos e crenças em torno do sangue. A forma da assistência também mudou, não se tratavam mais de pacientes, mas sim, de candidatos à doação de sangue. Como enfermeira triagista, eu agora lidava, na área da saúde, com pessoas, em tese, saudáveis. Tudo o que fui observando e percebendo, se tornou gatilho para retomar o sonho de fazer o mestrado, a fim de compreender fatos velados aos olhos da maioria das pessoas.

Em 2017, me matriculei em uma disciplina isolada, no curso de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais, que fazia reflexões, na perspectiva de Michel Foucault, sobre a configuração das práticas de poder na saúde. A princípio, o filósofo

me pareceu denso e incompreensível. Porém, quando seus textos eram decodificados pelas professoras, interpretados e contextualizados com a atualidade e as práticas de assistência à saúde, tudo fazia mais sentido, e o tempo cronológico que me separava das teorias de Foucault, se tornava cada vez mais irrelevante, pois se tratavam de questões atemporais, aplicáveis em diferentes cenários, contextos e práticas. O impulso inicial para o desenvolvimento desse estudo se deu então, a partir do curso da disciplina de Michel Foucault, do entendimento das suas teorias sobre os sutis mecanismos de poder, aliado ao meu interesse em compreender questões relacionais ao contexto de doação de sangue.

Em 2018, fui aprovada no mestrado, na linha de pesquisa “Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem” da Universidade Federal de Minas Gerais. A minha vivência profissional como enfermeira triagista do Hemocentro de Belo Horizonte direcionou a escolha do tema desta pesquisa, como uma possibilidade de aprofundar na minha própria existência e me aproximou ainda mais do cenário de estudo, por meio da reflexão de várias situações vivenciadas no momento da entrevista de triagem. Acredito que os setores de serviços hemoterápicos, em especial, setores de triagem clínica e coleta para doação de sangue, apresentam-se como áreas férteis para o desenvolvimento de estudos, desde a recepção do candidato à doação no setor de conscientização, até o momento em que se finda o processo, seja por uma inaptidão, ou coleta de sangue para posterior transfusão.

A partir desse estudo, pretende-se fomentar reflexões a respeito de melhorias que podem ser incorporadas no cenário explorado, considerando a preocupação permanente com a excelência no trabalho realizado na rede de hemoterapia nacional e à importância da disponibilidade de sangue seguro para atender à população brasileira. Pouco se conhece ainda sobre a variedade de sentimentos, interesses e estereótipos que permeiam a doação de sangue.

## 1 INTRODUÇÃO

A hemoterapia, ou seja, o tratamento com propriedades curativas por meio da transfusão de sangue, assumiu importante papel terapêutico com o passar dos séculos. O sangue sempre teve importância social na história da humanidade, refletindo ideias e crenças, sendo que, algumas delas, perduram, até os dias de hoje. Na antiguidade, o sangue era considerado um fluido vital que podia conferir vida e juventude quando retirado de uma pessoa jovem e hígida e transfundido para outra de idade avançada e doente (SERINOLLI, 1999).

Contemporaneamente, o contexto da doação de sangue tem múltiplos significados no universo cotidiano daquele que se candidata a fazê-la. Um conjunto de ideias, mitos, medos, preconceitos e estereótipos sobre o ato da doação fortalecem o imaginário social desde o motivo que leva o candidato ao hemocentro, passando pela sensibilização, a entrevista, a classificação de aptidão ou inaptidão clínica para coleta, até o possível retorno e sua fidelização ao Hemocentro. Esse processo envolve uma gama de sentimentos e motivações que repercutem na qualidade de um produto essencial – o sangue – e que impacta em diversos níveis de complexidades dos serviços de assistência à saúde (BRASIL, 2015).

Diversas situações clínicas requerem a realização de transfusão sanguínea, seja ela total, ou apenas de alguns dos componentes do sangue, os quais são separados por um processo de centrifugação denominado aférese. Dentre as necessidades para transfusão de sangue mais comuns, tem-se: cirurgias com alta demanda de hemocomponentes, traumatismos com perda do volume sanguíneo em quantidade substancial, sangramentos gastrointestinais, queimaduras extensas, doenças genéticas hematológicas, tais como talassemia e doença falciforme, transplantes de medula ou outros órgãos, tratamentos quimio ou radioterápico, etc. (OMS, 2003).

Segundo Pereira et al. (2010, p. 323), “o ser humano se faz na sociedade e é feito por ela”. O sangue, desde os primórdios da humanidade, teve grande importância no contexto social remetendo ao significado e sentimento de vida. Da mesma forma, a solidariedade sempre foi valorizada socialmente como um nobre gesto, de grande valor ético para os que a praticam. Uma vez que o sangue é parte do corpo do indivíduo, ganha força a ideia de que é valorizado socialmente aquele que retira algo de si e doa, de forma voluntária, para alguém próximo ou, até mesmo para, alguém que nem sequer conhece. Em sentido contrário, de acordo com Ferguson (2015), no contexto da doação de sangue, a inaptidão clínica pode causar culpa ou vergonha naquele que, recrutado pelo Estado por meio das campanhas, se dispõe a fazer a

doação de sangue, porém não se encaixa nos critérios que classificam aptos e inaptos, seja temporária ou definitivamente.

Cabe ainda salientar que os períodos de tempo estabelecidos para as inaptidões clínicas podem desestimular o retorno dos candidatos à doação aos bancos de sangue, inclusive de doadores de repetição, mesmo depois de findado o prazo de restrição à doação. Isso se deve aos sentimentos negativos atribuídos pelo doador ao serviço de hemoterapia, ao processo de doação e a si mesmo quando é impedido de doar, devido às normas que prezam pela segurança transfusional (AGNIHOTRI, 2010. DI LORENZO OLIVEIRA; LOUREIRO; DE BASTOS; PROIETTI; CARNEIRO-PROIETTI, 2009. KASRAIAN; NEGARESTANI, 2015. SUNDAR; SANGEETHA; SEEMA; MARIMUTHU; SHIVANNA, 2010).

De acordo com Pereira et al. (2016), o entendimento de aspectos experimentais dos indivíduos são importantes para criação de imagens sociais, identidades e atribuições, bem como de sentimentos de pertencimento ou, de dissociação, de determinados grupos de aspiração. Dessa forma, a escolha pelos inaptos pregressos se deu, no intuito de compreender as suas percepções e sentimentos, em relação ao impedimento da coleta de seu sangue para doação, após terem passado pela experiência da inaptidão.

A seleção de candidatos que atendam às normas preconizadas é feita por meio de políticas específicas de coordenação das atividades hemoterápicas, em especial, dos serviços de triagem clínica e laboratoriais de alta sensibilidade, com a missão institucional de promover o acesso da população à atenção hematológica e hemoterápica (BRASIL, 2013). Isso facilita o suprimento dos estoques, com seguridade do sangue a ser transfundido, refletindo a expressão das relações de poder, nas práticas de doação de sangue, considerando-o como questão de segurança nacional.

A execução do sistema de saúde no Brasil e, conseqüentemente, a formulação das políticas de saúde, se vinculam às circunstâncias políticas e econômicas experienciadas em cada momento histórico do país. Nos serviços hemoterápicos, as mudanças políticas que ocorreram no País em 1964, trouxeram o despertar do governo para a necessidade de se estabelecer uma política específica para as atividades hemoterápicas no processo de doação, com uma legislação que a subsidiasse (BRASIL, 2013). Além disso, de acordo com Pereira et al. (2010), a emergência dos caso de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), no início da década de 1980, e a descoberta de sua transmissibilidade sanguínea, ainda com impossibilidade de sua detecção após a transfusão, devido à ausência de testes laboratoriais, fizeram com que as políticas de saúde do sangue assumissem papel normalizador na determinação da segurança das transfusões.



Por meio do estudo sobre as bases históricas da doação de sangue no Brasil, pode-se perceber o forte caráter institucional que envolve o processo transfusional. Na perspectiva de seu papel regulador, o protocolo de doação de sangue segrega aqueles que podem, ou não, realizar doações, a fim de garantir a segurança do sangue a ser transfundido (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2016). Nesse contexto fortemente normalizado, de acordo com Foucault (2014), o poder é estabelecido por meio de protocolos que, a todo momento, reconfiguram as relações que se estabelecem entre os diversos atores envolvidos na doação, de acordo com a composição de forças constituídas, produzindo efeitos a partir de conhecimentos, experiências e práticas que se manifestam.

Michel Foucault foi um filósofo contemporâneo que incitou uma reflexão produtiva sobre as relações de poder e a influência dos discursos que as sustentam, contribuindo filosoficamente para a análise do poder, criando um novo quadro conceitual sobre os problemas originais enfrentados pelas sociedades, ao longo dos tempos, sobre o controle, as resistências e o poder sobre o saber, com a produção de novos significados. O referencial teórico-filosófico foucaultiano é adotado em diferentes áreas do conhecimento (MARTA; TEIXEIRA, 2016). Há que se enfatizar que o poder não deve ser conceitualmente reduzido a algo negativo. Trata-se de uma tecnologia produtiva que vai além da gestão da vida e da subjunção, provoca discursos, aprimora potencialidades, suscita meios de resistência e induz ao prazer e ao saber (FOUCAULT, 2014).

Para Foucault (1999), a dinâmica do poder, se dá no desenrolar das relações de força que acontecem de forma mecânica, com caráter circular, no contexto relacional. Dessa forma, o poder deve ser analisado como algo que circula e que nunca é definitivamente possuído por determinada pessoa ou grupo. Qualquer indivíduo está sempre sujeito a exercer ou a sofrer a ação das relações de poder, dependendo de sua posição, em determinado contexto e em determinado momento. Assim, pode-se dizer que o poder não se aplica aos indivíduos, mas passa por eles.

Diante do exposto, pressupõe-se haver, por parte do doador de sangue, interesse em se enquadrar nos critérios de doação, pois isso o faz sentir-se valorizado e útil perante a sociedade. Considera-se que a constituição dos sentimentos das pessoas que passaram pela experiência de serem classificadas como inaptas está, de certa maneira, relacionada às relações de poder nas suas três esferas: disciplinar, pastoral e biopoder, que serão exploradas mais adiante (FOUCAULT, 1999).

A busca em bases de dados científicas mostra que é ainda restrita a produção acadêmico-científica nacional e internacional relacionada às práticas de doação de sangue, principalmente

no que refere a questões relacionais que permeiam esse processo e, conseqüentemente, à configuração das relações de poder no cotidiano do processo da doação de sangue, o que mostra a relevância do presente estudo. De acordo com Cunha, Guedes e Dias (2008), há uma predominância de estudos que buscam compreender os fatores motivadores para a doação de sangue, porém, pouco se aborda sobre a atribuição das normas, pressões sociais e obrigação moral enquanto preditores do comportamento das pessoas que desejam doar sangue.

Desse modo, é importante compreender como se configuram as relações de poder na conformação das práticas de doação de sangue. Em um processo que permeia ideias de altruísmo, hábitos saudáveis e, ao mesmo tempo, desnuda o candidato à doação diante de situações socialmente rechaçadas, questiona-se: como se expressam as relações de poder nas práticas de doação de sangue, nos discursos dos doadores já classificados como inaptos em uma candidatura anterior?

## **2 OBJETIVO**

Analisar a expressão das relações de poder, nas práticas de doação de sangue, na perspectiva de candidatos que tenham sido classificados como inaptos em uma doação anterior.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Resgate da história e normalização da doação de sangue no Brasil

A história da transfusão de sangue é classicamente dividida em dois períodos: o período pré-científico, ou empírico, e o científico. No período pré-científico, que remete às primeiras referências gregas, até 1900, a hemoterapia ocupou um espaço entre o científico e místico. Havia a prática da retirada do “sangue ruim”, como tratamento para as mais diversas doenças. Em 1616, William Harvey descobriu a circulação sanguínea. Nesta época, as tentativas de transfusão de sangue, inicialmente entre animais ou, entre animais e seres humanos e, posteriormente, apenas entre seres humanos, eram feitas braço a braço, com doação direta de uma pessoa para outra, sem que houvesse exames prévios de compatibilidade, o que ocasionava consequências fatais para os que se submetiam a esse procedimento rudimentar (SERINOLLI, 1999).

Na época das primeiras transfusões heterólogas, em 1665, alguns cientistas defendiam a ideia de que as doações vindas de animais seriam mais benéficas por serem estes seres isentos de vícios e paixões, sendo, portanto, o seu sangue desprovido de contaminação (GINGERICH, 1986). Inicialmente, a prática da transfusão sanguínea foi considerada crime e proibida em alguns países, tais como, França, Itália e Inglaterra. Em 1788, foram realizadas doações homólogas com êxito, mostrando como esta prática, até então rudimentar e empírica, poderia ser considerada terapêutica e benéfica ao restabelecimento da saúde. Todavia, as primeiras transfusões de sangue entre seres humanos são datadas em 1818 e ocorreram em mulheres com hemorragias pós-parto (SCHMOTZER et al., 1985).

No Brasil, em 1879, durante o período pré-científico, foi identificado o primeiro estudo acadêmico sobre Hemoterapia, que descreveu experiências empíricas com a realização de transfusões de sangue realizadas de animais para os homens e entre seres humanos, com o questionamento sobre qual dessas práticas seria mais vantajosa. O trabalho, uma tese de doutorado, foi considerado polêmico à época (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005).

Em 1901, inicia-se o período científico, com a descoberta, por Karl Landsteiner, dos grupos sanguíneos ABO e, em 1907, foi realizada a primeira transfusão precedida da compatibilidade ABO (SERINOLLI, 1999). Sendo, contudo, este procedimento utilizado, com mais frequência, a partir da Primeira Guerra Mundial (GINGERICH, 1986). No Brasil, na fase

científica, após a descoberta dos grupos sanguíneos, os pioneiros da hemoterapia foram cirurgiões do Rio de Janeiro (JUNQUEIRA; ROSENBLIT; HAMERSCHLAK, 2005).

Quatro décadas após a identificação do sistema ABO, descobriu-se o fator RH e foram desenvolvidas as soluções anticoagulantes e conservantes do sangue, o que permitiu sua estocagem após ser coletado. Firmou-se então, o progresso das transfusões sanguíneas, tornando-se mais seguras as práticas da doação, com o aperfeiçoamento da aparelhagem necessária e, do conhecimento mais rigoroso das indicações ou não do uso terapêutico do sangue (HOSGOOD, 1990). Com isto, abre-se a possibilidade para a existência dos bancos de sangue como são conhecidos atualmente (SERINOLLI, 1999). O primeiro banco de sangue do mundo foi instituído em Barcelona, em 1936, durante a Guerra Civil Espanhola (SCHMOTZER et al., 1985).

No Brasil, antes da Constituição Federal de 1988, as doações eram feitas com remuneração, sem critérios médicos, com transfusões comercializadas e sorologias precárias. O sistema transfusional brasileiro funcionava totalmente livre do controle governamental. Na década de 1960, a história da hemoterapia ganhou força, marcada por decretos, portarias e resoluções que estabeleceram o primado da doação de sangue e dispuseram sobre o exercício das atividades hemoterápicas no país. A legislação e normatização eram adequadas, no entanto, a fiscalização das atividades hemoterápicas desenvolvidas eram precárias e faltava uma política de sangue consistente. Embora já existissem serviços públicos e privados de elevado nível técnico e científico, havia, por outro lado, serviços de qualidade questionável, com interesses meramente comerciais, onde, na maioria das vezes, a segurança transfusional não era uma prioridade (BARROS, 2016).

Em 1980, foi criado o Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados (Pró-Sangue), com reorganização do sistema de sangue por meio da criação de hemocentros estaduais em todo o país. Foram propostas novas condutas nas atividades hemoterápicas, tais como, uso racional do sangue, seus componentes e derivados, com avaliação de benefícios, riscos e custos. O advento da AIDS, na década de 1980, também contribuiu para a instauração da normalização sobre a segurança transfusional (BRASIL, 2015).

Em 1988, através do parágrafo 4º, do artigo 199 da Constituição Federal, foi vedada a comercialização do sangue no Brasil (BRASIL, 1988a). Porém, esse artigo só teve sua regulamentação aprovada em 2001, com a lei nº 10.205, chamada “Lei do Sangue” (BRASIL, 2001). A Lei do Sangue, entre outras finalidades, cria o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados (Sinasan), responsável por regulamentar a implantação da Política Nacional do Sangue; define a Rede Integrada de Unidades de Hemoterapia; e submete todos os

serviços hemoterápicos do Brasil, públicos ou privados, às normas técnicas do Ministério da Saúde. Posteriormente, a referida Lei, foi amparada pelos Decretos Nº 3.990 de 2001 e Nº 5.045 de 2004, que regulamentaram e deram novas redações a alguns de seus artigos. Entre os anos de 1992, ano da proposta da Lei, e 2001, sua aprovação no Congresso Nacional, a regulamentação das questões relacionadas ao tema se deu por meio de decretos e normas (BARROS, 2016).

No mesmo ano da Constituição Federal, 1988, visando à segurança transfusional, foi promulgada, em 25 de janeiro, a Lei nº 7.649, que dispõe sobre a obrigatoriedade dos cadastramentos dos doadores e seus respectivos exames (BRASIL, 1988b). Em 1993, o Ministério da Saúde pública normas técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, através da Portaria Nº 1.376 (BRASIL, 1993).

Em 2005, surge o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. A partir de então, a hemoterapia brasileira tem sido norteada a fim de dar suporte às atividades hemoterápicas no país, com a aprovação de outras normas e resoluções da diretoria colegiada (RDCs) (BARROS, 2016). Atualmente, está vigente a RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) Nº 34, de 11 de junho de 2014, que dispõe sobre as boas práticas do ciclo do sangue (BRASIL, 2014) e a Portaria Nº 158, do Ministério da Saúde, de 04 de fevereiro de 2016, que redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos (BRASIL, 2016a).

O Ministério da Saúde é o órgão que normatiza as doações de sangue no território brasileiro atualmente. No entanto, os estabelecimentos hemoterápicos têm relativa autonomia quanto às condições e restrições da doação de sangue (BRASIL, 2018a). Além disso, a Lei Federal nº 9.782, de 1999, institui a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), atribuindo-lhe a função de controlar e fiscalizar todas as unidades que realizam transfusão de sangue e hemocomponentes, no país, uma vez que envolvem risco à saúde pública (BRASIL, 1999).

Assim, percebe-se que, a história da hemoterapia no Brasil, nos últimos 30 anos, registrou importantes marcos no que diz respeito à reestruturação dos serviços, legitimação da doação de sangue como ato voluntário, altruísta e não remunerado, avanços tecnológicos, legislações, normalizações técnicas, capacitações e modernização da gestão. A hemorrede pública nacional é composta por uma rede de hemocentros públicos, responsáveis pelo abastecimento de sangue nos hospitais públicos e alguns particulares e de diversos bancos de sangue privados ligados a hospitais particulares, responsáveis por abastecê-los. Também assume a missão de garantir o fornecimento de sangue para toda a população, de forma segura

e sustentável, buscando a seleção de candidatos saudáveis, voluntários e regulares à doação (BRASIL, 2015).

Em Minas Gerais, no início da década de 1980, a hemoterapia praticada não diferia muito da observada no restante do país, e caracterizando-se pela ausência de ações organizadas, normalizadas e padronizadas, pela precariedade da fiscalização e inexistência de pesquisas sistemáticas. Em 30 de junho de 1982, com o convênio firmado entre o Ministério da Saúde, o Governo do Estado de Minas Gerais, a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (Fhemig) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), foi criado o Hemocentro Regional de Minas Gerais (Hemocentro MG), com o objetivo de implantar no estado as diretrizes do Pró-Sangue (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2014a).

Em 1989, a lei nº 10.057 autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais – Fundação Hemominas (MINAS GERAIS, 1989), a qual é regida por estatuto contido no Decreto nº 45.822, de 19 de dezembro de 2011 (MINAS GERAIS, 2011).

O Hemocentro de Belo Horizonte foi criado em 02 de junho de 1999, por meio da Portaria nº 137, de 1999. Com sede na capital mineira, a Fundação Hemominas está presente em todas as regiões do estado. Além de Belo Horizonte, há hemocentros em Governador Valadares, Juiz de Fora, Montes Claros, Pouso Alegre, Uberaba e Uberlândia. Contemplando as mesmas regiões, porém ampliando a descentralização, há ainda hemonúcleos, unidades de coleta e transfusão e postos avançados de coleta externa (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2018a).

### **3.2 Os números da doação de sangue no Brasil e no mundo**

No Brasil e no mundo, a doação de sangue enfrenta desafios quanto à manutenção do estoque de bolsas, a qual está condicionada à regularidade do comparecimento dos candidatos à doação de sangue. O recomendado pela Organização Mundial de Saúde é que 100% do suprimento de sangue para as transfusões coletado em todos os países provenham de doadores voluntários e não remunerados. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a renda *per capita* é um dos principais fatores que refletem no percentual de doadores de sangue entre os países. Em 2017, do total de 112,5 milhões das bolsas de sangue coletadas no mundo, quase a metade foi coletada em países de alta renda, o que corresponde a 19% da população mundial. A taxa de doadores de sangue voluntários entre os países de baixa renda foi de 0,46%, sendo de 0,78% nos países de renda média-baixa, 1,49% em países de renda média-alta e 3,21% nos países de alta renda (OMS, 2017).

Segundo Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), se ao menos 2% da população doassem sangue de maneira regular, seria possível cobrir as necessidades de sangue e hemocomponentes de um país. Em média, os países da América Latina e Caribe coletam sangue equivalente a 1,48% de sua população, ou seja, abaixo do recomendado atualmente, sendo de 1,7% a média dos países de média renda (OPAS, 2017).

Nesse cenário, o Brasil é referência em doação de sangue na América Latina, Caribe e África. De acordo com o relatório “Fornecimento de sangue para transfusões nos países da América Latina e do Caribe, entre os anos de 2014 e 2015”, elaborado pela OPAS, a experiência brasileira é utilizada em cooperações técnicas com vários países desde 2009. Honduras, El Salvador e República Dominicana são exemplos de parceiros em projetos para o fortalecimento e desenvolvimento da promoção da doação voluntária de sangue (OPAS, 2017). Até o ano de 2016, segundo o 5º Boletim de Produção Hemoterápica, publicado pelo Sistema Nacional de Informação da Produção Hemoterápica (Hemoprod), 1,9% da população brasileira era doadora de sangue. É importante ressaltar que os dados não incluem a produção hemoterápica do estado do Amazonas, uma vez que as planilhas não foram recebidas pela Anvisa (BRASIL, 2018b).

Apesar de o Brasil ter melhorado os índices de doação voluntária desde as últimas estimativas, de 1,7% em 2014 e 1,5% em 2015, ampliado a faixa etária de candidatos à doação para 59 anos em caso de primeira doação e 69 para doadores de repetição e, ainda, ser referência na captação de sangue na América Latina, de acordo com as recomendações da OMS, é necessário aumentar ainda mais este índice “por meio de indução das políticas de captação para ampliação do número de doações nos próximos anos” (BRASIL, 2018b, p.3).

Segundo o ‘Caderno de Informação: sangue e hemoderivados’, que publica de forma descritiva e anual, os dados da produção hemoterápica de cada estado do Brasil, o delineamento do doador de sangue brasileiro é analisado considerando-se o percentual da motivação da doação e da frequência do comparecimento do doador aos bancos de coleta de sangue (BRASIL, 2017).

De acordo com a Portaria GM/MS nº 158, que regula os procedimentos técnicos na hemoterapia, a motivação da doação é classificada em espontânea quando o doador comparece voluntariamente ao serviço de hemoterapia, motivado pela manutenção do estoque de sangue, sem ter necessariamente um receptor. Já a doação de reposição é proveniente da pessoa que doa após uma solicitação, seja no trabalho, família ou a pedido de amigos, em nome de alguém. Por último, a doação autóloga acontece quando um paciente doa para si mesmo. Ainda de acordo com a Portaria, os doadores podem ser classificados quanto ao perfil relacionado à frequência



de doação. O doador de repetição é aquele que realiza duas ou mais doações no período de 12 meses. O doador de primeira vez é o indivíduo que faz a primeira doação em um determinado serviço hemoterápico. Já o doador esporádico é aquele que repete a doação após intervalo superior a 12 meses da última doação, e o doador de retorno é a soma dos dados referentes ao doador de repetição e ao doador esporádico (BRASIL, 2016a).

Para Holdershaw, Gendall e Wright, (2003), ainda não é claro que características motivacionais diferenciam candidatos dispostos a realizarem doação de sangue, daqueles indivíduos que não estão doando. As razões que motivam as pessoas a se candidatarem para a doação de sangue são muitas, mas, pode-se dizer que abrangem motivos intrínsecos ou extrínsecos, sendo mais comuns, o benefício pessoal, com a promessa de recompensas; a grande pressão social, ou a ameaça de punições ou consequências relacionadas a parentes ou amigos que eventualmente necessitem de doação; e o altruísmo ou valores pessoais.

O perfil do doador brasileiro, no ano de 2016, mostra que 50,25% dos candidatos à doação são doadores espontâneos, ou seja, sem a intenção de repor o estoque de bolsas utilizado especificamente por alguém, mas sim com a intenção de mantê-lo. Já 49,22% são doadores de reposição, doando em nome de alguém que solicitou o pedido da doação e 0,53% das pessoas realizaram doação autóloga. Foram considerados aptos 80,48% dos doadores que compareceram aos hemocentros, assim como 79,54% dos candidatos de reposição e, 77,78% dos candidatos autólogos. Com relação ao tipo de doador, o doador de retorno, no ano de 2016, correspondeu a 40,94%, ao passo que, 41,90% eram doadores de 1º comparecimento e, 17,15% foram considerados doadores esporádicos. Ainda relacionado à frequência da doação, entre os doadores de 1ª vez a taxa de inaptidão clínica foi de 55,88%, sendo mais elevada que o índice de doadores de repetição inaptos, que correspondeu a 27,64%. Dos candidatos à doação classificados como esporádicos, 16,48% foram considerados inaptos (BRASIL, 2018b).

A doação de repetição e espontânea são reconhecidamente mais seguras e sustentáveis, tendo um índice de inaptidão clínica menor, quando comparado ao percentual de inaptidões clínicas de doadores de primeira vez ou de reposição (BRASIL, 2015).

Ainda referente ao ano de 2016, o percentual de candidatos à doação do gênero masculino foi maior. No Brasil, esse dado foi de 58,72% de doadores brasileiros do gênero masculino, em detrimento de 41,28% do gênero feminino. Com relação à faixa etária, os doadores com mais de 29 anos são maioria em todas as regiões do País, representando 61,29% de pessoas acima de 29 anos, e 38,71% dos candidatos com idade entre 18 a 29 anos, não se incluindo nesses dados indivíduos de 16 e 17 anos. Vale ressaltar que a doação de sangue,

quando devidamente autorizada pelo responsável e com apresentação de documentação exigida, pode ser feita desde os 16 anos (BRASIL, 2018b).

No ano de 2016, 20,67% dos candidatos à doação de sangue, do Brasil, foram considerados inaptos clínicos (BRASIL, 2018b). Após passar pela triagem clínica, que consiste na “avaliação da história clínica e epidemiológica, do estado atual de saúde, dos hábitos e comportamentos do candidato à doação para determinar se ele está em condições de doar sangue, sem que haja prejuízo à sua saúde e à do receptor”, essa parcela dos candidatos à doação não atendeu aos critérios de condições favoráveis para a doação (BRASIL, 2017, p.22).

Do total de coletas de bolsas de sangue realizadas no Brasil, em 2015, a grande maioria, 92,35%, foram coletas realizadas no SUS e 7,65% em serviços exclusivamente privados (BRASIL, 2017).

A taxa de doadores de sangue no estado de Minas Gerais, no ano de 2015, foi de 1,63%, superando o ano de 2014, cuja a taxa foi de 1,57%. No Estado, o principal tipo de prestador para coleta de sangue foi o setor público, com a realização de 85,17% das coletas no ano de 2015. O setor privado representado por serviços filantrópicos e privados contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para complementariedade aos serviços públicos que não conseguem assumir a demanda estabelecida teve um índice de 7,74%. O setor privado não contratado pelo SUS, que assume a demanda da rede assistencial suplementar e privada no País, representou 7,10% do total das coletas no mesmo ano. Do total de candidatos à doação, em Minas Gerais, no ano de 2015, 20,23% foram considerados inaptos clínicos (BRASIL, 2017).

### **3.3 Ciclo do sangue**

De acordo com o Ministério da Saúde, o caminho percorrido por um candidato à doação em um banco de sangue é chamado de ciclo do sangue. Trata-se de etapas pré-estabelecidas e sequenciais, divididas em setores específicos, porém interdependentes. Este percurso, desde a motivação para doar, até a coleta da bolsa dos componentes sanguíneos, pode alterar relativamente entre diferentes serviços de hemoterapia do Brasil. Entretanto, de forma geral, contém as seguintes fases: 1) captação de doadores, por meio de estratégias de sensibilização sobre a importância e a necessidade de doar sangue, para população geral, ou de forma individualizada, dependendo da necessidade específica de determinado tipo sanguíneo; 2) identificação de candidatos, quando é gerado o registro de matrícula de cada candidato, sendo obrigatória a apresentação de um documento original com foto; 3) informações preliminares e orientações à doação de sangue, para os indivíduos que estão comparecendo pela primeira vez,

ou àqueles que não realizaram doação nos últimos dois anos; 4) triagem clínica, com a realização de avaliação clínica e epidemiológica, por meio de um questionário padronizado, e exame físico sumário (BRASIL, 2015).

A triagem clínica é um dos processos utilizados com a finalidade de prevenir infecções que possam ser transmitidas na doação de sangue por meio da realização de uma entrevista. Essa triagem é composta por uma série de perguntas, que variam de acordo com a região geográfica aonde a doação ocorrerá, a fim de identificar doadores que não atendam a critérios para a doação, no momento de sua candidatura. Após a triagem clínica, o sangue deve ser testado com o intuito de detectar possíveis doenças infecciosas, antes de processá-lo para uso de diversos fins terapêuticos (OMS, 2010).

Segundo a Portaria GM/MS nº 158, durante o processo de triagem clínica, os doadores podem ser classificados como aptos, inaptos temporários ou inaptos definitivos, conforme representado no quadro (1) a seguir (BRASIL, 2016a):

**Quadro 1** - Classificação de doadores na triagem clínica:

<b>CLASSIFICAÇÃO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS</b>
Apto	O candidato atende aos requisitos técnicos e normativos, como, dados pessoais, condições clínicas, laboratoriais e epidemiológicas para a doação de sangue naquele momento.
Inapto temporário	Não atende aos requisitos para doação de sangue, seja por causas demográficas, viagens a áreas endêmicas de determinadas doenças, tais como, malária, febre amarela, febre do oeste do Nilo, dentre outras, ou por causas orgânicas, como doenças infecto contagiosas, condições de repouso ou falta de possibilidade de algumas atividades laborais. Também pode se relacionar a procedimentos odontológicos ou cirúrgicos recentes. Após um período determinado, o indivíduo pode se candidatar novamente para a doação.
Inapto definitivo	Está impossibilitado de realizar a doação de sangue enquanto o critério que o tenha impedido estiver vigente. Em geral, são casos de enfermidades mais graves, como doenças crônicas, infecto contagiosas ou não, doenças autoimunes, doenças genéticas, dentre outras.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), durante as etapas e procedimentos realizados para a doação de sangue por aqueles que se candidatam a fazê-la, a segurança transfusional é o objetivo essencial. Porém, em especial na triagem clínica, por meio da análise das respostas do candidato, o triagista tem a possibilidade de avaliar sua história médica atual e pregressa, seus hábitos e comportamentos de risco para doenças transmissíveis pelo sangue, devendo, de acordo com os protocolos institucionais, deliberar ou não a coleta da bolsa de sangue. A entrevista tem caráter sigiloso e confidencial. Deve ser realizada em ambiente privativo e, registrada em meio eletrônico ou impresso, com a assinatura do entrevistado. As perguntas são de cunho íntimo, sendo necessário que o triagista sensibilize previamente o candidato à doação, a fim de garantir a confiabilidade das respostas para a seleção dos candidatos e, segurança dos doadores de sangue e receptores da transfusão.

Caso o candidato seja considerado apto para realizar a doação após as triagens clínica e hematológica, sendo esta última a medida dos níveis de hemoglobina, é realizada a coleta da bolsa de sangue. Em caso de inaptidão, o candidato recebe uma orientação sobre o tempo para nova candidatura, ou se não deve mais se candidatar, em se tratando de inaptidão definitiva (BRASIL, 2015).

### **3.4 Recomendações acerca da doação de sangue**

A OMS não exerce poder normalizador técnico ou científico sobre os Hemocentros de qualquer país. Porém, através de manuais e diretrizes faz recomendações, como por exemplo, por meio do guia “Guidelines on Drawing Blood: best practices in phlebotomy” (Diretrizes da OMS para a Tiragem de Sangue: boas práticas em flebotomia), onde afirma que a doação de sangue deve ser voluntária, não envolvendo coação, coerção ou remuneração (OMS, 2010).

Apesar disso, até os dias de hoje, há doação remunerada em alguns países, o que não ocorre no Brasil desde a década de 1980. Atualmente, 57 países coletam 100% das bolsas de sangue de forma voluntária e não remunerada (BRASIL, 2017). Ainda que pago, nos Estados Unidos, por exemplo, os doadores de sangue que recebem algum benefício pela coleta das bolsas, são, obrigatoriamente, identificados como “doadores pagos”, mostrando uma preocupação com candidatura à doação não voluntária (BERGER, 2013).

A OMS elaborou também um conjunto de requisitos básicos para os serviços de transfusão de sangue, apontando os passos a serem dados, pelos estabelecimentos hemoterápicos, antes da doação, denominados “Blood Transfusion Safety” (Segurança na

Transfusão de Sangue) e “Basic Requirements for Blood Transfusion Services” (Requisitos básicos para serviços de transfusão de sangue), ambos publicados em 2009 (OMS, 2010).

Ainda segundo as recomendações da OMS, os possíveis doadores de sangue devem ser selecionados cuidadosamente, de acordo com os critérios nacionais para este fim (OMS, 2010). A segurança transfusional na doação sanguínea é estabelecida através de critérios, normas e ações dos profissionais que atuam na hemoterapia, afim de garantir ao paciente transfundido, êxito na manutenção de seu tratamento e o estabelecimento impetuoso da saúde. Dentre as exigências a serem seguidas, pode-se destacar: obrigatoriedade da doação voluntária e não remunerada; coordenação nacional dos serviços de transfusão sanguínea, com sistemas de qualidade em todas as áreas; captação de doadores por meio de estratégias educativas; sensibilização do candidato à doação, com incentivo ao vínculo e fidelização; garantia de execução dos procedimentos formais a respeito das normas de biossegurança, em especial, com relação a triagem de todo sangue doado para infecções transmissíveis por transfusões; utilização clínica adequada do sangue, evitando-se transfusões desnecessárias; obrigatoriedade da realização do cadastro de doadores e dos exames laboratoriais para o sangue doado; opção de auto exclusão em sigilo, pelo doador, do seu hemocomponente, o que, consiste na possibilidade de o doador solicitar a inviabilidade de sua bolsa, mesmo que o sangue já tenha sido coletado, caso tenha omitido ou se lembrado de alguma informação não relatada durante a entrevista da triagem clínica (BRASIL, 2015).

O processo de auto exclusão garante o anonimato do candidato à doação e varia com relação à forma de execução entre os bancos de sangue que o aplicam. Vale ressaltar que este procedimento não faz parte nas normas da Fundação Hemominas atualmente, sendo orientado ao doador sobre a importância do fornecimento de informações posteriores, caso ele tenha omitido algum dado durante a triagem clínica, anterior à doação, ou desenvolva algum sintoma nos dias que prosseguem a mesma (BRASIL, 2015).

Os bancos de sangue dispõem de um setor específico e de profissionais responsáveis pelo contato e captação de novos candidatos à doação de sangue e manutenção da periodicidade de doadores já vinculados. A área da captação de doadores intensificou-se a partir da década de 1990, voltando seu olhar para o caminho da educação e, não mais, sobre o imediatismo de situações emergenciais, ou apelativos, de acordo apenas com a necessidade dos estoques, como era feito anteriormente. Atualmente, mais do que apenas captar, existe uma preocupação contínua em fidelizar o doador, buscando garantir doadores conscientes, de baixo risco, que conheçam o processo da doação e façam deste gesto solidário um costume regular. Há uma carência de publicações científicas sobre a atividade de captação no Brasil, o que dificulta a

criação de normas e técnicas específicas para captação de doadores de acordo com a realidade do país, tornando a doação de sangue um hábito consciente, e ainda, transmitido para gerações futuras, a fim de "proporcionar conhecimento, entendimento dos aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que envolvem e influenciam a doação espontânea de sangue e como esta poderá ser concebida como uma questão de participação, compromisso e responsabilidade social" (BRASIL, 2015, p. 9).

A história das campanhas de promoção da doação de sangue e do recrutamento de doadores em potencial, traz a Segunda Guerra Mundial como primado do estímulo e motivação, incentivando a solidariedade e altruísmo dos cidadãos para salvar vidas. Desde de então, frases de impacto, imagens apelativas, textos alusivos ao tema foram disseminados nos mais variados meios de comunicação, utilizando-se recursos que afetem, de alguma forma, as pessoas e as levem a realizar a doação de sangue regularmente (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2014a).

A propaganda é talvez a forma mais eficaz para a promoção à doação de sangue por ser a melhor forma de comunicar com o público através do uso de palavras, imagens, música e outros recursos. Inclui a veiculação de anúncio, nos meios de comunicação, por determinado tempo, de forma gratuita ou paga. Os hemocentros brasileiros veiculam mensagens, algumas vezes em tom apelativo, com a intenção de influenciar comportamentos a partir da sensibilização. As campanhas podem ser temáticas, como por exemplo em determinadas datas comemorativas – dia das mães, Natal, Carnaval, etc. – ou não, sendo veiculadas a partir de diversas mídias, tais como: televisão, rádio, imprensa escrita, mala direta, outdoor, mídias sociais, internet, dentre outras. A televisão é, sem dúvida, a mídia que consegue um maior alcance na transmissão da mensagem das campanhas para conquistar possíveis candidatos à doação (BRASIL, 2015).

A preocupação cada vez maior das pessoas com as questões sociais e a importância da prática da cidadania, formam um elo com a sociedade que em muito interessa aos setores de captação dos hemocentros e auxiliam os envolvidos diretos nas campanhas de mídia de grande alcance no Brasil. Culturalmente, a doação de sangue é associada a um ato heroico e de generosidade, não tão desprezioso quanto possa parecer, mas, ao contrário, agindo em benefício dos serviços hemoterápicos a partir da publicidade e no sentimento altruísta imbuído no ato de doar sangue. Uma empresa, por exemplo, pode melhorar sua imagem corporativa aos olhos de consumidores, colaboradores, fornecedores e mídia ao incentivar a doação entre seus funcionários, familiares e clientes, divulgando os materiais da causa, captando recursos, criando assim, um diferencial sobre os concorrentes. Com a mesma finalidade, agências de

comunicação podem divulgar a promoção da doação de sangue para o público que atingem. (BRASIL, 2015).

A doação também é incentivada através de frequentes campanhas internas, entre as classes trabalhistas que socialmente remetem à ideia de segurança, tais como, policiais, bombeiros e militares do exército. Os hemocentros, muitas vezes, também recorrem aos telejornais, através da exibição de matérias, a fim de provocar um chamamento da população para a doação de sangue onde normalmente é citado os baixos estoques de sangue das unidades hospitalares (BRASIL, 2015). A percepção das doações de sangue pelos indivíduos e os princípios éticos envolvidos na mobilização em torno de estratégias que maximizem a doação são questões que merecem atenção crítica e reflexiva para as pessoas e instituições normativas do processo de doação de sangue (BERGER, 2013).

Para Bas et al. (2016), as estratégias das campanhas e captação de candidatos à doação são importantes para o aumento do número de pessoas que se disponibilizam a doar sangue, aumentando, assim, o número de doações. Porém, a gestão eficaz de todo o processo que envolve a doação, desde a coleta, o transporte, armazenamento e a distribuição para sua utilização podem melhorar o desempenho do sistema, otimizando a produção e equilibrando a oferta em relação à demanda da necessidade diária de sangue nas instituições hospitalares .

Assim como a história hemoterápica brasileira, a captação, ou o recrutamento de doadores, se estruturou e atualmente conta com um conjunto de estratégias que visam garantir a eficiência desta atividade tão importante e, ao mesmo tempo, difícil, dada a pequena parcela da população que se voluntaria para se candidatar à doação de sangue. Os serviços de captação realizam atividades coletivas, tais como: campanhas em escolas, ambientes de trabalho, utilização de ferramentas de mídia escrita e falada, promoção de palestras para grupos de crianças e adolescentes nos hemocentros, esclarecendo sobre a doação e mostrando de perto como ela feita, o chamado "hemotour". Estratégias individuais também são utilizadas pelos captadores por meio do chamamento para a doação por carta, convocações de doadores cujo sangue é direcionado a pacientes específicos, os chamados doadores fenotipados, convites por telefone em situações nas quais determinado tipo sanguíneo encontra-se em baixa nos estoques hospitalares, contatos com familiares de pacientes que possivelmente serão, ou já foram transfundidos (BRASIL, 2015).

Atualmente, o marketing social é aliado da captação de doadores de sangue auxiliando na conquista e persuasão de recrutamento de novos candidatos e fidelização dos doadores de repetição, na promoção da doação voluntária, através de campanhas que sensibilizem a população quanto à solidariedade e altruísmo envolvidos no ato de doar sangue e “salvar vidas”

(BRASIL, 2015). De acordo com Philip e Eduardo (1992), o termo marketing social refere-se a uma tecnologia empregada para a promoção da aceitação de uma causa, ideia ou mudança de um comportamento social em determinado público alvo.

No Brasil, existem duas datas comemorativas que prestigiam a doação de sangue e homenageiam os doadores. O dia 25 de novembro foi estabelecido como o "Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue", através do Decreto de Lei nº 53.988 do ano de 1964, e é reconhecido como a data oficial dos doadores de sangue no país (BRASIL, 1964). Neste dia, os bancos de sangue realizam atividades recreativas com apresentações musicais, brincadeiras, distribuição de brindes e diplomas para os doadores com número significativo de doações pgressas. Além disso, busca-se captar doadores com campanhas de incentivo à doação e coletas externas em espaços públicos de grande circulação de pessoas, como hospitais, escolas, shoppings, dentre outros (BRASIL, 2015). Na outra data, o dia 14 de junho, desde o ano de 2005, comemora-se o Dia Mundial do Doador de Sangue, regulamentado pela OMS, com o intuito de aumentar a conscientização sobre necessidade da doação de sangue, fortalecendo as práticas de captação de doadores e de agradecer pelo gesto de solidariedade prestado (OMS, 2005).

Quando o candidato comparece ao Hemocentro para doação, caso seja realizada a punção para coleta do sangue, ainda que não efetivada a doação por motivos técnicos, o doador de sangue tem direito ao "Atestado de Doação", conforme a Lei Federal nº 1.075 de 1950, que rege sobre o assunto e garante a dispensa do trabalhador de um dia das suas atividades laborais (BRASIL, 1950). Além disso, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em seu artigo 473, inciso IV, prevê que o empregado, regido por este estatuto, poderá deixar de comparecer ao serviço, para a doação de sangue, sem prejuízo do salário, por um dia a cada ano (BRASIL, 1943).

Todo esse contexto nos mostra como, na sociedade atual, o ato de doar sangue envolve sentimentos de autossatisfação e auto-recompensa, seja, como por exemplo, pela a isenção de eventuais julgamentos negativos, ou pelo altruísmo em se sentir socialmente útil e valorizado ou, ainda, por meio de gratificações como medalhas, certificados, carteirinhas de fidelidade e atestado de doação. Ser classificado ou se considerar um doador de sangue vinculado a um hemocentro, reforça a constituição do doador como um sujeito cidadão, responsável, solidário, etc. Além disso, as normas clínicas de aptidão para a doação de sangue sugerem a ausência de comportamento sexual de risco e atestam, ainda que de forma implícita, que o doador é uma pessoa saudável (GARRAUD; LEFRÈRE, 2014).



### 3.5 As esferas de poder de Foucault

Antes de iniciarmos o estudo sobre as esferas de poder de Michel Foucault, é necessário conhecer a origem do significado da palavra poder. Segundo Ferreirinha e Raitz (2010, p. 369), a palavra poder é derivada do latim: “Vem do latim vulgar *potere*, substituído ao latim clássico *posse*, que vem a ser a contração de *potis esse*, “ser capaz”; “autoridade”. Dessa forma, na prática, a etimologia da palavra poder torna-se sempre uma palavra ou ação que exprime força, persuasão, controle, regulação etc”.

Ainda na tentativa da compreensão do significado do poder, no sentido denotativo, nos dicionários da língua portuguesa, a palavra tem vários sinônimos, dentre os quais destacamos: “ter possibilidade ou autorização para”; “ter força para”; “dispor de força ou autoridade”; “soberania”; “influência”; “domínio”; “posse” (FERREIRA, 2001, p. 577). Na filosofia, a palavra poder, referindo-se ao indivíduo ou instituição, de forma consciente ou não, é definida como “a capacidade de este conseguir algo, quer seja por direito, por controle ou por influência. O poder é a capacidade de se mobilizar forças econômicas, sociais ou políticas para obter certo resultado” (BLACKBURN, 1997, p. 301).

O poder é exercido socialmente, ao longo da história, de forma simples, universal e, ao mesmo tempo, como um fenômeno de conceito ainda vago e multiforme. Implica sempre na atuação de um indivíduo ou grupo sobre outro indivíduo ou grupo, se organizando e estabelecendo relação com os diversos dispositivos sociais, políticos e econômicos vigentes e está diretamente ligado às possibilidades de ação de um indivíduo em relação a outros. O poder se relaciona a diferentes fontes e recursos que o legitimam, dentre as quais se destacam a autoridade formal, o controle dos processos de decisão, dos recursos escassos, da informação e do conhecimento, de acesso a diversos setores da organização, da tecnologia e de uma habilidade técnica (CROZIER; FRIEDBERG, 1990).

De acordo com Foucault, existem diferentes formas de se exercer o poder. Todas elas têm características definidoras em relação ao tempo, história, espaço e, dispositivos que utilizam para o controle (CASTRO, 2009). Neste trabalho vamos destacar o pensamento de Foucault em relação ao poder nas esferas disciplinar, pastoral e biopoder, bem como às suas configurações em relação às normas de doação de sangue.

Segundo Foucault (1999), umas das formas de exercer o controle e a disciplina dos indivíduos é o poder disciplinar. Este tipo de poder é exercido de forma relacional e não tem, como característica, se apropriar ou retirar algo dos indivíduos através da força ou do excesso. Esta tecnologia de poder tem como principal função o adestramento e submissão do corpo, para

tanto, utiliza-se da inspeção, vigilância, controle de costumes, dos horários, rotinas pré-estabelecidas, organização em série e inserção de atividades regradas e obrigatórias. Através de técnicas de categorização e enquadramento, a partir da normalização, ele separa, analisa, direciona, distribui, mede em termos quantitativos e diferencia até as especificidades que julgar necessárias. A partir das rotulações domina aquilo que está submetido, estabelece uma conformidade e, hierarquiza em termos de valor, o nível dos indivíduos, decompostos e catalogados, vistos como instrumentos do seu exercício.

Trata-se de um poder insidioso, internalizado progressivamente, que acontece de forma contida e por vezes invisível, porém permanente. Modifica mecanismos e impõe processos de forma gradual, sendo considerado, portanto, um poder discreto. Ao mesmo tempo, possui caráter de indiscrição, pois está em toda a parte e sempre atento, com os olhares de vigilância ininterruptos, controlando, até mesmo, aqueles incumbidos de controlar outros indivíduos (FOUCAULT, 1999).

O poder disciplinar atua sobre as pessoas de forma individual, através da manipulação intencional e operações de controle minucioso dirigidas ao corpo, ações, gestos e comportamentos (NASCIMENTO et al., 2017). Segundo Foucault (1999), na percepção do poder disciplinar, o corpo é um elemento fundamental que sofre imposições, limitações, proibições e ao qual são impostos deveres e obrigações.

Diversas instituições podem ser consideradas dispositivos designados a disciplinar indivíduos, utilizando-se de instrumentos de controle e técnicas de para classificação e enquadramento, delimitando condutas que levam a uma padronização, tais como: asilos, instituições psiquiátricas, penitenciárias, escolas, instituições militares, hospitais, etc. Na disciplina, delimita-se, por meio da norma, a relação entre as diferenças binárias, entre o normal e o anormal, por exemplo. Em nome da verdade, exercida em conexão com o poder, legitimam e viabilizam práticas autoritárias de segregação, monitoramento, gestão dos corpos e do desejo. Estabelecem a demarcação entre os que serão considerados inaptos ou aptos, dentro de uma relação oscilante de docilidade-utilidade, ou seja, o corpo perde força pela sua sujeição à obediência e, por outro lado, a disciplina se submete ao corpo pela sua utilidade e máxima eficácia (FOUCAULT, 1999).

Aos submetidos ao poder, os quais Foucault chama de súditos ou corpos dóceis, ou seja, corpos maleáveis e moldáveis, o poder disciplinar impõe certa visibilidade obrigatória. São coagidos e vigiados constantemente e isto os mantém sujeitos ao poder sutil que a disciplina exerce sobre eles, dificultando que más condutas e atitudes contrárias aos objetivos

estabelecidos sejam desempenhadas. Essa esfera de poder, segundo o autor, lança mão de três técnicas simples: olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame (FOUCAULT, 1999).

A vigilância hierárquica exerce pressão e define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, obrigando pelo “jogo do olhar”, sem necessariamente ser visto. Cada olhar é uma peça no funcionamento global do poder, que não se detém, nem se transfere. Não segue, necessariamente a estrutura estabelecida, a princípio, em um organograma. Todos os envolvidos produzem e participam na divisão do poder, ainda que não tenha um cargo prescrito de chefia. Mas o olhar disciplinar tem necessidade de escala, atendida pela representação da pirâmide, espalhando seus degraus por toda a superfície a controlar, entretanto de forma discreta e contínua ao longo de todo o processo de trabalho para que os indivíduos se enquadrem em um modelo, de forma que os comportamentos sejam padronizados viabilizando a disseminação do poder disciplinar (FOUCAULT, 1999).

Outro instrumento do poder disciplinar, a sanção normalizadora, funciona como um mecanismo de pequenas penalizações, em geral, relacionadas ao corpo, suas forças, utilidade, docilidade, repartição e submissão. Na essência de todos os sistemas disciplinares, existe um mecanismo penal com a função de reduzir os desvios do padrão que classifica os indivíduos como bons e maus na estrutura social. A sanção é capaz de fazer sentir a falta cometida, confundindo, humilhando, com uma certa frieza e indiferença. Por fim, tem-se o exame, que combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza (FOUCAULT, 1999).

Segundo Foucault (2008), outra forma de exercício de poder é o de cuidado denominado poder pastoral. O poder pastoral não tem como característica a intenção de fazer mal aos inimigos, mas sim, apenas fazer o bem àqueles de quem se cuida. Possui caráter religioso e tem como objetivo principal a salvação de cada um e de todos os seres que compõem o “rebanho”. É entendido pelo autor como o grupo de pessoas pertencentes a certa população e, que são guiadas por um representante legal ou político, detentores do conhecimento científico, madatários religiosos, divindades, enfim, por um pastor que se dedica à sua coletividade. A figura do pastor é relacionada ao personagem que alimenta, conduz, guia, dirige, zela, etc. Ele cuida dos indivíduos. A preocupação do bom pastor está sempre voltada para outros, nunca para si mesmo.

Ainda segundo Foucault (2008), o poder pastoral não pode ser confundido com o poder de subjunção dos homens à lei ou a um líder político. É uma relação de poder distinta da soberania, na qual o povo deveria servir ao soberano. No poder pastoral, ao contrário, o pastor serve e se sacrifica pela salvação do rebanho. A salvação que deve ser assegurada pelo

pastorado ao rebanho tem um sentido muito preciso nessa temática. Trata-se da arte de governar os homens e, não apenas um território fixo. Um poder terrestre, apesar de ter o por finalidade o além. É ao mesmo tempo um poder que individualiza, concedendo tanto valor a um sujeito, quanto ao rebanho todo, ou seja, visa, ao mesmo tempo, todos e cada um, preza pela totalidade do rebanho e, não a unidade superior formada pelo todo. O pastor precisa estar atento a todos e a cada um, com atenção ao que pode ser feito de errado, mas principalmente como zelo, compreendido como vigilância, a propósito de tudo o que pode acontecer de nocivo.

Segundo Moura (2007), o poder pastoral implica em uma análise e consciência de seus atos, sendo necessário que cada indivíduo reporte ao pastor tudo o que possa ser uma falha, ou imoral, através da confissão. Apenas o pastor possui conhecimento necessário e respaldo para conduzir e analisar a possibilidade da salvação, por meio do que Foucault chama de “governo das almas”, com a direção das consciências dos indivíduos do rebanho. De acordo com Foucault, o pastor precisa conhecer as fragilidades e deslizes das pessoas que conduz: “Os médicos não poderão fazer mais nada no dia em que os doentes se recusarem a mostrar suas feridas. O pecador deve, pois, ir ver um padre, como um doente deve ir ver o médico, explicando-lhe de que sofre e qual sua doença” (FOUCAULT, 2002, p. 218). Sendo estabelecida, dessa forma, uma relação de confiança e obediência entre o pastor e o sujeito do rebanho, a fim de se obter a salvação, onde é necessário dizer muito além do que se quer, mas aquilo o que o pastor acha relevante (MOURA, 2007).

Nenhuma outra sociedade ou civilização foi mais pastoral do que as sociedades cristãs, onde o pastorado foi introduzido no Ocidente pelo cristianismo, sendo Cristo o primeiro pastor. Por intermédio da Igreja cristã, organizou um poder autônomo e específico e implantou seus dispositivos, sendo absorvido e propagado com o tempo por outros representantes sociais que se fazem pastores, em atividades menores, subordinadas em relação à ordem política, como por exemplo, através das categorias científicas, em especial, a medicina, tendo o médico como figura social que conduz e orienta a população (FOUCAULT, 2008).

A partir da confissão, dispositivo que permite saber-poder sobre cada um, é feita uma avaliação pela salvação ou não, revelando uma relação entre o poder e a verdade, legitimada pelo poder pastoral. Revelar a culpa, ou o erro, é a base da produção do discurso verdadeiro sobre o desejo. Na medicina, a confissão ainda acontece e, diferente da penitência cristã, não se esgota no próprio ato, ao contrário, ultrapassa os limites do confessor para produção de registros sobre os sujeitos, utilizando-a em seu benefício e, vinculando-a a um regime de visibilidade administrativo e, não mais, religioso (MOURA, 2007).

O poder pastoral transformou-se consideravelmente, ao longo dos séculos. Foi deslocado, desmembrado, integrado a formas diversas, porém, nunca foi abolido. Em sua tipologia, organização, em seu modo de funcionamento, o pastorado, exercido como poder de quem governará os homens, em seu cotidiano, com o pretexto de leva-los à vida eterna em outro plano, ainda permanece (FOUCAULT, 2002).

A partir da segunda metade do século XVIII, as tecnologias do poder passam a ser complementadas pelo chamado biopoder. Não se trata de uma substituição, nem tampouco de uma eliminação dos poderes vigentes até então, mas sim, de uma adaptação, da racionalidade do exercício de poder, coexistindo na mesma época e sobrepondo-se um ao outro constantemente (POGREBINSCHI, 2004). De acordo com Foucault (2008), as disciplinas aplicadas sobre o corpo e as regulações da população constituem os dois pilares em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. Para Pogrebinschi (2004), o elemento comum que transita entre os poderes vigentes é a norma, que se aplica tanto ao corpo que se quer disciplinar, quanto à coletividade que se quer regulamentar

Até o início de século XVIII, o poder soberano mantinha o direito sobre a vida e a morte de seus súditos, como umas de suas características, fazendo morrer e deixando viver. Ainda que esses processos fossem considerados naturais e biológicos, teoricamente, fora do âmbito do poder político, o efeito do poder exercido pelo soberano se dava de forma desequilibrada, do lado da morte e do direito de poder matar. A mudança sobre o direito político de matar e fazer viver, é considerada uma grande transformação do século XIX. Não se trata de uma substituição da forma de se exercer o poder, mas sim, de uma sobreposição, no campo do pensamento político, da análise do poder contínuo e científico, que vai modificá-lo e transformá-lo em um poder inverso, o direito de fazer viver e deixar morrer. Nesse contexto, o biopoder emerge, entre meados do século XVIII e início do século XIX. (FOUCAULT, 2005).

Considerado uma tecnologia de poder, também chamada de “biopolítica”- termo que designa a maneira pela qual o poder tende a se transformar, lida com o conjunto de viventes constituídos em população como um problema científico, político, biológico e como problema de poder, ao mesmo tempo. Exerce o direito pela vida e no “como” se vive, na maneira de viver, afim de aumentar a vida para controlar seus acidentes, suas eventualidades, deficiências e, em consequência, controlar a morte. O biopoder evidencia-se a partir da manifestação do controle sobre a vida, mais especificamente, sobre o homem enquanto ser vivo. Entretanto, ao invés de individual, resumindo-se à normalização dirigida ao corpo, como observado no poder disciplinar, o biopoder é exercido de forma coletiva (FOUCAULT, 2005).

Essa coletividade, representada por uma população, é submetida a processos e mecanismos de vigilância e regulações inerentes à vida, tais como: proporção dos nascimentos e óbitos; taxas de reprodução e fecundidade; categorização da forma, natureza, extensão, duração e intensidade de doenças endêmicas; avaliação de incapacidades biológicas diversas; mensuração dos efeitos do meio (climáticos, geográficos ou hidrográficos). A partir do estudo desses fenômenos da espécie humana, a biopolítica extrai seu saber e define o campo de atuação de seu poder sobre a população, enquanto problema político, científico e biológico (FOUCAULT, 2005).

O mapeamento dos acontecimentos coletivos, de natalidade, mortalidade e longevidade, constituiu os primeiros objetos de saber e, conseqüentemente, os primeiros alvos do controle dessa biopolítica com intervenções e mecanismos reguladores, por meio de previsões, estimativas estatísticas e medidas globais, para seus efeitos econômicos e políticos. Assegura-se assim, sobre os homens, não uma disciplina, mas um mecanismo de aplicação do poder diferente, como uma regulamentação ou um equilíbrio (FOUCAULT, 2005).

Cabe ressaltar que, as doenças não são mais consideradas como epidemias que podem matar, mas sim, como fatores permanentes, que podem enfraquecer subtrair as forças, diminuindo o tempo de trabalho das pessoas, bem como, suas atividades e capacidades, aumentando, dessa forma, os custos econômicos. Essa nova perspectiva culminou na introdução de uma medicina que terá um olhar atento com relação à higiene pública, com órgãos de coordenação dos tratamentos médicos, da centralização de informações, normalização do saber e com aspecto de campanhas de aprendizado da higiene e medicalização da população (FOUCAULT, 2005).

Segundo Foucault (2002), em toda produção acerca da intervenção do biopoder há, concomitantemente, uma grande produção de conhecimento. Para Furtado e Camilo (2016) os saberes e as técnicas capazes de governar populações por meio das tecnobiociências, de evidências científicas e da manipulação da vida desenvolveram-se vertiginosamente nos últimos séculos e se infiltraram nos serviços e cuidados de saúde, com ênfase na higiene pública e medicina social, medindo, prevendo e calculando os fenômenos coletivos que podem atingir e afetar a população.

A qualidade de vida, amparada ao cuidado com a saúde e estimulada socialmente, na tentativa de evitar o risco da doença, fortalece as relações entre o biopoder e as transformações tecnológicas contemporâneas. Novas tecnologias surgem, culminado em novas formas de subjetivação. Atualmente, as ciências biomédicas e a biotecnologia assumiram grande importância, com inúmeros instrumentos de análise aptos a elucidar seus riscos e benefícios de

intervenção no nível mais elementar da vida orgânica. Como exemplo das conquistas no campo das ciências da vida tem-se: a origem de animais e plantas geneticamente modificados, a terapia genética, o mapeamento dos genes humanos, as técnicas de reprodução assistida, dentre outros que retratam o poder e o controle sobre a vida (FURTADO; CAMILO, 2016).

De acordo com Foucault (2005), o biopoder não se trata apenas de avanços científicos e tecnológicos para a manutenção da vida, mas sim, do exercício de um poder político, introduzido no século XVIII, fazendo viver de forma que se consiga manter as pessoas vivas, mesmo quando, biologicamente, deveriam estar mortas já há algum tempo. Nesse contexto, a doação de sangue constitui um dos recursos terapêuticos que aumentam a expectativa de vida de pessoas em condições críticas de saúde, causados por acidentes, complicações pós-cirúrgicas, doenças hematológicas, dentre outros, por meio da transfusão de hemocomponentes.

Diante do exposto, presume-se que a disciplina se reflete nas doações de sangue na profunda normalização dos processos que a envolvem e que culmina na classificação de aptos e inaptos, diante do desejo de se realizar a doação. O poder pastoral revela-se na triagem, que leva à confissão da intimidade dos indivíduos. Por fim, o biopoder, manifesta-se nas políticas que definem as doações e na gestão dos comportamentos, de forma sutil na relação dos corpos dos indivíduos com os seus processos vitais.

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Descrição do método

Com o objetivo de analisar a expressão das relações de poder nas práticas de doação de sangue, na perspectiva de candidatos que tenham passado pela experiência de serem classificados como inaptos, foi desenvolvida uma pesquisa de abordagem qualitativa, com análise do discurso, ancorada no referencial teórico-filosófico pós-estruturalista, que tem em Michel Foucault um de seus principais representantes.

A pesquisa qualitativa volta-se para a dinâmica das relações sociais que envolvem o universo de valores, atitudes, motivações e crenças. Essa abordagem penetra no campo dos significados das ações, expressões e das relações humanas, o que corresponde a um aprofundamento da construção dos fenômenos, processos, significados, representações e relações. Dessa forma, trabalha-se com a vivência, a experiência, a cotidianidade e a compreensão do ser humano em sociedade, e de suas estruturas e instituições, de sua história e de sua produção simbólica como resultado da ação humana (MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa explora o que não pode ser quantificado. Aprofunda-se na intensidade, singularidade e significado das coisas e, em seus contextos naturais, tentando entender ou interpretar os fenômenos em termos dos sentidos que as pessoas lhes atribuem. Em torno do significado das coisas, os indivíduos se organizam, tendo, portanto, a construção dos significados, uma função estruturante. É um ciclo que não se fecha, pois, toda pesquisa produz conhecimento e gera novas indagações (MINAYO, 2010; 2017).

Quanto ao referencial teórico-filosófico, o pós-estruturalismo, tem sua origem no estruturalismo francês, que teve seu ápice entre as décadas de 1958 e 1968 e consiste em uma abordagem estruturo-funcional, por meio de uma investigação científica dos fenômenos, cuja tarefa básica reside em revelar as leis internas de um sistema determinado. O estruturalismo possui como pilar a linguística estrutural entendida como um sistema de significação entre significado (palavra) e significante (som), de forma relacional e formal, constituído por diferentes níveis de estrutura. Os elementos concretos dessa estrutura não são importantes, mas sim o modelo abstrato da estrutura profunda revelada na "álgebra da linguagem" (PETERS, 2005).

Segundo Derrida (2004), o estruturalismo se fortaleceu no momento em que as ciências da linguagem era um discurso dominante. Já na década de 1960, houve o início de uma desconstrução da autoridade da linguagem, uma tentativa de superar aquilo que estava posto



até então, dando espaço para a emergência do pós-estruturalismo. Para Aguilar e Gonçalves (2017), o pós-estruturalismo não é simplesmente uma sucessão ou uma cisão, com a corrente teórica que foi seu alicerce, mas sim, uma sobreposição teórica a fim de repensar e reanalisar as teorias estruturalistas alguns conceitos considerados como verdades absolutas e centrais. Ou ainda, uma resposta filosófica à esfera científica do estruturalismo.

Segundo Peters (2000, p.8), “o pós-estruturalismo pode ser caracterizado como um modo de pensamento, um estilo de filosofar e uma forma de escrita”, o que permite uma multiplicidade de possibilidades e não deve ser reduzido a um conjunto de pressupostos, método ou teoria, mas deve ser entendido como um movimento de pensamento, que incorpora diferentes formas da prática crítica e apresenta-se por meio de diferentes teorias e perspectivas, sendo considerado, dessa forma, interdisciplinar. A pesquisa científica ancorada no pós-estruturalismo busca analisar os fenômenos como um todo estrutural, que só pode ser compreendido mediante a análise de seus componentes e da função que cumprem, revelando as leis internas deste sistema.

Os pós-estruturalistas concebem o sujeito em termos relacionais, como um elemento governado por estruturas e sistemas. Dessa forma, os componentes combinados que formam a estrutura analisada se relacionam e, a modificação de qualquer um deles implica a modificação de todos os outros e, conseqüentemente, altera a configuração do todo (PETERS, 2000). O sujeito é tido como “descentrado”, ou seja, não está no centro da produção de significação, do sentido das coisas e dos seus próprios discursos, questionando-se, assim, a ideia do sujeito como o próprio autor do conhecimento e fonte dos significados, caracterizado como um elemento periférico da produção de fenômenos de uma estrutura social e, historicamente constituído (VELLOSO, 2011).

Pereira (2010, p. 422) compreende que o pós-estruturalismo “reafirma a importância da estrutura, não na constituição do sujeito, mas sim na determinação das diferentes posições de sujeito, que emergem nos momentos de tomada de decisão”, permitindo pensar como o sujeito se desenvolve em variadas formas de experiências, em seu contexto histórico e cultural e, qual a significação atribuída a estas experiências, dando-lhe voz, captando sua integralidade e subjetividade.

Segundo Peters (2000), o pós-estruturalismo, enquanto movimento, atualmente está em sua terceira ou quarta geração, representado por feministas, psicanalistas, pós-colonialistas, neo-foucaultianos, dentre outros que propagam e aplicam o pensamento pós-estruturalista da primeira geração, em experiências contemporâneas, em determinado contexto, sem se

preocupar com uma definição única para esta corrente de pensamento, entendendo-a como um pensamento sempre em construção.

Os questionamentos gerados articulam com a perspectiva do pós-estruturalismo, uma vez que seu fundamento é inquirir a própria realidade, quem são os indivíduos que a constituem e quais as relações sociais estabelecidas no cenário estudado. Dessa forma, permite-se uma reflexão sobre as práticas e os conhecimentos construídos historicamente, em um regime de verdade, resultantes da manutenção ou, da modificação das relações de saber e poder, entre grupos sociais hegemônicos e outros grupos que são vistos socialmente como subordinados, prejudicados pela produção destes conhecimentos da sociedade, em um dado momento, expressos pelos discursos hegemônicos de sistemas disciplinares e normalizadores, cujas formas de dominação são diversas e vão além do aspecto institucional, incluindo questões paralelas às estruturas formais, tais como, étnico-raciais, de gênero e sexualidade (DREYFUS; RAINBOW, 1983; VELLOSO, 2011).

## **4.2 Cenário do estudo**

A coleta de dados deste estudo foi realizada nas Unidades de Coleta e Transfusão, situadas em Belo Horizonte, que integram a rede da Fundação Hemominas, instituída em 1989, pela lei nº 10.057 (MINAS GERAIS, 1989). A referida rede de serviços hemoterápicos é regida por estatuto, contido no Decreto nº 45.822, de 19 de dezembro de 2011 (MINAS GERAIS, 2011).

Com sede em Belo Horizonte, a Fundação Hemominas está presente em todas as regiões do estado. Além da capital, existem outros seis Hemocentros, situados em Governador Valadares, Juiz de Fora, Montes Claros, Pouso Alegre, Uberaba e Uberlândia. Contemplando as mesmas regiões, porém ampliando a descentralização, há ainda nove Hemonúcleos, seis Unidades de Coleta e Transfusão e cinco Postos Avançados de Coleta Externa (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2018a). Além disso, faz parte da Rede Hemominas o Centro de Tecidos Biológicos (Cetebio), onde são realizadas coletas e o processamento de células e tecidos biológicos, tais como, pele, medula óssea, cordão umbilical e placentário, dentre outros (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2018b). A cidade de Belo Horizonte possui um Hemocentro e duas Unidades de Coleta e Transfusão (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2018a).

Uma das Unidades de Coleta e Transfusão que foi cenário desta pesquisa, foi criada em 2002, através da Portaria n. 81, no ano de 2002 (MINAS GERAIS, 2002). Situada nas dependências de um hospital de grande porte, de abrangência regional, recebe doadores

voluntários, agendados previamente ou convidados pelo serviço de captação, de segunda a sábado, das 7h às 12h (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2018c). A outra Unidade de Coleta e Transfusão foi criada em 2013, através da Portaria n. 210 (MINAS GERAIS, 2013), está localizada em um shopping de grande porte, na região Norte de Belo Horizonte, sendo a iniciativa de se instituir uma unidade de coleta fixa, em um ambiente que faz parte da rotina das pessoas, pioneira no Brasil. Tem capacidade para atender até 80 candidatos à doação de sangue por dia, apenas pelo sistema de agendamento prévio, ou no próprio local, com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8h às 19h (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2014b).

#### **4.3 Definição dos participantes do estudo e coleta dos dados**

Os participantes da pesquisa foram 31 candidatos à doação de repetição, ou seja, indivíduos que compareceram à Unidade de Coleta e Transfusão para se candidatar a uma nova doação de sangue e, que já foram classificados como inaptos em alguma candidatura anterior. Os participantes foram recrutados mediante à estratégia de consulta à ficha cadastral de cada doador, ou candidato à doação, através do sistema digital HEMOTEPLUS, onde foi possível categorizá-los de acordo com os critérios de inclusão. A denominação por “candidato à doação de sangue” refere-se ao fato de que os dados foram coletados antes dos participantes realizarem o procedimento da triagem clínica.

Foram critérios de inclusão na amostra da pesquisa: ter idade igual ou superior a 18 anos, ser candidato à doação de sangue de repetição, tendo sido classificado como inapto em algum comparecimento pregresso.

Como critério de exclusão foram considerados os candidatos com idade entre 16 e 17 anos, além daqueles indivíduos que expressaram, o desejo de interromper sua participação no estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista de roteiro semiestruturado (Apêndice A). A sequência das entrevistas foi definida de acordo com a chegada do participante à Unidade de Coleta e Transfusão, onde os dados foram coletados. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local que garantiu a privacidade do participante, gravadas em áudio e, posteriormente, foram transcritas na íntegra, pela pesquisadora, sempre tomando a cautela necessária para manter a fidedignidade e o sigilo das mesmas. Os dados foram coletados no período de 28 de agosto a 05 de setembro de 2019. Os participantes foram identificados por meio da letra E, seguido do número sequencial da realização da entrevista (E1, E2, E3, etc.). Segundo Gil (2008), a entrevista se caracteriza por ser um processo de obtenção de informações

acerca do que as pessoas sabem, creem, sentem, desejam, fazem ou fizeram. É, portanto, uma interação social na forma de diálogo, em que uma das partes coleta os dados e a outra é fonte de informação.

Para Triviños (1995), a entrevista de roteiro semiestruturado parte de certos questionamentos básicos, que são apoiados por teorias e hipóteses relacionados a determinado tema pesquisado e oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que surgem à medida que se recebem as respostas do informante. Esse instrumento foi escolhido devido ao seu caráter flexível, dando maior liberdade ao candidato à doação de expor seus sentimentos e opiniões acerca do objeto em questão. De acordo com Manzini (2003), nesse tipo de entrevista, o foco se dirige sobre o assunto acerca do qual se confecciona o roteiro, com perguntas principais que serão complementadas por outras questões que surgirem espontaneamente durante a entrevista.

O encerramento da coleta de dados foi determinado por saturação dos dados, que consiste na técnica de suspensão de novos participantes na coleta de dados quando a inclusão de novos participantes, na avaliação do pesquisador, gera redundância e repetição de informações (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Assim, a escassez de novos tipos de enunciados corresponde ao fechamento da amostra por saturação, o que significa “definir o conjunto que subsidiará a análise e interpretação dos dados” (FONTANELLA, et al., 2011, p. 389).

Segundo Minayo (2017, p. 5), o importante é destacar que a seleção da amostra envolve “decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção”. Portanto, preocupar-se menos com as generalidades e generalização e mais com o aprofundamento, abrangência e compreensão de um grupo social, organização, instituição, colocando os diferentes aspectos do observado à luz das teorias que fundamentam as indagações.

#### **4.4 Tratamento dos dados: análise de discurso**

Segundo Minayo (1992), a fase de análise de dados conduz a lógica do grupo que estamos analisando. Na análise qualitativa não há a classificação da opinião dos participantes, mas a descoberta de códigos sociais a partir de símbolos e observações. Os passos propostos pela autora para a análise dos dados são: a ordenação, ou seja, a transcrição e releitura de entrevistas e, a organização sistemática dos relatos e dos dados de observação; a classificação,

que consiste, a partir da leitura exaustiva dos textos, em apreender as estruturas de relevância; e a análise final, o encontro da especificidade do objeto estudado com as relações essenciais.

Neste estudo, os dados coletados foram submetidos à Análise do Discurso (AD). Segundo Orlandi (2009), a AD não se ocupa do sentido do texto, ou do sentido do discurso, mas sim dos modos e das dinâmicas do texto e do discurso por ocasião da produção de sentidos emergidos por um objeto simbólico e na sua significância para os indivíduos, no contexto sócio histórico e ideológico em evidência. Para isso, leva-se em conta aspectos materiais, institucionais e imaginários, ou seja, as projeções de sentido realizadas pelo indivíduo. Mais do que predeterminados na língua, os sentidos se encontram constituídos nas e pelas formações discursivas, sendo, portanto, sempre definidos ideologicamente, por meio da interseção entre ideologia e interdiscurso. Falar é se posicionar, se identificar, se definir. Portanto, para a autora, a relação do sujeito com a linguagem nunca é inocente e está na base da constituição das subjetividades e da existência humana.

Para Foucault (1996), o discurso se coloca no âmbito das leis, sendo a sua produção socialmente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por determinados procedimentos, com a intenção de modelar os seus poderes. Desse modo, a produção do discurso é ligada ao objeto, aos rituais, às circunstâncias e ao direito legitimado do sujeito que o pronuncia, sustentado pela instância de controle discursivo à qual pertence. Não se pode dizer tudo, em qualquer conjuntura, de qualquer forma ou, por qualquer um. Sendo assim, a disciplina configura-se como um princípio de controle da produção dos discursos.

O discurso é a reverberação da verdade que emerge diante das pessoas. Desse modo, a verdade está diretamente relacionada à forma como o saber é exercido, valorizado, distribuído e atribuído socialmente. A verdade é deslocada e aplicada a partir do saber, permanecendo sempre a sua função e os limites de seu valor de coerção, com a atualização constante das regras, que incluem a eficácia suposta ou imposta das palavras e o seu efeito sobre aqueles aos quais se dirigem (FOUCAULT, 1996).

De acordo com Faria e Linhares (1993), é no discurso que a ciência se reconhece enquanto prática e é por meio dele que afirmações se transformam em verdades. A adoção de estratégias metodológicas da AD inclui a identificação de vários conjuntos de sentidos que ordenam as ideias centrais dos enunciados; a percepção de artifícios de persuasão por parte do enunciador, por exemplo, a seleção do vocabulário ou, o silenciamento de temas e figuras; e as relações de convergência e de divergência estabelecidas entre os níveis intra e interdiscursivo. Os autores descrevem elementos provenientes da análise linguística de discurso, dentre esses,

incluem-se os efeitos ideológicos que os discursos são capazes de criar, ou seja, dependendo da forma ou o que o enunciador fala, esse enunciado é capaz de persuadir o ouvinte.

Há também uma relação entre os conteúdos postos e pressupostos. Os postos representam o que está presente no enunciado, enquanto os pressupostos possibilitam ao enunciador dizer algo implicitamente, recorrendo ao receptor, para que juntos, interpretem o enunciado. O silêncio sobre determinadas questões também pode ser elemento estratégico no discurso, uma vez que o omitido e silenciado possibilita os processos de significação. A persuasão se baseia no que é dito e, também, no não dito, pois vivemos em um contexto social que materializa nossa visão de mundo e cria, assim, nossos discursos e ditos (FARIA; LINHARES, 1993).

#### **4.5 Aspectos Éticos da Pesquisa**

Os preceitos éticos envolvidos na pesquisa com seres humanos foram seguidos e, os participantes, cientes do propósito deste estudo. Foi necessária a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), o qual assegurou o sigilo e a privacidade dos participantes dando a eles o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG), sob parecer nº 3.368.993 (ANEXO A), bem como do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hemominas (CEP/HEMOMINAS), parecer nº 3.519.017 (ANEXO B), instituição escolhida como cenário desta pesquisa, de forma a assegurar os aspectos éticos da pesquisa, os quais são regulados pelas especificações da Resolução n. 466/2012 (BRASIL, 2012) e, Resolução n. 510/2016 (BRASIL, 2016b) do Conselho Nacional de Saúde.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O contato para a solicitação da realização da coleta de dados, nos cenários escolhidos para o desenvolvimento deste estudo, foi feito com as responsáveis pela coordenação de cada uma das Unidades de Coleta e Transfusão, sendo uma dessas profissionais enfermeira, e a outra formada em gestão de recursos humanos. Cabe ressaltar que as coordenadoras das unidades foram sempre muito solícitas e receptivas à realização da pesquisa. Após acordados os dias de coleta, de acordo com as especificidades de funcionamento das unidades, como por exemplo, o horário de funcionamento e local privativo disponível para a realização das entrevistas, deu-se início à coleta.

Percebeu-se, por parte das coordenadoras, preocupação para que a coleta fosse realizada sem nenhum problema que pudesse atrapalhá-la, assim como, nenhum prejuízo para o andamento do serviço. Houve ainda, o cuidado de que toda a equipe soubesse da realização do estudo, de que forma seria feita a coleta e, que aqueles funcionários que pudessem contribuir, de alguma forma, como por exemplo, funcionários do cadastro, auxiliassem na identificação dos possíveis participantes do estudo, de acordo com os critérios do estudo que foram levados ao conhecimento da equipe. Isso contribuiu, de forma significativa, para a mobilidade da pesquisadora dentro das Unidades, acesso ao Sistema Hemote Plus, onde estão armazenados os dados cadastrais dos indivíduos que se candidatam à doação, bem como, para a otimização e logística na realização das entrevistas antes que o triagista chamasse o candidato a doação para a entrevista clínica. Assim, o andamento da coleta de dados se deu de forma tranquila e organizada, com raras interrupções.

Por meio da observação das unidades e com a colaboração das coordenadoras, de forma gradual, foi possível compreender a forma de organização do trabalho, a composição do quadro de funcionários, as dificuldades e limitações que colocaram ao longo do processo de trabalho, a interação entre os profissionais e destes com os candidatos à doação que compareceram às unidades nos dias em que foi realizada a coleta de dados.

Com relação aos candidatos à doação, possíveis participantes do estudo, observou-se, em um primeiro momento que, ao serem abordados para uma primeira conversa, cuja intenção era de explicar o estudo, bem como questioná-lo sobre sua disponibilidade para participar, alguns, ficavam um pouco receosos e apreensivos, achando que havia algo errado com relação ao seu sangue ou seu cadastro e registrados dos comparecimentos anteriores. Ao serem chamados pelo nome, os candidatos tinham uma primeira impressão que de o atendimento, naquele dia, para a efetivação de sua doação já havia começado. Em um dos dias de realização

da coleta de dados, o espaço disponibilizado para gravação das entrevistas foi um consultório de triagem clínica, o que tornou evidente essa distorção do candidato à doação que acreditava, ao ser chamado pelo nome, por uma pessoa que estava dentro do consultório, que começava ali o seu atendimento. Observado isso, tomou-se cuidado em explicar-lhes, com a maior clareza possível, logo no início da abordagem, que este estudo não tinha qualquer relação com a triagem clínica, que seria realizada posteriormente.

Ao início das entrevistas, realizou-se o levantamento de alguns dados dos participantes, de forma a caracterizá-los no estudo, de acordo com as seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, grau de formação, raça ou cor e, o número de vezes em que o participante compareceu aos serviços hemoterápicos do Hemominas para se candidatar à doação de sangue (QUADRO 2).

**Quadro 2** - Informações dos participantes do estudo:

<b>Participante</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Grau de formação</b>	<b>Raça/cor</b>	<b>Nº de vezes em que se candidatou à doação no Hemominas</b>
E1	M	55	Casado	1º grau	Negra	2
E2	F	45	Casada	3º grau	Negra	7
E3	F	48	União estável	2º grau	Negra	2
E4	F	20	Solteira	3º grau incompleto	Parda	2
E5	M	20	Solteiro	3º grau incompleto	Pardo	3
E6	F	31	Casada	2º grau	Negra	17
E7	M	42	Casado	3º grau incompleto	Pardo	30
E8	F	25	Solteira	3º grau	Parda	2
E9	M	39	Divorciado	2º grau	Negro	8
E10	F	28	Casada	2º grau	Negra	3
E11	M	24	Solteiro	2º grau	Branco	15



E12	F	23	Solteira	3º grau incompleto	Parda	8
E13	M	42	Casado	2º grau	Negro	24
E14	M	38	Casado	3º grau incompleto	Pardo	13
E15	M	55	Casado	2º grau	Branco	6
E16	M	34	Casado	3º grau	Branco	9
E17	M	66	Solteiro	2º grau	Pardo	5
E18	F	28	Solteira	3º grau	Branca	8
E19	M	31	Casado	2º grau	Amarelo	6
E20	M	30	Solteiro	3º grau	Pardo	10
E21	F	19	Solteira	3º grau incompleto	Preta	3
E22	M	52	Divorciado	Pós-graduação	Branco	6
E23	M	41	Casado	2º grau incompleto	Pardo	13
E24	F	30	Casada	3º grau	Amarelo	3
E25	F	32	Solteira	Pós-graduação	Branca	4
E26	F	51	Solteira	2º grau	Parda	25
E27	F	54	Casada	3º grau	Parda	5
E28	F	49	Casada	1º grau	Branca	3
E29	M	38	Casado	Pós-graduação	Pardo	6
E30	M	38	Casado	3º grau incompleto	Negro	17
E31	M	34	Casado	3º grau	Negro	11

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As idades dos participantes do estudo variaram entre 19 a 66 anos, sendo 17 (55%) do sexo masculino e 14 (45%) do sexo feminino. O número de comparecimentos às unidades de coleta e transfusão de sangue do Hemominas, nos dias da coleta de dados, variou entre duas a 30 candidaturas.

Após a observação da dinâmica das unidades de coleta, cenários deste estudo, e das práticas de doação de sangue, associadas à transcrição cuidadosa das entrevistas, seleção de recortes das respostas e análise dos discursos constituídos. Conforme pontuado na estratégia metodológica, emergiram quatro categorias que concernem ao objetivo deste estudo e constituem a discussão dos dados analisados. As categorias foram assim denominadas:

- Regimes de verdade, discursos e pensamentos sobre a doação de sangue;
- Disciplina, controle e vigilância dos doadores de sangue;
- Relação divina e o ato de doar;
- Governo da população doadora de sangue.

De acordo com Velloso (2011), na análise de discurso, o que se analisa não são apenas os recortes transcritos das falas dos entrevistados, mas sim, os contextos nos quais estes discursos foram produzidos e o âmbito de observação do pesquisador, durante à realização da pesquisa. Considerando-se que as relações de poder se fazem presentes em todas as relações humanas, não houve a intenção de esgotar a discussão sobre a configuração das práticas de saúde de doação de sangue, mas de identificar nuances dessas relações que se apresentam no delineamento das relações entre o desejo e as normas de doação de sangue, constituindo os discursos como prática social.

### **5.1 Regimes de verdade, discursos e pensamentos sobre a doação de sangue**

Essa categoria aborda as questões relativas às verdades socialmente produzidas, absorvidas e reverberadas pelos indivíduos, com relação ao ato de doar sangue. Os recortes das falas dos entrevistados mostram que os regimes de verdade, nesse contexto, produzem discursos e fazem circular imagens, significações, saberes e pensamentos que orientam modos específicos de ser e de se comportar em relação à doação de sangue.

Com intuito de se compreender o processo de construção daquilo que vem a ser uma "verdade" e, por que é importante discuti-la, procurou-se buscar suas significações, tanto no sentido denotativo, como enquanto fruto de uma construção social e linguística, dependente e inseparável de um contexto histórico e cultural. De acordo com Ibrahim e Vilhena (2014), o conceito da palavra verdade é, em geral, associado a uma ideia de perenidade, ou seja, aquilo que está em conformidade com os fatos ou a realidade, permanecendo inalterável a quaisquer contingências.

Na filosofia, sob a ótica de Descartes, o conhecimento verdadeiro só poderia ter sua origem na razão (pois os sentidos oferecem dados confusos e obscuros), eliminando aquilo que

não se parecesse como verdadeiro, e apenas retendo as ideias que não suscitassem qualquer tipo de dúvida. Dessa forma, o discurso do pensamento cartesiano procurou chegar à prova da existência de verdades absolutas, logicamente necessárias, e de reconhecimento universal, que só poderiam ser encontradas na razão (MARCONDES, 1997).

No entanto, Michel Foucault dedicou-se a pensar sobre a verdade como elemento de constituição do sujeito, produto de múltiplas práticas sociais. O modo pelo qual se construíram as tecnologias da produção de verdade, como por exemplo, o inquérito, a confissão, o exame e a vigilância, como preditores do que vai ser tomado como verídico e exato, distribuindo cada um em seu devido lugar, organizando espaços e como habitá-los, selecionando atentamente quem deve adentrá-los, ocupá-los, permanecer nele e até mesmo abandoná-lo (SCISLESKI; GUARESCHI, 2011).

Segundo o filósofo, as instituições e práticas que legitimam os discursos, tais como, organizações do saber jurídico e do conhecimento científico, consistem em “formas pelas quais nossa sociedade definiu tipos de subjetividade, formas de saber e, por conseguinte, relações entre o homem e a verdade que merecem ser estudadas”, exercendo uma função de controle e de regulação do corpo social, adquirindo, simultaneamente, o estatuto de verdade (FOUCAULT, 2003, p.11).

De acordo com o referencial Foucaultiano, a significação de verdade, não diz respeito a algo tido como indiscutivelmente verdadeiro ou, que não seja enganoso, mas sim, refere-se ao regulamento ou, ainda, ao “conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados”. Os procedimentos tornam-se estatutos de verdade, com efeitos de prescrição do que deve e do que não deve ser feito. Esse regime de procedimento e práticas costuma ser aceito de forma natural e evidente a serviço de relações de saber/poder que definem o que é normal ou anormal, perigoso ou não perigoso, medicável ou não medicável, passível ou não passível de ser punido. (FOUCAULT, 2014, p. 11).

Percebe-se que o referencial sobre a produção de verdades, discutido por Foucault, tornou-se manifesto em muitos momentos na realização das entrevistas. Dentre as inúmeras ideias e crenças, que permeiam o imaginário social, sobre o sangue, algumas parecem já serem verdades inerentes ao contexto da doação, em especial aquelas largamente difundidas pelos hemocentros, por meio das instâncias educativas e mídias de informação em geral, para captação de doadores, principalmente por meio de slogans, na tentativa de sensibilização dos indivíduos. Podemos citar, como exemplos as seguintes ideias, que são verdades constituídas sobre doação de sangue: o número de doações de sangue é sempre insuficiente, por isso é

preciso aumentar o número de doadores; qualquer tipo de procedimento terapêutico pode ser interrompido se não houver bolsas de sangue disponíveis; doar sangue salva vidas; uma única doação pode ajudar até quatro pessoas; ou ainda, a convicção de que, em caso de uma doação para uma pessoa específica, muitas vezes amigo ou familiar, vá, diretamente para essa pessoa e, que em caso de impedimento dessa doação, essa pessoa fique sem receber a transfusão sanguínea. Isso pode ser observado por meio das falas dos entrevistados:

[...] igual a gente vê que está tendo poucas doações. [...] a cirurgia é adiada porque não tem sangue o suficiente para aquela pessoa fazer. (E2)

[...] assim, a gente escutava o quanto que era difícil achar uma pessoa que era compatível. Principalmente os sangues, que são mais raros. O quanto que é difícil, né, manter, o estoque bom! Cheio! (E12)

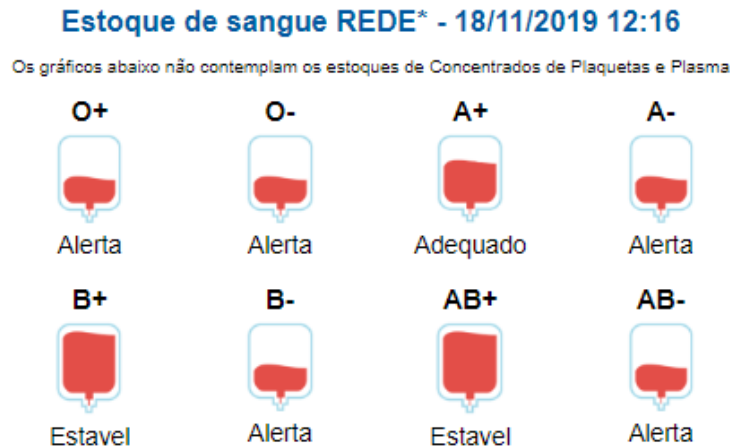
Eu sou de ver pouca televisão, mas, às vezes, eu vejo, né, matérias, né, que nos centros, tipo o Hemominas, está faltando sangue, o estoque está baixo. Quer dizer... a gente precisa, alavancar isso aí, né? Trazer mais pessoas prá... prá essa doação, né? (E15)

A partir da análise do discurso dos entrevistados, pode-se inferir que estão postas, ou seja, são consideradas “ditas”, verdades institucionalizadas, de que o sangue é um produto constantemente escasso nos estabelecimentos de saúde, devido ao baixo número de doações. Os candidatos à doação são sensibilizados e incentivados a realizá-la e a fornecer este produto essencial, uma matéria-prima essencial para manutenção da saúde dos enfermos, que podem ter seus problemas de saúde agravados ou, ainda, ter a morte como consequência da falta do sangue. Percebe-se também que os participantes pressupõem que o reduzido número de doações e a consequente falta do sangue acarreta a interrupção de tratamentos terapêuticos vitais para os quais ele é usado, como cirurgias, transfusões em casos de doenças hematológicas ou após graves acidentes por queimaduras, dentre outros exemplos. Pode-se dizer ainda que a captação de doadores é algo que está subentendido como necessário e que mais pessoas precisam comparecer e se vincular aos serviços hemoterápicos de coleta de sangue para aumentar o número de bolsas disponíveis nos estabelecimentos de saúde que realizam transfusão.

Os hemocentros, muitas vezes, recorrem aos telejornais, por meio da exibição de matérias específicas, a fim de provocar um chamamento da população para a doação de sangue, onde normalmente é mencionado o baixo estoque de sangue das unidades hospitalares (BRASIL, 2015).

No site da Fundação Hemominas é atualizado e, publicitado, diariamente, o estoque de bolsas de sangue, separados por fenótipos do sistema ABO, em toda a rede do Estado que compreende hemocentros, hemonúcleos, e unidades de coleta e transfusão. Os tipos sanguíneos

são classificados de acordo com a relação da quantidade de sangue necessária e disponível do dia. Estes podem estar identificados como adequado, estável, alerta ou crítico, como mostra a figura 1 (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2019):



**FIGURA 1**– Estoque de sangue diário classificados de acordo com o quantitativo de bolsas disponíveis.  
Fonte: FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2019.

Tomando-se como exemplo o estoque de sangue informado no site do Hemominas, no dia 18/11/2019, observa-se que nem todos os tipos sanguíneos apresentam-se em baixos níveis nos estoques dos serviços de saúde, na data em questão. Alguns deles encontram-se com o provimento adequado ou estável. Mostrando que, não necessariamente, o número de doadores precisa ser mais expressivo em todos os fenótipos. Percebe-se ainda que, neste dia, nenhum tipo sanguíneo apresenta com nível considerado “crítico”. Porém, o poder da verdade produzida cria um discurso contingencial que, por sua vez, leva à incorporação do pensamento de que todos os tipos sanguíneos estão constantemente escassos, pressupondo o agravamento do quadro de saúde daqueles que têm seus tratamentos terapêuticos interrompidos pela falta do sangue (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2019).

Também se observa como verdade legalizada, a frase amplamente divulgada nas campanhas de doação, a qual afirma que “uma doação de sangue pode salvar até quatro vidas” e, já incorporada pelo doador como discurso de verdade, como podemos observar na figura 2, que se trata de uma imagem divulgada pela Prefeitura da cidade de Juiz de Fora, sobre uma campanha realizada pelo Hemocentro desta cidade (JF PREFEITURA, 2015):



**FIGURA 2**– Campanha de captação de doadores da cidade de Juiz de Fora.  
Fonte: JF PREFEITURA, 2015.

Percebe-se que frases de impacto que mencionam o número de pessoas que se pode ajudar, são utilizadas pelos participantes da pesquisa ao se abordar o tema da doação de sangue. Outros exemplos foram verificados em matérias disponíveis no Portal do Governo do Brasil, especificamente ao ser redirecionado ao órgão do Ministério da Saúde, como por exemplo, uma matéria divulgada no dia 14 de junho, o dia Mundial do Doador de Sangue, com os seguintes dizeres: “Já pensou quão bom seria se você colaborasse para salvar cerca de 12 vidas a cada ano? É muito provável que a sensação de dever cumprido faria ainda mais parte da sua rotina. E, sabe? Você tem essa chance doando sangue! Isso porque, cada doação de sangue pode ajudar até quatro vidas” (BRASIL, 2019a). Pode-se ainda, evidenciar a circulação dessa verdade produzida, no seguinte discurso:

[...] uma doação de sangue pode salvar até quatro vidas. E, os bancos de sangue, eles são gastos todo o tempo. Não para, não para, não para... E a gente tem uma cultura de não doar sangue. [...] não só de sangue, mas, também, quem puder doar medula, doar órgãos. [...] o que que custa você ajudar o outro? (E4)

Após a coleta do sangue, o mesmo é processado e pode ser fracionado em componentes eritrocitários (concentrado de hemácias); plaquetários (concentrado de plaquetas); e plasmáticos (plasma fresco congelado e crioprecipitado), produzindo, dessa forma, até quatro componentes diferentes, para atender, como produto terapêutico, às necessidades específicas dos pacientes (BRASIL, 2015). Por esse motivo, acredita-se que uma das possibilidades é que esta informação tenha se difundido como verdade instituída, a partir do fato de que cada um dos quatro componentes sanguíneos pode ser utilizado por diferentes pacientes e poderia, dessa forma, atender até quatro pessoas com uma doação.

Existe ainda, outro tipo de saber, produzido entre os doadores de sangue, ou, entre aqueles que nunca realizaram doação, um saber não científico, não instituído e legalizado, mas sim, popular, que faz parte do cotidiano da pessoa comum e emerge das representações coletivas:

[...] como eu faço doação frequente, já me perguntaram se eu não tenho medo de, daqui alguns anos ter algum problema, por ficar tirando sangue que meu corpo produz. Tudo falta de informação. Mas, existe, ainda, uma questão de medo, de... de... falta de informação mesmo, que é o pior problema. (E11)

Eu acho que é medo. Muita gente tem medo, até hoje. Ah! Essa questão de muita gente antiga falar que doar sangue engorda. Que doar sangue, o sangue raleia. Esses mitos, entendeu? É o medo do pessoal com paradigmas antigos. (E19)

Pode-se refletir, a partir desses discursos, que as significações que emergem, de um saber cientificamente desqualificado sobre a doação de sangue abarcam mitos, pensamentos e crenças que suas verdades produzem. Observa-se, na fala dos entrevistados, insinuações ou informações subentendidas, o que pode ser evidenciado pelo uso das expressões: “me perguntaram”; “muita gente antiga falar que sangue engorda”. Tais afirmações sugerem questionamentos acerca da verdade, mas não são, de fato, ditos e reconhecidos pelos entrevistados, posicionados, por vezes, como interlocutores, uma vez que responsabiliza outra pessoa pelo que supostamente é dito e aceito como produção social.

A linguagem dos discursos de verdade submete as pessoas, suas realidades, seus comportamentos e valores, por meio das relações constituídas de poder e, portanto, da disciplina que avalia e valida, como verdade, o que é legalmente instituído, produzindo o indivíduo e o conhecimento, construindo instrumentos que subjetivam e governam, por meio da relação das normas e, muitas vezes, em nome da proteção da vida (FOUCAULT, 1999).

[...] muitas pessoas ultimamente acham que [...], “não vou doar” [...], “vai me passar alguma doença”. [...] “ah! Eu peguei Aids doando sangue. Ou... peguei alguma outra doença”. [...] se a gente for ouvir as histórias dos leigos aí, que ficam falando, a gente nunca vai ajudar o próximo. (E2)

As pessoas são produto da influência de sua realidade sociocultural, em relação à maneira como pensam, agem e se comunicam. A multiplicidade de significações sobre o sangue, produto historicamente estigmatizado e valorizado e, sobre a doação de sangue, que hora se apresenta como algo necessário, hora como risco, incluem saberes, crenças, costumes e valores, que podem ser discrepantes, quando comparadas às verdades do conhecimento

científico instituído. São construções simbólicas de medo, insegurança ou benefícios em realizar às doações, devido às interpretações das consequências, sejam elas benéficas ou não, após a doação sanguínea (BENETTI; LENARDT, 2006). Estas significações dizem respeito à tomada de consciência da sua posição de doador de sangue, como podemos observar nas seguintes falas:

[...] eles falam que a doação também é bom prá gente, né?! “Pra tá renovando” o nosso sangue, né? Me falaram isso, né? Então, assim [...], se faz bem prá saúde da gente, né?!... (E13)

Olha, prá mim, isso renova células. Eu doo com esse objetivo. Tudo aquilo que você extrai de...de... de uma fonte, você está renovando e renovar essa fonte é doar vida, né?! É doar saúde. [...] E, prá mim, faz bem, que me deixa tranquilo. Eu fico mais ameno. Menos estressado. Me provoca um estado de... é... de equilíbrio do organismo. [...] Essa reposição é sangue novo. Pressão sanguínea, principalmente, arterial, melhora consideravelmente. (E17)

A diversidade e volubilidade dos discursos, sejam eles instituídos como verdadeiros, ou não, margeiam sempre as regras, segundo as quais, aquilo que um sujeito diz desdobra da questão do que se tem por verdadeiro ou falso, a partir de sua produção contingencial. A descoberta destes critérios, que são valores criados e propostos que regulam o modo de produção dos enunciados, e das regras de produção de sua legitimidade, é o que Foucault caracteriza como “jogos de verdade”, dando uma ideia dinâmica de luta e de confronto. A dependência da presença da objetivação, da constituição dos objetos de conhecimento, a partir de uma regra definida e, da subjetivação, das práticas sociais, das relações entre os homens, convencionados pelo social, regulando a produção social dos discursos. As verdades vão se recriando e, por meio da instauração de novas verdades, com múltiplas interpretações, o sujeito vai se constituindo, criando-se a si mesmo como um sujeito histórico, em transformação (REVEL, 2005).

O poder coage e controla, mas, também produz efeitos de saber e verdade— esta é a explicação pela qual o poder se mantém e é aceito. “O exercício do poder cria perpetuamente saber e, inversamente, o saber acarreta efeitos de poder” (FOUCAULT, 2014, p.80). Para Foucault (1999), os efeitos do poder exercem seu domínio e delimitam essa modalidade de relação entre o saber (a verdade) e o poder, de forma nunca linear, mas sim mútua e circular, funcionando em cadeia entre os elementos deste sistema.

Não se pode definir quem exerce o poder de forma contínua e ininterrupta ou, ainda, até quais instâncias delimitam esse poder. O poder recua, se desloca e investe em outros lugares (FOUCAULT, 2014). No contexto da doação de sangue, a dinamicidade do poder, em relação



ao saber, emerge com relação ao profissional triagista, ao candidato à doação e até, ao próprio sangue, onde todos podem exercer ou sofrer sua ação, visando produzir um efeito de submissão e assujeitamento àquele que não o possui em um determinado momento. O triagista exerce o poder sobre o candidato à doação, respaldado pela instituição e pelos protocolos. É dele o poder de decisão, baseado nas normas, no momento da triagem sobre a efetivação, ou não, da coleta do sangue. O candidato à doação é quem, a partir de um ato voluntário, mantém os estoques dos serviços de saúde para que o sangue possa ser utilizado como recurso terapêutico em diversas situações, exercendo poder sobre os bancos de sangue que precisam do seu comparecimento frequente. Já o sangue é o elemento final dessa rede dinâmica do poder e, pode exercer poder de diversas formas, quer seja a partir da sua categorização, onde são estratificados em mais raros ou de maior necessidade, que seja por todo seu simbolismo e valor, sendo desde a antiguidade, sendo conferido a ele, a ideia de saúde e vitalidade.

No início do século XIX, com o desenvolvimento do capitalismo, o corpo foi estatizado, como estratégia da medicina, na realidade biopolítica. O controle das pessoas não se dá exclusivamente no nível da consciência ou da ideologia, mas, também, no nível biológico e corporal. Além de o corpo ser força de trabalho, na realidade capitalista, extrai-se dele aquilo que pode ser útil ao Estado (FOUCAULT, 2014). Nesse contexto, pode-se inferir que o sangue se tornou um produto valioso, ainda mais ao circular fora do corpo, utilizado como recurso terapêutico na medicina, capaz de ser processado e fracionado e, a partir daí, ter pouca semelhança com o estado original em que foi doado, potencializando ainda mais o seu benefício e aumentando, ainda mais, o controle sobre ele.

O sangue, de acordo com Foucault (1975), citado por Rabinow (1984, p.269) é “uma realidade de função simbólica”. Este componente do corpo humano se tornou imbuído de simbolismo ao longo dos anos. Hoje, é um elemento carregado de notoriedade, resgatando o poder do corpo humano, o que pode ser evidenciado por meio das falas dos entrevistados:

E o sangue é uma coisa assim, do nosso corpo. E, é uma coisa que não te faz falta, mas, que, para o outro, salva a vida dele. (E12)

A questão é que, como é um elemento que só eu produzo e, não tem como ter uma substituição, eu sinto útil, podendo doar [...] é um produto que só eu posso dar, né? (E22)

A partir das falas dos entrevistados, considera-se como dito nos discursos, que a doação é um ato altruísta e a única forma de se obter esse fluido “valioso” é por meio da benevolência daqueles que se candidatam a doar seu sangue, o qual será usado por outra pessoa. O doador

demonstra pouca preocupação com o volume de sangue a ser extraído de seu corpo, pois acredita no seu poder de regeneração.

Em uma sociedade que é doutrinada pelo medo da morte, o sangue constitui um de seus valores fundamentais, sendo essencial na preservação da ordem, na manutenção da vida, mas, também cria a desordem no seu derramamento (FOUCAULT, 1999). Entende-se que a preservação da ordem, citada pelo autor, está relacionada, dentre outras situações, à manutenção dos estoques de bolsas de sangue a serem usadas pelos serviços de saúde como recurso terapêutico da transfusão. Já a desordem está atrelada ao derramamento de sangue por meio de guerras e tragédias, por exemplo.

Para Foucault (2014), a verdade manifesta-se em diversos contextos e sociedades, transmitida sob o controle dominante de alguns grandes aparelhos políticos e econômicos. Como consequência, diferentes regimes de verdade têm como produção a maneira de regular os discursos tidos como verdadeiros, bem como quais são as instâncias, mecanismos estratégicos de poder, que categorizam discursos como verdadeiros ou falsos, as formas de sanção, técnicas, procedimentos e estatutos dessas instâncias.

Dessa forma, percebe-se como as verdades produzidas, no contexto da doação de sangue, são dependentes das circunstâncias e da configuração de práticas locais. Os participantes do estudo fazem menção à importância da doação voluntária e gratuita do sangue. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar de não exercer poder normalizador técnico ou científico sobre os Hemocentros de qualquer país, por meio de manuais e diretrizes faz recomendações, como é o caso, por exemplo do guia “*Guidelines on Drawing Blood: best practices in phlebotomy*” (Diretrizes da OMS para a Coleta de Sangue: boas práticas em flebotomia), que afirma que a doação de sangue deve ser voluntária, não envolvendo coação, coerção ou remuneração (OMS, 2010). A questão da preocupação com a comercialização ou não de hemocomponentes é evidenciada em alguns discursos das entrevistas.

Porque, não tem jeito, você consegue medicamento, mas, você não compra sangue, né? [...] a gente fica à mercê, de uma boa vontade da pessoa, de uma pessoa saudável, que pode vir, dedicar uma hora, uma hora e meia do tempo dela, que ela vai salvar quatro vidas, né? (E8)

Porque não dá prá comprar. Né? Não dá prá fabricar. Então, tem que ser, só pela boa vontade do próximo. (E27)

Atualmente, 57 países coletam 100% das bolsas de sangue de forma voluntária e não remunerada (BRASIL, 2017). No entanto, embora a não comercialização de sangue e seus derivados seja uma realidade no contexto das práticas de doação brasileiras desde a década de

1980, até os dias de hoje, há doação remunerada em alguns países, como por exemplo, nos Estados Unidos. Doadores de sangue norte-americanos que recebem algum benefício pela coleta das bolsas, são, obrigatoriamente, identificados como “doadores pagos”, o que mostra uma preocupação e estigmatização envolvendo a candidatura à doação não voluntária (BERGER, 2013).

Ainda sobre o discurso da gratuidade da doação, percebe-se que a efetivação da doação de sangue remete ao imaginário da pessoa saudável, com hábitos e costumes socialmente aceitáveis, ou seja, que atende aos padrões do bom cidadão, suscitando a ideia de que a qualidade do sangue e a condição de saúde do indivíduo estão inter-relacionadas.

Outro personagem presente no cenário da doação de sangue e que compartilha o poder que circula nas relações que envolvem a doação de sangue é o triagista, profissional que conduz a entrevista e avalia as respostas do candidato à doação, a partir de um questionário padronizado, sendo facultado a ele (a partir das normas e protocolos que regem a prática da doação de sangue), consentir, ou não, a efetivação da coleta da bolsa de sangue.

De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), qualquer profissional de saúde, de nível superior, qualificado e capacitado e, sob a supervisão médica, poder realizar a triagem clínica de candidatos à doação.

O poder relacionado ao saber do profissional triagista é evidenciado, pelos entrevistados, nas seguintes falas:

A gente tem que passar por isso, para doar o sangue. Então, eu acho necessário. Eu entendo melhor o que eles fazem. (E5)

Eu só sei que a pessoa falou que eu não podia e eu fui embora. [...] *E você discordou do triagista?* Não. De forma alguma. De forma alguma. (E9)

Porque eu confio no profissional. Se ele acha que sim, sim. Se ele acha que não, não. (E26)

Por meio da análise dos discursos dos entrevistados, considera-se estar posto que o triagista, independentemente de qualquer circunstância pessoal, motivacional ou ideológica do doador, tem o poder de decidir, a partir de um saber, se o mesmo está apto para a doação, ou não. Observa-se como não dito, nesses discursos, o poder do candidato à doação, personagem crucial na manutenção dos estoques de bolsas de sangue dos estabelecimentos de saúde. Percebe-se ainda, o uso de uma linguagem que posiciona o doador como passivo na decisão de realizar a doação, e o triagista, representado pelo poder instituído das normas, como ativo,

instituído pelo conhecimento e saber, ou seja, das verdades das quais esse profissional é guardião.

As relações que podem existir entre o poder e o saber, as incidências de um sobre o outro, quando integradas às práticas de saúde, movimentam-se nas relações de poder entre profissões, profissionais e assistidos. Os profissionais, neste caso, em especial, da área da saúde tem, muitas vezes, seu domínio de poder ou de exercício no limite da autoridade de seu saber que determina, orienta e organiza comportamentos, em nome da manutenção da vida. Os saberes transitam na capilaridade das ações ou práticas comuns e corriqueiras, muitas vezes, imperceptíveis e naturalizadas. Ainda assim, produzem um espaço de grande excitação, onde podem emergir conflitos e sentimentos (OJEDA; STREY, 2008).

Ah! Eu me senti pior de alguém me proibir de fazer aquele bem, do que se eu tivesse tomado essa decisão, sabe? [...] você entende que eu gosto? E que me tirou uma coisa que eu gostava, sem muito tato, sem muito... Tipo assim: “não dá. (E27)

Esse discurso aponta que o triagista está investido de um poder legitimado pela instituição, a qual ele representa – neste caso, o Hemominas. Dessa forma, as verdades acerca da doação de sangue, são controladas por um grupo de restrito de pessoas/profissionais e eles tem características que os habilitam a fazer parte desse grupo. Foucault discute sobre a institucionalização do poder, como forma de organização e operação jurídica da transferência do poder de uma organização, para uma pessoa que o exerce de fato, seja no ato de punir, decidir, deliberar, etc., com o objetivo estratégico que lhe foi dado, por meio da aplicação e articulação de suas leis, regras e procedimentos por aquele que simboliza a verdade da instituição, produzindo um discurso por direito e conforme ritual requerido (FOUCAULT, 1999).

Ainda no âmbito do triagista, percebe-se que muitos doadores tem a figura do triagista exclusivamente como profissional da área médica, o que pode ser evidenciado a seguir:

[...] eu entendi porque eu não doe. Porque ela explicou, certinho, era uma médica, na época. Ela explicou. (E5) *(A triagista era enfermeira, o doador é um estudante de medicina).*

Ah! Tipo assim, como eu não entendo muito e foram médicos que disseram e, se eles estão dizendo, é porque eles sabem. (E21)

*O que você acha da entrevista que é feita antes da doação? A da médica? (E25)*

No momento em que o hospital se tornou um local da disciplina médica, este profissional tomou o controle das práticas cotidianas sobre os demais (FERREIRA; GARCIA;

VIEIRA, 2010). Atualmente, com o advento das práticas interdisciplinares, percebe-se uma perspectiva de mudança, ainda que lenta, do modelo centrado na figura do profissional médico (OLIVEIRA et al., 2010). Ainda assim, as atividades laborais da área da saúde revelam a relação de dominação e supremacia do saber médico em relação aos demais profissionais, seja sob o olhar dos próprios profissionais, seja sob o olhar daqueles que são assistidos por esses profissionais (VELLOSO, 2011).

Durante a coleta de dados, observou-se que identificação dos profissionais triagistas, das Unidades de Coleta e Transfusão nas unidades onde ocorreu a coleta de dados, é feita por meio do jaleco, com o logotipo da Fundação Hemominas. Alguns profissionais utilizavam jalecos próprios, que podiam conter, ou não, a identificação nominal e a categoria profissional. Por vezes, observou-se profissionais da triagem clínica que não utilizavam jaleco. A roupa branca, comum nos estabelecimentos de saúde, não é de uso obrigatório para os profissionais da triagem clínica, tendo sido observada apenas nas áreas de coleta de sangue. Além disso, os profissionais faziam uso de crachá institucional com o logotipo da Fundação Hemominas, a foto do profissional, logo abaixo, seu primeiro nome, na sequência, o cargo/função exercida, nesse caso definido como “ANHH”, que significa Analista de Hemoterapia e Hematologia, seguido da especificação da categoria profissional, enfermeiro ou médico e, por último o setor ao qual pertence, identificado como “Triagem”.

Goffman (1996), denomina “estojo de identidade” tudo aquilo que uma pessoa precisa para ter o controle de sua aparência, ou seja, o controle da maneira como se apresenta diante das outras pessoas, este dispositivo é constituído por roupas, acessórios, instrumentos para usá-los, dentre outros. Nas Unidades de Coleta de Transfusão, cenários desse estudo, os profissionais estão, de certa forma, identificados de forma padronizada o que pode acarretar em uma limitação da configuração desse “estojo de identidade”, ou seja, da formação e demonstração de sua individualidade e, por consequência, da capacidade de controle de sua aparência. De acordo com Velloso (2011), isso transfere a sua identidade pessoal para uma identidade profissional e institucional relacionada ao “Hemominas”, instituição reconhecida pela população, já que se caracterizam e se identificam de forma semelhante e, muitas vezes, a diferenciação de sua categoria profissional não é evidente.

Ainda como relação à supremacia do saber médico, segundo Foucault (2014, p. 112), “O médico penetra em diferentes instâncias de poder”. É, ao mesmo tempo perito e zelador. Conhece as doenças, os doentes e as terapias. Vigia, controla e fortalece o corpo social ao restabelecer a saúde ao corpo biológico doente.

[...] quando o médico fala, a gente aceita, né? O médico tem, assim, esse tipo de poder, né? A gente nem questiona. Eu mesmo não questioneei não. [...] a gente fica muito refém ali do médico, né? Geralmente, o poder médico é muito grande, e a gente não consegue argumentar. Sempre, se ele for falar algo, a gente fica na mão mesmo, né? (E29)

Por fim, evidencia-se a relação de poder-saber na perspectiva do doador de sangue. O poder, exercido pelo doador, é percebido com relação a outros doadores:

Eu sou diretora de um projeto da faculdade. [...] “Calouro sangue bom e veterano exemplar” [...] eu faço medicina na(XX). Aí, eu coordeno esse projeto que a gente, é... capacita as pessoas para a doação de sangue. [...] Prá uma pessoa que é leiga, ela fala assim: “Nossa! Mas está invadindo a minha privacidade”. Não. [...] como eu já estou na área médica, eu entendo isso. (E4)

Olha, eu... eu sou uma profissional da área da saúde, eu entendo a... a... a importância disso [...] Eu não me senti constrangida, e também, eu sou uma profissional da saúde, então, eu sabia, eu saberia que existiria essas perguntas, e tal. (E8)

De acordo com Foucault (2014), as massas não necessitam do conhecimento dos intelectuais para saber, elas sabem previamente, têm sua própria teoria e contra-discurso. Todavia, a relação de poder/saber, efeito, na maioria das vezes do conhecimento científico, se intitula agente da consciência social e é este poder que barra e invalida esse discurso e saber, penetrando sutilmente em toda a trama da sociedade.

Percebe-se também, que, essa relação de poder acontece ainda do doador para com o triagista ou com as normas e o processo de doação, representados pela Fundação Hemominas, o que pode ser exemplificado a partir dos seguintes trechos dos depoimentos colhidos:

É... o médico, da segunda vez, ele ficou meio receoso de fazer as perguntas prá mim. Só que eu percebi... ele ficou assim... é... engasgou um pouco e, depois ele falou [...] ah... no momento que falou da vida sexual mesmo. [...] ele deu uma travadinha, o médico. [...] é normal... a gente faz isso, na prática... que... aí... eu faço medicina, né? A gente faz isso com os pacientes também. [...] o paciente, com certeza, fica constrangido, no momento, mas eu, eu já vivo essa prática, a gente já está mais acostumado. (E5)

Hoje, né, que eu já tenho o hábito de doar, eu já até sei (risos). Sei tudo, né? (E13)

[...] como eu tenho uma grau de instrução, um pouquinho maior, eu já fiz pós-graduação, então, tipo assim, eu já sei que tudo aquilo ali faz parte do processo necessário, científico, prá você poder estar **apto**, ou não. (E20)

Analisando-se os discursos, observa-se a escolha do vocabulário empregado pelos entrevistados como recurso argumentativo sobre o tema. Ao se empregar a palavra “apto”, o entrevistado mostra-se familiarizado com os termos técnicos utilizados no universo da doação de sangue. Observa-se ainda, que os doadores relacionam o nível de escolaridade ou, o fato de

serem estudantes ou profissionais da área de saúde ao motivo de terem amplo conhecimento sobre as práticas de doação de sangue. Ou ainda, demonstram segurança e compreensão sobre as normas de doação, devido ao grande número de doações progressas.

Ao fim da análise desta categoria, percebe-se que na doação se evidencia uma relação de troca, interesse e poder, entre o elemento sangue e os personagens deste contexto, em especial entre dois personagens: o candidato à doação que tem o desejo de doar, mas precisa se enquadrar nos critérios e, do outro lado, a instituição, representada pelo triagista, que detém a norma, autoriza a doação, porém precisa desse candidato para manter os estoques de bolsas de sangue (BRASIL, 2015), configurando assim, uma relação de poder. A implicação recíproca entre poder e saber se mantém sempre em revezamento – com uns de um lado e outros do outro, em desequilíbrio permanente e posições espaciais diferentes, marcadas por relações de força, quebra de resistência e consequente assujeitamento, disciplinando os indivíduos e, ao mesmo tempo produzindo um discurso de saber (BIRMAN, 2002).

A verdade está centrada nos discursos e nas organizações onde os mesmos são produzidos, em um tempo e espaço específicos, sendo constituído na contingência da história e da cultura e, atribuídos a ela, efeitos específicos de poder, que vão desde a manutenção e reverberação destes discursos pela sociedade, ou a vigilância legitimada, ou ainda, a forma de controle de determinado grupo, classificando-o, sujeitando-o e adestrando-o. Dessa forma, segundo o filósofo, a verdade não existe fora dos sistemas de poder, ligados de forma circular, onde a verdade é objeto de conhecimento, fabricada e apoiada pelo exercício do poder que ela induz e que a reproduz. “Somos submetidos pelo poder à produção da verdade e só podemos exercê-lo através da produção da verdade” (FOUCAULT, 2014, p. 101).

## **5.2 Disciplina, controle e vigilância dos doadores de sangue**

Buscou-se, com essa categoria, analisar os efeitos do poder disciplinar, que é discutido por Foucault (1999) e exercido sobre os indivíduos por meio de seu controle e da aplicação de técnicas disciplinares. Nas práticas de doação de sangue, esse poder se aplica em vários âmbitos, porém, evidenciou-se neste estudo o exercício do poder sobre o candidato à doação de sangue, na forma de ações disciplinares, ainda que de forma sutil e até mesmo imperceptível para os doadores, em todo o processo, desde o momento em que se voluntaria a realizá-la.

A disciplina, umas das maneiras de se aplicar o poder, tornou-se uma forma de dominação, tendo passado a ser observada entre os séculos XVIII e XIX. Porém, a disciplina já acontecia anteriormente, em espaços que permitiam a gestão dos indivíduos, tais como

mosteiros, conventos, forças armadas, modelos de escravidão e continua a existir, ainda nos dias de hoje, nos mais diversos contextos. Percebemos seus efeitos, por meio de suas técnicas de coerção, como o controle e a vigilância, por exemplo, que permitem a análise sistemática do tempo, do espaço e, principalmente dos indivíduos, seja com relação às suas atitudes, aos seus comportamentos e até mesmo, exercendo controle sobre seus corpos. A disciplina é exercida por meio da categorização, repartição e identificação, para fins específicos (REVEL, 2005).

Foucault (1999) sinaliza a diferença entre a lei e a norma, pois a primeira proíbe, ao passo que a segunda prescreve, muitas vezes tendo como pano de fundo o cuidado, em nome da proteção e manutenção da vida. Assim, nas sociedades modernas, a norma tem um alcance maior do que a lei, e prevalece como característica fundamental nas relações de poder, presentes no seu cotidiano, interiorizadas na sua existência e funcionando como um padrão culturalmente construído. Para Alves (2018), de forma geral, as sociedades estabelecem suas normas e agem em sua defesa, a partir dos procedimentos disciplinares, categoriza o que é considerado normal e anormal. Além de homogeneizar, a norma, contudo, também individualiza, uma vez que estabelece estadiamentos de normalidade, ao situar cada um em seu lugar, considerando que ninguém é igual a qualquer outro.

Assim, a disciplina normaliza diferentes sociedades, em diferentes contextos quando submete os indivíduos às normas, classificando-os em função de objetivos determinados, ou ainda ao estabelecer os procedimentos de controle e assujeitamento, segregando aqueles que serão considerados incapazes, daqueles que se encaixam em critérios estabelecidos para diversos fins (FOUCAULT, 1999). Essa segregação entre os candidatos inaptos e, os que poderão realizar a coleta de seu sangue é observada no contexto da doação e aceita, até mesmo, por quem está submetido às normas que permitem a doação:

Eu acho que a entrevista é boa prá **selecionar** mesmo, quem pode e quem não pode.  
(E16)

A norma está intimamente atrelada à disciplina, uma vez que todo o sistema disciplinar se relaciona com um sistema de normas (FOUCAULT, 2008). Por meio das disciplinas, amparadas pelo saber, surge o poder da norma, estendida às suas derivações, como por exemplo, o poder da normalidade, ou o poder do que se diz normal (FOUCAULT, 1999).

As pessoas, que realizam a coleta do sangue, a partir da classificação de sua saúde como adequada, podem compartilhá-la com outros, que em geral, estão em situação menos favorável.



Dessa forma, os candidatos aptos são separados daqueles que se candidataram, porém não foram incluídos nos critérios que permitem a doação (MAHON-DALY, 2012).

Foi justamente por um **comportamento inadequado**, na verdade [...] foi um ano que... muito novo, muitas mulheres, muitas parceiras. Então, foi um comportamento inadequado. (E14)

Então, agora eu já sei, dá próxima vez que eu vou, eu já...já vou mais **apto**. (E20)

A partir dos discursos dos participantes, observa-se que o doador de sangue não só percebe o poder de segregação atribuído à entrevista clínica e ao exame físico sumário como, se submete a esse poder disciplinar e classificatório. Pressupõe-se que os entrevistados, quando doadores de repetição, principalmente após passarem pela experiência da inaptidão, tem consciência dos critérios que podem impedi-los de realizar a coleta do seu sangue. Observa-se ainda, mais uma vez, a aproximação do vocabulário utilizado no contexto de doação de sangue, por meio do uso da palavra “apto”, o que aponta uma aproximação da semântica utilizada pelos profissionais das Unidades de Coleta e Transfusão. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), no contexto da doação de sangue, o termo “apto” é utilizado para caracterizar o candidato à doação que atende aos requisitos técnicos e normativos para a doação hemagênica de sangue.

Ressalta-se que o Ministério da Saúde, órgão responsável pela normalização da doação de sangue, no território brasileiro, compartilha com a ideia exposta no discurso do doador sobre um comportamento considerado “inadequado”, ao afirmar que, no momento da entrevista, as perguntas tratam de comportamentos inaptos, considerados como uma condição, por vezes temporária, que diz respeito a “comportamentos inadequados”. Porém o órgão do Poder Executivo Federal, salienta que esse conceito não se estende aos sujeitos, que diferentemente de seus comportamentos, não devem ser considerados como “inaptos”, ou seja, essa classificação não deve se estender às identidades sexuais, de gênero, étnicas ou sociais dos indivíduos (BRASIL, 2015).

Com relação ao controle sobre os indivíduos, mais especificamente, aplicado aos seus corpos, pode-se dizer que foi por meio das disciplinas militares e escolares é que se foi possível configurar um poder sobre o corpo e, a partir daí, se constituiu um saber fisiológico e orgânico, tendo a disciplina, com seu discurso sobre a normalização, e o saber científico, como coadjuvantes na fundação de aparelhos de saber e de múltiplos domínios de conhecimento onde encontra suas garantias e justificativas e permite suas intervenções e decisões (FOUCAULT, 2014).

[...] existem os critérios de doação, né? [...] não surgiu da cabeça de ninguém. Eles são científicos, né? [...] Tem que seguir critérios, né, científicos que são [...] prá ser confiável, o processo todo ser confiável, tem que haver esse estudo científico. [...] Eu não sou, não sou do ramo, não sou entendedor do assunto. Mas, eu confio no processo, né, que é um processo científico. (E15)

Percebe-se, no discurso acima que o entrevistado acredita nos critérios e normas de doação pelo falto da sua legitimidade científica, associando a ideia de confiabilidade à essa premissa. Pressupõe-se que, o entrevistado acredita que se encaixa nesses critérios, pois se vê como “cientificamente”, legitimamente qualificado, por isso comparece à unidade para se candidatar novamente à doação.

Por meio do estudo da história das práticas hemoterápicas no Brasil, em especial, nas últimas três décadas, percebeu-se importantes marcos no que diz respeito à reestruturação dos seus serviços e, conseqüentemente, à ação regulatória qualificada do Estado com a implementação de inúmeras legislações, ações, competências, responsabilidades dos profissionais com atuação na área de hemoterapia e normalizações técnicas, com a premissa de garantir o fornecimento de sangue para toda a população, de forma segura e sustentável, buscando a seleção de candidatos saudáveis, voluntários e regulares à doação (BRASIL, 2015).

Se não tiver norma, fica tudo bagunçado. Se não tiver um parâmetro, certinho, prá seguir: “a regra é essa”. Fica tudo, “esculhambado”, né? [...] ainda mais uma coisa dessa, séria, que é uma transfusão de sangue de pessoas em pessoas, tem que ter uma regra, tem que ter. (E9)

Ah, eu acho que é o certo. Tem que ser assim. Tem que ser bem rígido [...] pode ser, que a gente tenha, algum probleminha de saúde, mesmo que seja pequeno, pode atrapalhar, a pessoa, que vai receber o sangue, entendeu? Então, eu acho que, realmente, tem que ser assim. Tem que ter as normas. Elas são muito importantes. (E10)

É importante ressaltar que o poder, seja ele disciplinar, ou qualquer outro, não é ruim em si. O importante são os seus efeitos. Na doação de sangue o poder tem, dentre outros, um efeito de segurança dos pacientes que recebem transfusão. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), os centros de hematologia e hemoterapia, por se tratarem de estabelecimentos com diversos espaços produtivos, com atividades especializadas, realizadas por diferentes profissionais, devem conduzir suas práticas sempre se baseando nas premissas de segurança, controle e risco. Nesse sentido, ao reconhecer que a rígida obediência às normas é importante para definir o sangue ideal para utilização de outra pessoa, o participante, automaticamente, se inclui no grupo de pessoas em condição de atender ao rigor da norma.

As normas sociais, por meio de práticas sociais e culturais que produzem um padrão regulador das condutas e comportamentos das pessoas a fim de categorizá-las em uma esfera, considerada normal, natural ou necessária, envolvem grande produção de subjetividade que sustentam prescrições do modo de se viver, de sentir, de pensar e de agir, de uma sociedade com relação aos cuidados e as políticas de higiene, alimentação, a até mesmo o controle de algumas taxas demográficas, como natalidade e mortalidade, por exemplo, por meio de procedimentos de adestramento progressivo e de controle permanente (SOLER, 2008).

Eu acho que é uma forma de controle, né? Que tem que partir de uma norma. Igual tudo, né? Viver em sociedade e tal, tem que partir de normas. (E25)

Pode-se que inferir que o entrevistado reconhece que a norma é estruturante da sociedade e se efetiva a partir do controle e das rotinas consolidados nas práticas cotidianas. Para Foucault (1999), o controle e a dominação sobre os homens, exercidos pela disciplina, se dá sobre o desenvolvimento de uma ação e não sobre o seu resultado, que permite classificar e punir, por meio do uso de dispositivos que impõem relações de poder. Essa qualificação dos comportamentos, discursos e desempenhos, se dá de dupla forma: sob uma instância de divisão binária, a partir de valores opostos, como o normal e o anormal, por exemplo. e sob a determinação coercitiva da repartição para diferenciá-lo a fim de saber como reconhecê-lo, caracterizá-lo e onde ele deve estar. Isso garante a distribuição e supervisão adequadas, evitando-se possíveis desvios.

No contexto da doação de sangue, a captação de pessoas para comparecerem aos bancos de sangue é feito de forma ampla, com a transmissão de informação e reverberação de um discurso segundo o qual, para se tornar um doador basta ter mais de 16 anos, peso acima de cinquenta quilos e dispor de boa saúde. Além dos aspectos intrínsecos de motivação iniciais, tais como o altruísmo e a vontade de ajudar o próximo, por exemplo, existem também aspectos de estímulos socioculturais que impulsionam o comparecimento das pessoas nos bancos de coleta de sangue, como a experiência de pertencimento ao grupo de pessoas que doam sangue. Porém, os critérios de boa saúde são subjetivos para a população, embora herméticos para a equipe profissional, sendo esclarecidos para o candidato, apenas no momento da realização do processo de doação, bem como outros fatores impeditivos, muitas vezes relacionados às etapas de triagens clínicas e hematológicas, que não circulam nos discursos produzidos socialmente. Isso pode alimentar um julgamento desmotivador e negativo sobre o retorno do candidato à doação, após a experiência da inaptidão, ao invés de validar o processo de triagem como uma

etapa importante, que permite a identificação e classificação de doadores considerados clinicamente aptos (PEREIRA; et al., 2016).

Causa um sentimento assim de... um pouquinho de tristeza. Tanto que eu fiquei até um tempo sem... sem doar. Eu acho que a minha última doação foi em 2017. Eu tentei vir duas vezes, das duas vezes, eu não consegui doar. [...] eu fiquei até um tempo sem vir doar, porque eu fiquei com aquela coisa na cabeça: “Ah... vou chegar lá e não vai dar certo de novo”. (E18)

Ah, eu fiquei um pouco frustrada, né? Porque, eu “tava” muito na vontade. Aí eu falei: “Ah, depois eu volto”. Eu tinha que voltar, depois de 15 dias. Eu nem voltei depois dos 15 dias. [...] Porque eu fiquei tipo, meio “pedra”, sabe? [...] Meio pedra. É uma gíria. (Risos) [...] Fiquei tipo, meio frustrada. Triste, é... tem vários significados. Mas é... que eu falei: “Nó, mano!” Que eu queria doar, né? Não pode. Querendo ou não, você fica um pouco mal. (E21)

Pode-se observar que está posto nos discursos que o impedimento da realização da doação pode acarretar sentimentos negativos, tais como de tristeza e frustração, citados pelos entrevistados. A partir das falas, pressupõe-se que existe uma grande vontade das pessoas de serem classificadas com um padrão socialmente aceitável. No caso da doação, essa qualificação se dá, na maioria das vezes, com o comando de aptidão pelo triagista, que realiza a entrevista e, da efetivação da coleta do seu sangue. Subentende-se ainda que este é o motivo pelo qual candidatos que já tiveram a experiência da inaptidão em um comparecimento pregresso retornem, para que sejam reavaliados e classificados como aptos. Por vezes, o retorno se dá após um tempo superior ao do prazo estimado do término de sua inaptidão, quando temporária, o que pode estar associado ao receio de uma nova inaptidão clínica, a qual ele não reconhece ou, até mesmo, com a qual não concorde.

Outras manifestações de reações negativas, após o impedimento do candidato realizar à doação também foram colocadas pelos entrevistados. Sentimentos que demonstram indignação e que, mais uma vez, evidenciam que a ausência ou deficiência de informações se apresenta como um fator crítico no processo de doação de sangue:

Rejeição [...] essa sensação foi horrível! [...] a primeira sensação foi de “eu não presto nem para doar sangue”. Horrível! [...] Raiva [...] porque tipo, você vem, de casa, se prepara emocionalmente. Você quer fazer, né? E aí, você não consegue? “Como assim? Gastei meu tempo à toa?” Por isso, então, me deu raiva. (E6)

Tanto que, na hora eu falei: “Nossa! A gente pega uma fila gigante e tal”. Então eu fiquei bem chateada, sabe? E aí, tinha que esperar um ano “pra” retornar. É... aí, nesse dia foi, foi frustrante, assim [...] fiquei “p da vida”. (E24)

Segundo Pereira et al. (2016), as etapas de captação e conscientização de doadores, devem ter ações de comunicação que transmitam à população informações de forma clara e satisfatórias sobre o processo de doação, com o objetivo de estimular comparecimentos posteriores daqueles candidatos que tiveram a experiência da inaptidão pregressa. Para Foucault (2014), de forma geral, o poder produz o saber e vice-versa. Aplicando-se esse conceito ao cenário da doação de sangue, pode-se inferir que prestar esclarecimentos, sanar dúvidas e ofertar informações ao candidato à doação, é dar-lhe conhecimento e saber. Dessa forma, o candidato passa a ter mais poder de decisão sobre a doação.

Observou-se ainda, que a inaptidão pode causar ao candidato à doação um sentimento de culpabilidade relacionado à qualidade do seu sangue. O impedimento à doação, por vezes, é entendido como o impedimento de ser generoso. O que pode ser evidenciado nos discursos:

Porque estava falando que eu estava... com...*(estalar de dedos)* aquele... ferro... anemia! “Tá com anemia. Tá com anemia.” Eu falei: “Gente! Mas eu não tenho sintoma nenhum”. [...] A sensação foi horrível, que eu falei: “Eu estou morrendo!” “Tem uma coisa muito ruim acontecendo!” “Ninguém nunca me falou.” (E6)

Se a hemoglobina está baixa, você não pode doar. E, se ela está baixa, é porque você está com alguma deficiência, né, no seu corpo. (E12)

Eu acho que se falasse assim: “Você tem a doença tal. O seu sangue não vai ser bom”. Eu acho que eu ficaria assim: “Nossa! Nem doar eu posso”. (E29)

Correlacionando-se todo o misto de significações, sentimentos e comportamentos que o impedimento de se realizar a doação pode causar, com o referencial Foucaultiano acerca do poder das disciplinas e das normas, é pertinente abordar os instrumentos de poder, discutidos por Foucault (1999), denominados: olhar hierárquico, sanção normalizadora e exame. Esses instrumentos são definidos como técnicas simples de poder, aplicáveis nas práticas de diversos contextos, quer seja em instituições especializadas como penitenciárias, escolas e hospitais, por exemplo, quer seja em instituições de socialização, como a família. Porém, sempre com a finalidade de “adestramento” dos indivíduos, garantindo assim, o sucesso do poder disciplinar.

Na vigilância hierárquica, o exercício da disciplina induz, apenas por meio de olhares, efeitos de poder. O indivíduo sente-se constantemente vigiado e regulado, obrigado a se comportar de determinado modo, submetendo-se aos jogos de olhares insidiosos, daqueles que constituem essa rede de observação, que estão em toda a parte e, sempre alerta, controlando uns aos outros, até mesmo os que são encarregados de controlar a conduta disciplinar que se espera dos sujeitos (FOUCAULT, 1999).

Ah, as vezes está doente ou, às vezes, tem uma doença e, ela está tomando remédio e [...] Às vezes, ela está tendo uma vida bem desregrada também [...] Seria **não apta**. Igual eu estou te falando, no meu caso, eu já venho com a consciência tranquila. Então, tipo, não bebo, já dormi tranquilo ontem. Já vim, então, eu já vim preparado pra doação de sangue. Tipo ontem eu dormi tranquilo. Hoje eu almocei uma comida mais leve, abri mão da minha feijoada da sexta e, tudo mais. (E23)

Pode-se inferir, por meio do discurso, que o entrevistado observa a si mesmo, o seu comportamento, a forma como deve se preparar para a doação, ainda que não esteja sendo diretamente vigiado por alguém. Também observa, examina e classifica os outros candidatos à doação, a partir das normas estabelecidas para a conduta adequada. Antes mesmo de se submeter ao exame do triagista, responsável legítimo por essa avaliação, ele faz seu autoexame e sua autoclassificação. Pressupõe-se ainda que a submissão do entrevistado às normas que possibilitam a doação, se dá por possível medo da aplicação de uma punição, que neste caso seria o impedimento de doar, uma vez que, se não seguir as normas, será considerado inapto.

Além da vigilância contínua e permanente dos sujeitos, o poder disciplinar preocupa-se com a correção das condutas que não estão de acordo com a regra estabelecida. Para evitar os desvios que podem acontecer, que dificultam o alcance do resultado esperado e reforçar as atitudes corretas dos sujeitos, o poder disciplinar lança mão de micropenalidades, denominadas sanções normalizadoras, que buscam corrigir comportamentos inadequados por meio de pequenas punições. Essas correções podem se dar por meio da privação de tempo, atividade, determinado modo de ser ou agir do corpo, ou da sexualidade, por exemplo, visando evitar os desvios daquilo que é considerado normal e exigido de forma sutil (FOUCAULT, 1999).

Aí quando você recebe o **inapto**, você pensa assim: “Nossa! O meu sangue não pode ir para uma outra pessoa”. [...] “Nossa! O que que eu fiz, que o meu sangue não poder ser doado?” Você pensa que é um erro seu [...] mas depois, você entende. [...] meu sangue não foi aprovado, porque eles estão tentando prevenir que, algo de ruim aconteça com outra pessoa. (E4)

No contexto da doação de sangue, pode-se inferir que a inaptidão é uma forma de sanção/punição, uma vez que, impede que se efetive a doação por meio de algum desvio do candidato em relação às normas estabelecidas. A partir daí, constitui-se uma classificação entre os doadores, separando os inaptos dos aptos, conforme o comportamento ou condição de saúde que está em desacordo com o que é preconizado para que seja considerado “apto”. Pressupõe-se então, que o candidato à doação, ao ser punido com a inaptidão, deve corrigir sua conduta, reparando e se preparando para um possível novo comparecimento. A punição funciona como estratégia reguladora, com a intenção de induzir a não repetição das mesmas atitudes

consideradas inadequadas. Subtende-se ainda, a partir do discurso, que o entrevistado se impõe uma auto-punição, culpando-se por ter feito algo de ruim a si mesmo e que não pode ser “passado” a outra pessoa.

Por fim, por meio da junção da vigilância hierárquica, que observa permanentemente, e da sanção normalizadora, que regula, tem-se o exame, o último instrumento do poder disciplinar, que permite controlar, qualificar, classificar ou punir os sujeitos, tornando-os dóceis e úteis, alvos do poder disciplinar (FOUCAULT, 1999).

Pressionada! [...] É muito ruim estar na frente de uma pessoa, que está, te perguntando, um monte de coisa e, às vezes, na rapidez que ela fala, como eu quero muito doar, eu fico: “Eu não posso falar coisa errada. Se eu responder a coisa errada, eu não vou... doar”[...] Hoje em dia, como já tem muitas vezes, que eu falei, eu tento ficar tranquila, responder calma, pensando: “Eu vou responder o que tem que ser falado e, vou ficar calma”. Se não, daqui a pouco, parece até que eu estou mentindo, no que é verdade (risos). [...] Eu acho que é um tipo de pressão. São mu(uuu)itas perguntas e, como elas são feitas, uma atrás da outra, parece, que a mensagem sai dele (*o triagista*), não deu nem tempo de chegar em mim, prá eu voltar prá ele a resposta. Então, eu já estou respondendo uma coisa, ele já está falando outra (*gesto de círculo com as mãos*), e eu fico “a milhão”. Porque eu fico assim: “Gente! Calma! Eu tenho que responder direitinho. Se não, daqui a pouco, eu não vou poder”. (E6)

Observa-se no discurso que o exame, como instrumento disciplinar, tem o triagista como pessoa legitimada para estabelecer, sobre o candidato à doação, um campo de visibilidade que permite analisá-lo e classifica-lo, ao mesmo tempo e, ainda, corrigi-lo. Essa visibilidade legitimada faz do triagista um constante examinador. Pode-se inferir ainda, que a entrevistada se sente de fato “examinada” e tem medo de responder algo que desvie do padrão que classifica os doadores como aptos, como se houvesse respostas consideradas certas ou erradas.

Ressalta-se, a partir da análise dos discursos que o processo de triagem, muitas vezes, não considera a subjetividade que envolve o doador e está centrado apenas no processo de trabalho do próprio triagista:

A primeira vez, principalmente, eu acho que foi a pior. [...] Eu me senti muito constrangida! Em questão assim, das perguntas [...] Ainda que eu não tivesse vida sexual ativa, quando eu fiz a... a... Primeira doação, eu me senti constrangida com as perguntas. [...] a forma como a pessoa me entrevistou, assim... acredito que seja até um treinamento, né? Seriedade, sempre olhar prá pessoa [...] Mas assim, eu me senti constrangida, por conta desse contato sempre... fixo, sabe? Assim, perguntava, olhava prá mim, esperava o... o... a expressão muito séria. [...] eu me senti muito acuada. Nossa! Fiquei com muita vergonha mesmo. (E12)

Apesar de ter umas perguntas um pouco invasivas, né? Assim, é um pouco constrangedor, nem todas as pessoas gostariam de estar, né, respondendo algumas perguntas [...] Essa questão de sexo mesmo. (E28)

Em nome do rigor das premissas de segurança, controle e risco, que conduzem as práticas dos centros de hematologia e hemoterapia, muitas vezes, existe uma tendência de maximizar e, até mesmo, antepor as dimensões normativa e legal, em detrimento das dimensões relacionais e subjetivas dos sujeitos. Assim, o cenário dos serviços hemoterápicos, tende a criar relações assimétricas, propiciando um ambiente selado pela concentração do poder no triagista, ao invés de propiciar um panorama de encontro entre os sujeitos, incitando a corresponsabilização e o compromisso ético e político com uma política pública de saúde que regula o fornecimento de sangue para a população (BRASIL, 2015).

O momento da triagem clínica, além de cumprir a função de avaliar as condições clínicas daquele que comparece ao serviço de coleta de sangue, deve ser um momento de escuta e comprometimento em ofertar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo doador. Além disso, esta etapa do ciclo do sangue deve redimensionar e ressignificar, de acordo com a individualidade de cada pessoa, suas experiências e conhecimentos, auxiliando assim, na indução de um comportamento adequado para a doação de sangue, a partir do que se tem estabelecido pelas normas e protocolos (BRASIL, 2015).

**Hum... (silêncio) Ah... (silêncio e sons incompreensíveis em tom muito baixo, seguido de risos).** Ah... quando pergunta... assim... sobre a vida sexual. Algumas perguntas mais, íntimas, né? [...] *Essa parte da entrevista te incomoda?* Um pouco. (E10)

Por meio da análise do discurso, percebe-se que o silêncio e a verbalização de sons incompreensíveis em tom baixo pode ser considerado como algo não-dito pela entrevistada. Ainda que implícito, se torna um recurso importante do discurso carregado de significações. Todavia, alguns entrevistados demonstram que, com o passar do tempo, a partir de novos comparecimentos, se sentem mais à vontade no momento da entrevista:

Hoje, eu me sinto tranquilo. Já sei dos procedimentos, sei que é sigiloso, sei que é necessário. No começo, eu me sentia um pouco... assim, não constrangido, mas, um pouco, desconfortável, por serem muitas questões. (E11)

Analisando-se o discurso percebe-se que o entrevistado, após repetir a experiência da doação de sangue, considera-se conhecedor das normas e sente mais domínio sobre a avaliação de sua condição de saúde, feita por meio das triagens clínica e hematológica. Dessa forma, o doador se sente detentor de maior poder, pois sabe, tem o conhecimento de como se dará todo o processo.



A ligação profunda e fundamental do binômio, saber e poder, muitas vezes, produzido pelas instituições, amparado pelas ciências e alimentado a partir das práticas sociais, constitui-se um poderoso dispositivo de produção de subjetividade na medida em que os saberes, articulados com as instituições aparecem e se transformam e geram discursos e práticas. As formas de saber e as forças que constituem o poder, atuam de forma articulada, por meio de uma série de procedimentos propostos e prescritos aos indivíduos, em função de determinados fins (EIZIRIK, 2006).

Contudo, além do saber, o poder produz outros efeitos, dentre os quais destaca-se o adestramento dos corpos, tornando-os manipuláveis e impondo-lhes uma relação de docilidade-utilidade. O controle minucioso das operações do corpo, do tempo ou do espaço, por meio da disciplina, realiza a sujeição constante de suas forças e constitui corpos úteis, dóceis e submissos que atendam aos interesses políticos de um determinado grupo social (FOUCAULT, 1999):

Comi, tudo o que a moça indicou, né? Prá melhorar a saúde. (E10)

Eu prestei atenção na minha saúde, né? O que que eu tinha que fazer prá melhorar, prá poder “estar fazendo” (*a doação de sangue*) de novo. (E3)

Os mecanismos de pacificação dos instintos do corpo, uma vez instaurados, auxiliam na regulação das condutas dos indivíduos, de acordo com os interesses vigentes. Conseqüentemente, a vontade e as disposições dos indivíduos são reduzidas, por meio do processo de assimetria e verticalização das disciplinas, que se desdobram sobre o corpo disciplinado, manipulado e enquadrado com a finalidade de sua máxima utilidade, produzindo sujeitos normalizados que trarão segurança à sociedade (SILVEIRA; SIMANKE; FIGUEIRA, 2015).

O princípio da docilização dos corpos, por meio da doação de sangue, é evidenciado nos discursos que manifestam o assujeitamento ao poder do outro, obedecendo aos cuidados prescritos, com a intenção de formatar os sujeitos que possam vir a ser potenciais doadores de sangue. Isso produz corpos dóceis e aumenta sua utilidade a partir da melhora de seu quadro de saúde ou, até mesmo, da mudança de determinado comportamento incompatível com as normas de doação.

Esse governo do corpo fica evidente na adesão ao tratamento prescrito, conforme manifestado nas falas dos entrevistados, observando-se o discurso científico, mais uma vez, centrado na figura do triagista, que coordena as formas de conduzir seus tratamentos, condutas

e comportamentos. O corpo do doador é condicionado ao cumprimento dos prazos e prescrições por aquele que detém, por direito, o poder de corrigir e normalizar:

Não, não discordei, porque, era um motivo meu, né? Assim... Estava faltando alguma coisa no meu organismo (risos). (E10)

Se tiver alguma coisa, que impeça de eu não doar, né, tem que acatar, né? (E13)

De acordo com Foucault (2014), as estratégias de produção de corpos dóceis são direcionadas pelas relações de forças de um determinado jogo de interesse entre os envolvidos. A partir do momento em que se instaura uma relação de poder, principalmente se houver excesso de imposição das normas, há por consequência, a possibilidade de resistência e desobediência. Assim, conforme verificado nesse estudo, no contexto de doação de sangue, o movimento de resistência está relacionado, principalmente, ao exercício do saber técnico científico dos profissionais, na disputa que se opera entre o desejo de doar e a aceitação das inúmeras normas que garantem a segurança transfusional:

No primeiro momento, eu discordei. Tanto que depois, sem me tratar, eu voltei de novo, me barraram de novo, voltei de novo, barraram de novo. (E6)

Então, assim, são coisas que, talvez, serem reavaliadas. Será que isso aqui, realmente, torna a pessoa **inapta**? (E8)

Eu vou questionar. Porque eu estou saudável, né? Os exames que eles fazem é superficial, então... né... Só, mede pressão, e a entrevista. Então, no caso aí, se falar que eu não vou poder doar, eu acredito que, tem um equívoco, né? (Risos). Eu estou me sentindo bem. (E16)

Observa-se nos discursos que os entrevistados, apesar de submetidos ao poder disciplinar, revelam estratégias de resistência às rígidas regras e normas impostas pelas unidades de coleta de sangue, na tentativa de não ceder ao controle instituído. O enfrentamento se manifesta de diversas formas, quer seja pelo retorno sem a realização do tratamento recomendado, quer seja pelos questionamentos das verdades instituídas, respaldadas pelos protocolos, ou ainda por acreditar e ter consciência de que seu quadro clínico de saúde é compatível com a realização da doação de sangue.

De acordo com Madureira, Trentini e Rentini (2008), a dinâmica das relações de resistência depende da intensidade das determinações ou imposições, podendo inclinar mais para um lado do que para outro. Dessa forma, quanto maior for o desequilíbrio das forças, maior será a resistência e luta, em contrapartida, quanto maior for a estabilidade, maior a tendência de relações harmoniosas e igualitárias.

### 5.3 Relação divina e o ato de doar

Procurou-se explorar nessa categoria a forma como as relações, produzidas pelo poder pastoral, um poder de características religiosas, que cuida dos indivíduos ao mesmo tempo que controla as suas condutas, descrito por Foucault (2008), tem relação com o ato de doar sangue. Buscou-se ainda, evidenciar os dispositivos, utilizados por meio desse poder divino, com a finalidade do controle de comportamentos de uma população específica, denominada pelo filósofo como rebanho.

O poder pastoral tem três características fundamentais, a saber: responsabilidade, que diz respeito à função do pastor de se responsabilizar pelos indivíduos e suas ações, garantindo a salvação do rebanho; obediência, que traduz a subserviência à autoridade institucional por parte dos indivíduos; jogo de verdade, pois o pastor deveria saber sobre os pensamentos, atos e pecados de cada um, descobertos por meio de um vínculo permanente entre pastor e rebanho (CAPONI, 2000).

O pastorado, cujo princípio é o poder que Deus exerce sobre o rebanho, aspira ao governo cotidiano dos homens e de suas almas, sob o pretexto da salvação na vida eterna em um plano espiritual, sendo esse, o seu objetivo essencial. A Igreja, como instituição religiosa, é considerada um dispositivo de poder que não parou de se desenvolver e aperfeiçoar, desde os séculos II e III, depois de Cristo, até século XVIII (FOUCAULT, 2008).

Os discursos dos entrevistados evidenciam essa relação entre Deus e os homens, descrita no poder pastoral, associada ao contexto da doação de sangue:

Eu me sinto bem em ajudar a salvar... Quem salva mesmo é Deus, mas, através da nossa medicina, o sangue ajuda, né? [...] sei que estou tentando ser útil para um irmão, um ser humano. (E1)

Ser um doador de sangue é, ajudar a salvar vidas. E, é seguir o exemplo de Jesus, né? Que derramou o seu sangue, “pra” salvar a humanidade, né? E eu sigo esse parâmetro. Tem pessoas que falam, tem pessoas que... que... seguem certas religiões que não permite a doação de sangue. Mas, se você for olhar, o primeiro doador de sangue, realmente, foi Jesus Cristo [...] Prá eu, que sou cristão, que... que... sigo os passos de Jesus, como é que eu não faria uma coisa que Ele fez? (E9)

Percebe-se que o entrevistado se refere ao sangue “derramado”, remetendo-se à morte sacrificial de Jesus, que foi crucificado para salvar a humanidade (BÍBLIA, 2008), associando-o ao seu sangue que é coletado para ser transfundido posteriormente a alguém que necessita desses componentes sanguíneos, para determinado tratamento terapêutico. Dessa forma, o doador pressupõe que, ao seguir os ensinamentos deixados por Jesus e da doutrina a qual o

conduz, em concordância com o compromisso da caridade, está estabelecendo uma espécie de vínculo entre o humano e o divino.

Os bancos de coleta de sangue, atentos às atividades de grupos sociais representativos, dispõem de estratégias para a captação de doadores, lançando mão de parcerias com grupos e líderes religiosos, na intenção da ampla divulgação da doação voluntária. É descrito, dentre outras linhas de atuação, que o setor de captação deverá “realizar reuniões com líderes para a apresentação e discussão da proposta de mobilização nas igrejas para ações de promoção à doação de sangue” (BRASIL, 2015, p. 65).

Em consonância, alguns entrevistados evidenciam que, o principal fator motivacional, para se candidatar à doação de sangue está, de fato, relacionado à sua crença religiosa:

Pra mim, significa uma oportunidade de exercer caridade, de amor ao próximo, dentro do Cristianismo [...] Porque eu sou cristão [...] Aprendi na doutrina espírita kardecista que devemos ser caridosos, com todas as pessoas. Eu pratico na doação. (E7)

Mais uma vez, percebe-se a aplicabilidade dos dogmas reverberados nas instituições religiosas, por meio da doação de sangue. O entrevistado pressupõe que a doação de sangue é um ato de caridade e benevolência, portanto, o faz alinhado aos ensinamentos adquiridos na religião.

Os valores religiosos e morais das pessoas variam de acordo com o que é reconhecido, pelas doutrinas, crenças e representações religiosas como uma conduta assertiva (FOUCAULT, 2008). Além disso, as práticas ritualísticas religiosas são inerentes aos discursos, determinando papéis, qualificações, gestos, comportamentos e condutas preestabelecidos a quem, por direito, é detentor de determinado discurso, bem como, para aqueles sujeitos aos quais se dirigem (FOUCAULT, 2003). Nesse sentido, pode-se considerar que o triagista ocupa determinada posição e detém o poder por meio de um discurso que é legitimado pelas políticas de doação de sangue e pela sua própria posição institucional de garantidor das boas práticas de doação de sangue.

Doar sangue é um ato altamente apreciado pela maioria das doutrinas religiosas. A crença e fundamentos religiosos são elementos importantes para muitos doadores que, influenciados pela religião, encontram na fé uma estratégia motivacional para realizar esse ato em um contexto que envolve sentimentos relacionados à caridade, à empatia, à solidariedade e ao altruísmo (SOUZA; FREITAS, 2019). Ainda sob o olhar da conotação religiosa, o sangue foi agente da salvação derramado pelo redentor, herói ou mártir, e hoje, por meio da doação. O

sangue é considerado agente de vida, a partir da solidariedade do desconhecido que leva vitalidade para o indivíduo debilitado (BALANDIER, 1997).

Assim como discutido por Balandier (1997), percebeu-se nos discursos que, os indivíduos que efetivam a doação de sangue acreditam ter o poder de salvar aquele que está hospitalizado, postergando a sua vida e ainda, devolvendo-lhe a saúde:

[...] Eu vou estar salvando a vida de alguém [...] que está ali, no hospital, em uma cama de hospital, precisando, até, nos últimos momentos, da vida, e, prá mim, é um ato muito importante poder salvar a vida dessa pessoa [...] doar sangue, você vai estar salvando a vida de alguém, né? [...]. Saber que está salvando a vida de alguém ali, que está precisando, mesmo que seja da sua família, ou não. Você vai salvar a vida, de pessoas, que a gente nem conhece. (E10)

Você ser um doador, você está cedendo... você está doando vida, na verdade. [...] porque você está tirando um pouquinho de você, prá oferecer para o próximo. (E14)

Eu nunca fiz nada por ninguém, assim, que pode salvar a vida. Agora, tipo, eu estou salvando a vida de três pessoas que eu nem conheço. (E21)

Observa-se, posto nos discursos, que a doação de sangue tem, para os entrevistados, o objetivo de “salvar vidas”. Pode-se considerar, ainda, como não-dito, outros recursos de intervenção, utilizados nos serviços de saúde para o reestabelecimento do paciente, tais como: medicamentos, pensamento crítico, tomada de decisão, exames diagnósticos, procedimentos terapêuticos, sendo todos esses coadjuvantes ao tratamento para o reestabelecimento da saúde. Apenas o sangue transfundido aparece nos discursos, sendo considerado um antídoto essencial da assistência terapêutica.

Pode-se inferir que a produção do discurso da doação de sangue capaz de “salvar vidas” é disseminada pelos órgãos responsáveis pela normalização das práticas de doação. Os serviços que normatizam e fiscalizam os serviços hemoterápicos, acreditam que as pessoas devem ser conscientes e corresponsáveis pelo processo de salvar vidas. Esse discurso é ainda produzido por meio de slogans de campanhas de captação de candidatos à doação. Para ilustrar esse tema, tem-se a campanha “Tour do Carinho”, da empresa Johnson & Jhonson. Essa campanha promoveu, por três meses, a coleta de bolsas de sangue, por meio de um ônibus adaptado para a doação, nas cidades-sede da Copa do Mundo, realizada no Brasil no ano de 2014, cujo objetivo era coletar 20 mil bolsas e tinha o seguinte slogan: “salvar um Maracanã de vidas” (BRASIL, 2015).

De acordo com Foucault (2008) a salvação física e espiritual dos governados, almejada pelo pastor, que zela pelo seu rebanho é, ao mesmo tempo, sobre cada um (individualizante) e sobre todos que compõem o grupo (totalizante). Dessa forma, o pastor só consegue dirigir todo

o rebanho na medida em que nenhuma ovelha possa lhe escapar. A salvação de cada um é mais importante em valores absolutos do que relativos. Quando uma ovelha se perde ou está em desacordo com o rebanho, precisa ser afastada do seu convívio. Porém, essa ovelha, separada das demais, merece cuidado e amparo, por parte do pastor, da mesma forma que recebem as ovelhas do rebanho, tentando assim, reconduzi-la ao grupo. Por isso diz-se do poder pastoral que ele se exerce sobre uma população, guia para um objetivo e serve de intermediário para esse objetivo, ao invés de se exercer sobre um território.

Assim também o é, na doação de sangue. No momento da triagem clínica, o profissional analisa, de acordo com as respostas do candidato ao questionário padrão e com uma avaliação clínica e epidemiológica e exame físico sumário, se o mesmo está apto, ou não, a realizar a coleta do sangue para doação. Aquele que está de acordo com as normas preconizadas, realiza a doação. Porém, aquele que não preenche aos critérios estabelecidos, sendo considerado inapto e rejeitado temporariamente para a doação, recebe orientações e encaminhamentos, seja no momento da entrevista, seja em convocação realizada pelo serviço de atendimento ao doador inapto, em caso de alterações dos exames laboratoriais. O candidato inapto é orientado quanto ao prazo e os cuidados a serem tomados, antes de um possível retorno para a doação de sangue e sobre o que precisa fazer para se enquadrar nas normas, sendo ainda, incentivado a retornar (BRASIL, 2015).

Porque ali é uma oportunidade de você demonstrar alguma **anormalidade**, alguma coisa que está **fora do padrão** [...] Então, também, ali é muito importante a transparência. (E11)

Aí, como o médico... eu não sei realmente se é o médico ou enfermeiro que faz a entrevista ali... ele consegue perceber se há uma mentira nesse ponto. Então, ele consegue, separar a pessoa ali, ou bloquear ela para a próxima etapa. Eu acho que um bloqueio ali acontece. Acho que ele mesmo já tem a...a...a...a mente, trabalhada prá isso. Prá conseguir bloquear. (E19)

De acordo com os discursos dos entrevistados, observa-se que o candidato à doação percebe o momento da triagem clínica como um momento de sinceridade e transparência. Pressupõe-se, por parte dos doadores, que o profissional triagista realiza uma minuciosa inspeção, que vai além das respostas obtidas pelo questionário padrão, mas ele está atento a qualquer sinal que possa escapar aos critérios estabelecidos para a doação, tais como: gestos, olhares, insegurança das respostas, etc. Até mesmo quando, aparentemente, não existe algo que possa inaptar o candidato à doação, na percepção do mesmo, o triagista tem o poder de julgar

se ele está mentindo ou omitindo alguma informação e inaptá-lo caso considere necessário, conforme evidenciamos no discurso abaixo:

Tinha mais de ano que eu tinha feito a tatuagem, mas mesmo assim eu, eu entendi o porquê. [...] ele percebeu alguma coisa que estava errada. Era adolescente, não tinha parceira fixa. Tinha tatuagem em um ano, praticamente, e *piercing* eu já tinha tirado. Então, ele realmente viu alguma coisa que não podia. (E19)

De acordo com Mahon-Daly (2012), a triagem é percebida, pelos próprios doadores, como a etapa que deve excluir riscos de contaminação que poderiam agravar ainda mais o quadro de saúde de quem já está debilitado. Essa etapa do ciclo do sangue atua na separação do sangue bom, do sangue ruim e, conseqüentemente, do bom e do mau doador.

Eu me sinto tranquilo, porque eu sempre falo a verdade. Eu não tenho nada a esconder. [...] Respondo tudo com a verdade [...] ali, ela tá falando, olho no olho com o médico. Quando a gente conversa, olho no olho, a gente vê, quando a pessoa está mentindo, ou não. (E7)

Também no poder pastoral, a verdade e a transparência das condutas e pensamentos são observadas por meio do exercício obrigatório da prática da confissão-exame, realizada por aquele que dirige a consciência do rebanho, dos pecados consumados, bem como, das tentações e pensamentos desonestos aos quais se está exposto. Até os séculos X e XI, a técnica da confissão podia ser realizada por leigos, quando não se estava próximo a uma autoridade religiosa, que poderia ser uma, ou várias pessoas, a fim de envergonhar-se de seus pecados. Porém, a partir dos séculos XI e XII, esta incumbência foi reservada de forma exclusiva aos padres, com a finalidade de expiação e remissão dos pecados, concedida por Deus, por intermédio desse confessor, seu representante na Terra (FOUCAULT, 2008).

O poder empírico do olhar e da audição do padre constitui-se no desenvolvimento de uma técnica que substancia o governo das almas. Nesse contexto, a penitência emerge como um sacramento recebido pelo padre, após a confissão, visando a remissão dos pecados por Deus. A penitência configura-se em um antídoto imposto, em consonância com as regras médicas, visando curar os contrários pelos contrários, por meio de prescrições. Por exemplo, para a cura da avareza a esmola, da luxúria as mortificações, e assim por diante (FOUCAULT, 2002).

A partir do século XVII, tem-se mais do que a penitência como dispositivo de controle do poder pastoral, a direção da consciência, representado pelo diretor a quem deve-se reportar o que se considerava-se as penas do espírito, tentações ou maus hábitos a fim de corrigi-las. Mais do que confessar, a direção da consciência promove o relato em seus mais ínfimos detalhes (FOUCAULT, 2002).

Pouco tempo depois, porém ainda no século XVII, tem-se a mudança do mecanismo de controle e do registro de discurso para a condução da convulsão, entendida como revolta ou agitação, descrita como possessão e a forma visível do combate no corpo da pessoa possuída, com sinais de rigidez, agitações, tremores, gestos involuntários etc., com a transferência externa à Igreja, se desobrigando dessa função que será dada agora à medicina. Nesse momento acontece o início da passagem do pastoral à medicina. Todavia, esse apelo à medicina por parte da Igreja se dá de forma tímida, uma vez que, introduzindo o médico no cuidado dos casos de possessão, conseqüentemente introduz-se a medicina nos cenários da teologia. A gestão dos corpos, assegurada até então pela Igreja, torna-se, aos poucos, objeto médico (FOUCAULT, 2002).

Segundo Tierney (2004), aos poucos, com o desenvolvimento da técnica pastoral, a medicina substituiu a autoridade religiosa. Isso contribuiu para as dimensões individualizantes do saber-poder médico nas ciências e nos valores morais e a cristalização de sua autonomia profissional. Caponi (2000), afirma que o saber médico se apropriou da tecnologia primitiva do poder pastoral cristão, com igual posição de autoridade social e político-ideológica sobre a saúde e o adoecer. As confissões feitas aos profissionais que detinham o conhecimento acerca da saúde possibilitavam o governo dos indivíduos de forma contínua e permanente. A obediência era obtida do cumprimento de normas, leis, disposições, obrigações e mandatos na contrapartida de uma preocupação com a saúde, proteção e cuidado.

No contexto da doação de sangue, é enfatizada a importância de sensibilizar o candidato à doação sobre a sinceridade e honestidade, em todos os momentos, em especial, durante a etapa da triagem clínica, ao responder às perguntas feitas pelo profissional (BRASIL, 2015).

Porque algumas pessoas, se tiverem com algum peso na consciência, a pessoa vai pensar duas vezes antes de fazer a doação de sangue. A pessoa vai desistir, porque a pessoa pode ter tido um comportamento de risco. E, se a pessoa não tiver consciência de doar sangue sabendo que ela pode estar com alguma doença, vai transmitir pra outras pessoas. Isso é ruim. Isso não é correto. (E7)

Após a realização da entrevista, é solicitado ao candidato à doação a sua assinatura, logo abaixo de suas respostas, atestando ser verdadeiro tudo aquilo que foi dito por ele. O questionário realizado no momento da triagem clínica, tem caráter sigiloso e confidencial e deve ser feito de forma privativa, mantendo seu registro em meio eletrônico ou impresso (BRASIL, 2015).

Os entrevistados percebem toda a preocupação com a segurança transfusional e com o compromisso com a transparência, o que é evidenciado em muitos discursos:



A pessoa não pode falar **mentira**. Ela tem que falar a **verdade**. Porque tem gente que... não sei, né? Pode omitir alguma coisa. A gente não pode omitir nada [...] toda pergunta tem que ser respondida com sinceridade. (E2)

Se caso eu tiver esquecido alguma coisa, né, (risos), e me perguntar lá... eu tenho que ser verdadeiro, né? Tenho que falar lá a **verdade**. Então, eu não posso omitir nada. (E13)

Porque, tipo assim né, eu tenho 19 anos e tipo, de **verdade**, eu nunca transei. Aí, as vezes eu falo, as pessoas não acreditam, mas [...] Aí eu fico olhando assim: “Nó! Será que o cara vai acreditar?” [...] “Será que ele vai acreditar?” Porque é **verdade**. Eu não estou **mentindo**. Aí, eu não sei se ele vai acreditar em mim. (E21)

Percebe-se, nos discursos, a preocupação com a sinceridade e a omissão de informações. Os vocábulos “verdade” e “mentira” são usados pelos entrevistados constantemente, ratificando o caráter confessional da triagem clínica. Pressupõe-se que a omissão ou mentira sobre as informações podem ser danosos à saúde daquele que possivelmente irá receber seu sangue após a coleta e transfusão.

De acordo com Foucault (2008), o poder pastoral se transformou por séculos, sem que nunca, tenha sido abolido. A forma como as organizações exercem esse poder é algo que ainda não estamos libertos até os dias de hoje.

Para Oliveira (2019), ao se pensar no poder pastoral na atualidade, faz-se necessário estar consciente de seu cuidado em tom de alienação. Um sujeito emancipado é capaz de deliberar sobre seus direitos e escolhas e sobre as formas de implementá-los, por sua vez, na concepção de que ainda hoje exerce o poder de cuidado, sendo o outro considerado mero objeto de cuidado, privado de bens materiais ou simbólicos e sem protagonismo nas suas decisões. O poder pastoral cria uma relação de paradoxo e assimetria nas relações entre os sujeitos e as instituições, onde quem cuida também controla o outro como objeto, sendo passivo de poder de decisão. Existe então, um hiato entre o sujeito que aceita os métodos impostos de cuidado das suas necessidades e o sujeito político e autônomo de direitos.

#### **5.4 Governo da população doadora de sangue**

Essa categoria analisa a forma como a tecnologia do biopoder, discorrido por Foucault (2005) e, exercido a partir do controle da vida dos homens, manifesta-se no contexto da doação de sangue. Os discursos dos entrevistados mostram que eles percebem a influência do Estado como gestor do sangue doado e responsável pela segurança transfusional, por meio das políticas que regulam as doações, utilizadas como dispositivos de poder do governo. Além disso, esses

discursos evidenciam até mesmo o exercício do biopoder além das ações estatais instituídas, como a incitação natural de comportamentos, em busca de uma vida considerada socialmente como livre de riscos à saúde.

O biopoder relaciona-se à vida e à morte, no intuito de fazer viver e deixar morrer. Essa tecnologia de poder tem o homem, enquanto ser vivo, como objeto de regulação, visando o seu contínuo e incansável melhoramento, multiplicação e incitação. Também chamado pelo filósofo de biopolítica da espécie humana, tem como objeto as características biológicas da espécie humana e os fenômenos naturais a ela subjacentes, regulando os processos humanos vitais por meio de leis e estratégias políticas (FOUCAULT, 2005).

Dessa forma, de acordo com Foucault (2002), o biopoder administra populações, constitui suas características biológicas fundamentais e intervém sobre o controle de natalidade, aglomeração urbana, higiene, fluxos de migração, epidemias, alimentação, transformação dos espaços, gestão da saúde, longevidade, sexualidade, organização da economia, etc., na medida em que se tornaram preocupações políticas. Os aparatos estatais culminam na massificação e burocratização da sociedade. Nesse contexto, a saúde é o principal produto a ser consumido, numa estratégia de poder sobre os homens:

Mas, eu vi, o quão assim... tem muito... muito... muita burocracia, né? Não é só: “Ai, eu quero doar e eu vou conseguir doar” [...]É... uma burocracia... válida, né? Só que eu, não pensava, que fosse tão... eu tinha tomado antibiótico há cinco dias. Eu não imaginava que seria ta(aaa)nto, né? (E8)

Talvez, poderia diminuir um pouco, não teria necessidade de fazer tantas perguntas. Mas, né... olhando também pelo lado de... da quantidade de tempo gasto, o material né? Que vem tudo do Estado, gratuito, etc. (E12)

A partir das falas dos entrevistados, observa-se que há uma percepção de que as normas e protocolos de doação conduzem a maneira como as pessoas que se candidatam para a coleta de sangue devem viver e se comportar, sendo a saúde, ou mais especificamente os mecanismos da segurança transfusional, o pilar dessa normalização. Dessa forma, o Estado aparece se encarregando do governo da população doadora de sangue, organizando os saberes para controlar a maneira como devem se comportar, caso queiram ser considerados aptos à doação. Ainda de acordo com os discursos, está subentendido que as políticas que norteiam a doação de sangue têm caráter excessivo de critérios e impedimentos, porém, isso é justificado e aceito, quer seja pela garantia da segurança do sangue doado, ou, até mesmo, porque os recursos humanos e materiais são garantidos pelo Estado, de forma gratuita para a população.

Para Synnott (1993), o corpo social é ao mesmo tempo indivíduo e sociedade, considerado produto cultural e também, propriedade do Estado, assim como também o são as partes do corpo enquanto indivíduo. De acordo com Mahon-Daly (2012), associando-se o dilema social entre o corpo e suas partes ao contexto da doação, a bolsa de sangue coletada deixa de pertencer ao sujeito-indivíduo e passa a ser propriedade do Estado que determina, a partir do momento em que deixa o seu corpo, qual será a sua finalidade.

De acordo com Foucault (2008), a partir do século XVIII, há uma sobreposição da sociedade disciplinar, marcada por mecanismos punitivos e sanções de coerção, aplicados principalmente ao corpo dos indivíduos, para uma sociedade de segurança, caracterizada por um poder sutil e até mesmo flexível, que consente formas de contestação, garantindo assim, sua perpetuação e tornando imperceptíveis os seus efeitos de constrangimento, decorrentes das necessidades de segurança. O Estado aparece não como órgão declaradamente punitivo e regulador, mas sim, dotado de certa maleabilidade, o que permite aumentar o seu poder de controle sobre a vida da população:

Apesar que, depois tem todo um processo de laboratório, né? De **examinar** o sangue. (E2)

Fazer uma doação de sangue, com sangue contaminado, isso é... é muito grave! Então, tem que ter essa **segurança**. (E4)

Eu já tive relação com prostituta [...] Nessa época, o preservativo rompeu, então eu fiquei extremamente preocupado. Então, eu procurei, alguma entidade, de saúde, mais, especificamente, o... próximo lá... o Hemominas [...] prá fazer exame de sangue. (E7)

Os entrevistados manifestam, por meio de seus discursos, preocupação com o sangue que será analisado e, posteriormente transfundido. Pode-se inferir que as pessoas que realizam doação de sangue, consideram os bancos de coleta de sangue como órgãos de segurança e, confiam no processo de análise laboratorial do sangue doado. O uso dos vocábulos “segurança”, “exame”, sempre associados à saúde ratificam essa análise. A confiabilidade dos serviços hemoterápicos e a politização da opinião pública contribuem para a incorporação e o acatamento de orientações e normalizações, das políticas de saúde, visando sempre a segurança transfusional. Além disso, eventualmente, alguns entrevistados demonstram que utilizam desse dispositivo de segurança em benefício próprio quando se expõem a algum risco.

Os órgãos que normatizam as práticas de doação de sangue corroboram com essa premissa da importância da seguridade do sangue coletado e transfundido e afirmam que a garantia da segurança transfusional é o principal objetivo dos serviços hemoterápicos. Isso é

norteado por normalizações, ações, competências e responsabilidades de todos os profissionais envolvidos no processo do ciclo do sangue. Os manuais de práticas de doação afirmam ainda que as condições de biossegurança e a análise de risco devem considerar todos os indivíduos como expostos ou potencialmente expostos, até o resultado da análise laboratorial do sangue coletado (BRASIL, 2015).

Para Caliman e Tavares (2013), tudo aquilo que é visto e considerado como risco precisa ser gerenciado e controlado. As práticas de gerenciamento social, em nome da segurança e proteção, atuam na vigilância e controle das pessoas. O conceito de risco mistura-se com a noção de perigo, ganhando visibilidade e aumentando o campo de atuação do biopoder que se estende, até mesmo, para fora das estruturas de intervenção estatal, por meio de práticas sociais. Para Foucault (2005), o controle social do corpo e da vida tornam-se alvos centrais dessa nova configuração de força do tecido social.

Ainda de acordo com Foucault (2002), ao contrário do pastorado cristão e das disciplinas, o biopoder não é um poder individualizante, mas sim, com dispositivos de intervenção sobre os processos vitais de toda a população. Trata-se de um objeto construído pela gestão global da vida dos indivíduos, como por exemplo, nascimentos, doenças e mortes e, com efeitos que se fazem sentir de forma coletiva e global. Uma característica do biopoder é que ele não acontece por meio da imposição de condutas ou coibição de comportamentos, mas, ao contrário, transcorre de forma imperceptível e natural, produzindo e incitando comportamentos:

Não é todo mundo que tem uma boa saúde prá “estar doando”. Os que têm, estão cheios de tatuagem, fazendo esse tipo de uso, né? (E3)

E aí, Graças e Deus! Foi constatado, que eu não tenho nenhuma doença venérea. E dos 18 anos prá cá, eu faço doação de sangue sempre. E... larguei essa vida. Não quero mais saber disso. Agora, eu sou um homem fiel, casado. Só tenho uma parceira. (E7)

Um primo meu [...] veio com mais cinco ou seis amigos fazer doação de sangue [...]. E, de todos, o único que pôde doar sangue era um que era virgem. Todos os outros não puderam, porque eles não tinham ideia de quantos parceiros sexuais eles tiveram, durante o período perguntado e eles não sabiam se tinham tido relação com ou sem preservativo. Então, assim, eles não...eles não prestavam atenção nessa parte da vida deles. [...] isso levou eles a uma reflexão, sabe? Sobre até, da própria vida deles mesmo. (E12)

Observa-se, mais uma vez, que os entrevistados têm consciência da forma desejável de agir e de se comportar daquele que tem a intenção de se candidatar à doação de sangue. Pode-se inferir, a partir dos discursos, que sob o âmbito silencioso do biopoder, as pessoas se

comportam e agem de acordo com os julgamentos sociais e formas de existência instituídos, por meio da regulação dos corpos na sociedade.

Nesse contexto da moldagem e o estímulo à mudança de comportamentos, pode-se inferir que, o marketing social apresenta-se como tecnologia propulsora do biopoder. Segundo Kotler e Zaltman (1971), a expressão marketing social surgiu com a associação das ferramentas disponíveis do marketing tradicional, em benefício de questões sociais, com a intenção de influenciar determinado público a modificar, aceitar ou rejeitar, voluntariamente, determinado comportamento. Dessa forma, o marketing social tem como pano de fundo a finalidade do bem-estar da sociedade. Para Barboza (2012), esta mudança nos moldes comportamentais se inicia de dentro para fora, ou seja, do individual para o coletivo.

De acordo com Pereira et al. (2016), o marketing social, aplicado à causa da doação de sangue, na tentativa de alcançar a mudança comportamental dos indivíduos, auxilia na captação de novas pessoas que queiram se candidatar à doação, além da fidelização daqueles que já doaram em comparecimentos pregressos:

É meio que um dever, que eu sinto, de cumprir, para com a sociedade, né? [...] É... ajudar o próximo, né? E é um pensamento voluntário, né? (E5)

Então, eu acho que talvez, de uma forma mais fácil, ser divulgado, já a importância da doação. Porque aí, as pessoas vão se conscientizar: “Olha, eu preciso tá desse jeito pra doar”. (E8)

De acordo com os discursos dos entrevistados, também se subentende, nos resultados encontrados no âmbito teórico delineado neste estudo, que as ações de incentivo à doação, propostas pelo marketing social, são importantes para manter um nível adequado de suprimento de bolsas de sangue nos estabelecimentos hospitalares. Além disso, pode-se inferir que o marketing social incita um comportamento – o estímulo à doação. Porém é necessária, além da vontade de realizar a doação, a consciência de se ter um comportamento dentro dos critérios e normas preconizados:

Por exemplo, a pessoa não pode fazer a doação, sabendo que fez tatuagem, que fez piercing, que tomou medicamento, que usou bebidas alcoólicas, ou outros tipos de entorpecentes. (E7)

O marketing social pode ser responsável pelo primeiro comparecimento e pelos demais retornos do doador, a fim de aumentar as doações voluntárias e espontâneas a partir da fidelização do candidato à doação (LUDWING; RODRIGUES, 2005). O estudo de Sojka e Solka (2008) mostrou que o marketing social tem destaque dentre às razões que motivam as

pessoas a comparecerem aos bancos de coleta e se candidatarem com 23,5% das pessoas relatando ser o marketing social o responsável como principal razão para doarem.

Como ferramentas estratégicas do marketing social como potencial aliado à captação de doadores de sangue pode-se citar: envio de cartas, e-mails e telefonemas às pessoas em condições de realizar uma nova doação, após três meses para as mulheres e dois meses para os homens. Essas ações funcionam como aviso ou convocação com a finalidade do aumento do número de doações, além do acolhimento, que auxilia na criação do vínculo do doador de repetição com os profissionais e o banco de sangue (CARLESSO, et al., 2017).

De acordo com Barboza e Costa (2014), os profissionais que trabalham com o marketing social, no cenário da doação de sangue, devem promover a minimização do medo no momento da coleta do sangue, além de estimularem os doadores a influenciarem familiares e amigos próximos para se engajarem na mudança desse comportamento.

Além do uso das ferramentas do marketing social, percebe-se que o controle da biopolítica, sobre a doação de sangue, pode ser exercido também de outras formas, como por exemplo, pelos próprios sujeitos, que se submetem ao adestramento pelo receio do olhar do outro, em especial, o olhar do triagista, profissional de poder legitimado, que pode impedir ou não a doação:

Ainda mais que é o médico, a gente tem que passar por isso para doar o sangue. (E5)

Nesse cenário de produção de conhecimento e saber, a medicina, impulsionada pelo poder, relaciona a população, ou o montante de indivíduos controláveis em nome de sua saúde ou segurança, à epidemiologia, compreendida como um conjunto de descrições, mediante mensurações quantificáveis e traduzidas em dados demográficos para intervenções sanitárias. A medicina produz um saber-poder que afeta, ao mesmo tempo, o corpo e a população ou o organismo e os processos biológicos, produzindo resultados disciplinares e efeitos regulamentadores disseminados por toda a sociedade por meio de políticas de atenção, de aprendizagem e de comportamento ideal. Ela normaliza e disciplina o corpo adoecido, bem como prescreve as condições necessárias para o bem viver da coletividade, observando, corrigindo, e aprimorando o corpo social (STELET; CASTIEL; MORAES, 2017).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015), a triagem clínica, momento em que o candidato à doação é de fato avaliado, além de permitir a escuta e oferecer respostas e orientações às necessidades de saúde identificadas pelo profissional triagista, tem importância fundamental no auxílio da compreensão de um comportamento de saúde de hábitos

considerados adequados para realizar a doação de sangue, de acordo com as normas instituídas. São realizados, na triagem, questionamentos sobre cirurgias, patologias que possui ou que já tenha tido e uso de medicamentos, por exemplo. Quanto aos hábitos, questiona-se sobre o uso de drogas ilícitas, viagens para regiões endêmicas de doenças transmitidas por transfusões e o comportamento sexual, com relação à quantidade de parceiros sexuais, se estes foram parceiros fixos ou eventuais, e se foram do mesmo sexo.

Os critérios que podem impedir à doação de sangue estão disponibilizados no site da Fundação Hemominas para o acesso, em caso de dúvidas daqueles que pretendem se candidatar à doação de sangue (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2016).

[...] agora, tem perguntas, em questão de sexualidade, tem gente que se sente invadida. Não. Aquilo ali realmente precisa [...] porque, quando você não utiliza (*preservativo*), pode ter a transmissão de diversas doenças, que são as DSTs [...] pode ser um pouco invasivo? Pode. Mas é uma pergunta necessária. (E4)

De acordo com o discurso analisado, subentende-se que as perguntas da triagem clínica, em especial as questões de cunho sexual, podem causar constrangimento em algumas pessoas. O que pode ser explicado pelo entendimento, por parte do candidato à doação de que aquilo se trata de algum tipo de julgamento de valor pessoal. Para o profissional triagista, subentende-se que, a entrevista é um procedimento técnico e, até mesmo, mecanizado, com a categorização de inapto ou apto à doação, a partir do que o doador expressa no consultório.

O controle da vida por meio do biopoder é inseparável da história da sexualidade, enquanto construção histórica e social sobre os modos de sentir e experimentar o corpo, delimitação dos gêneros e, na relação do corpo com a população. O dispositivo da sexualidade, enquanto instrumento de subjetivação e ferramenta do poder, torna-se mais potente porque opera em um ponto de intercessão do biopoder, em especial, no controle da reprodução e em rituais de concepção, com normas sexuais fundamentais na construção das tecnologias de poder em nossa sociedade (FOUCAULT, 2010).

Entretanto, num segundo momento, a sexualidade é transformada num objeto de análise, com ênfase na articulação do poder sobre os discursos de verdade. Visto que, em nenhum outro campo de aplicação do biopoder o dizer verdadeiro se faz mais evidente do que na sexualidade, pois pertencemos a uma civilização na qual sempre se exigiu dos homens dizer a verdade a respeito de sua sexualidade. Os discursos de verdade em torno da sexualidade se aplicam ao corpo, aos órgãos sexuais, aos prazeres, às relações de aliança, às relações interindividuais etc. (FOUCAULT, 2010).

No contexto da iminência desta nova forma de poder, a sexualidade transitou por saberes profissionais especializados a fim de solucionar problemas de ordem orgânica e psíquica e, classificá-los como normal ou patológico: “cumprir falar do sexo como uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar, mas gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo” (FOUCAULT, 2010, p. 27).

Na emergência do dispositivo da sexualidade, entre os séculos XVIII e XIX, surge o homossexual, como categoria psiquiátrica, entendido como doentes ou indivíduos desviantes, suscitando uma série de características desta forma “ilegítima” da sexualidade, não com a intenção de eliminá-la, mas sim para a manutenção das relações de poder. Os desviantes são produzidos, enquanto categoria, pela mesma estratégia que os pune constantemente. Concomitantemente, incitou-se a organização de grupos de luta por direitos e, a variabilidade das tentativas de explicação e enquadramento deste desvio de padrão da população que já foi entendido como crime penal, opção ou doença, sendo este último a partir do discurso legítimo da medicina (CASSAL; GARCIA; BICALHO, 2011).

A questão da doação de sangue, por parte dos homossexuais do gênero masculino, é controversa entre o senso comum e os órgãos normativos, gerando uma grande produção de discursos, pensamentos e verdades:

Os homens homossexuais não podem doar. É muito complicado, porque tem homem que tem parceiro fixo, etc., mesmo assim não pode. Eu acho muito complicado, mas, não sei um jeito assim de controlar essa questão, porque eles são mais suscetíveis a doenças que são sexualmente transmissíveis. Então, eu não sei, se teria um método assim, mais seguro de controlar, ao invés de barrar todos. (E25)

Ainda que sejam realizadas diferentes sorologias e testes de análise, após a coleta da bolsa de sangue, de acordo com Araújo e Barone (2008) e Garrazone, Brito e Gomes (2004), ainda hoje, não se é possível garantir o processo de transfusão de sangue como sendo isento de qualquer risco. Dessa forma, entende-se que, mesmo com todo avanço das tecnobiociências e da aplicação de novos padrões de qualidade, baseados em evidências científicas, amplia-se sempre mais as ações de percepção das possibilidades de risco, ao invés do alcance assertivo da segurança.

De acordo com o Manual de Atendimento ao Doador, disponibilizado no site da Fundação Hemominas (FUNDAÇÃO HEMOMINAS, 2016), que foi elaborado a partir da Portaria GM MS 158, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016a), considera-se como situação de risco acrescido para a aquisição do HIV e de outras doenças transmissíveis pelo sangue, o



homem que mantém ou manteve relação sexual com outro homem (identificado pela sigla HSH), nos últimos 12 meses, bem como, suas parceiras sexuais, caso houver.

Atualmente, está em aberto, na mais alta instância do poder judiciário brasileiro, o Supremo Tribunal Federal (STF), a ação judicial que questiona a possibilidade de doação de sangue por homens que tem relação sexual com outros homens, desde que sejam parceiros fixos, tornando-se inconstitucional a orientação estabelecida pelos órgãos normalizadores da doação de sangue, Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) que consideram inaptos para a doação de sangue os chamados HSH (BRASIL, 2014; 2016b; 2019b).

A justificativa apontada pelo MS e Anvisa do impedimento dos HSH de realizarem a doação de sangue se fundamenta na maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV/AIDS, nesse grupo de pessoas. Tendo, como pano de fundo, a promoção da segurança transfusional para os receptores de sangue. Já para aqueles que resistem e não concordam com essa normativa, tais critérios são discriminatórios, provenientes da estigmatização da comunidade gay, gerando ainda mais preconceito e discriminação, provocando desigualdade entre os direitos e a dignidade das pessoas (BRASIL, 2019b).

Para Silva (2010), o argumento apresentado pelos órgãos normalizadores da doação de sangue, que prevê um padrão de segurança transfusional na tentativa de controlar as possibilidades de risco que poderiam interferir na qualidade do sangue transfundido não pode justificar a restrição de direitos individuais, ou ainda, gerar qualquer desigualdade jurídica entre as pessoas. Esses atos que implicam em políticas de exclusão ao invés de inclusivas devem ser pensados como situações de exceção, respaldadas pelos princípios da Constituição Federal da proporcionalidade e razoabilidade

No contexto histórico da promoção da saúde, de forma geral, tem-se a preocupação com a redução de riscos potenciais e a garantia da segurança e gerenciamento de procedimento, ações e estabelecimentos de saúde. Nos serviços hemoterápicos, a normalização jurídica-sanitária objetiva, acima de qualquer coisa, ações que garantam a segurança transfusional, com um olhar atento aos hábitos e comportamentos sexuais, em especial, reduzindo os riscos da transmissibilidade de infecções sexuais (BRASIL, 2014; 2016a).

Segundo Cassal, Garcia e Bicalho (2011), a estratégia de gerenciamento, construção de identidades, controle de corpos e de modos de ser da coletividade, operam sobre a população por meio do biopoder, produzindo verdades legitimadas pelas instituições, por meio da uma difusão de regimes genuínos e olhares sobre o sujeito, tornando-se dispositivo de controle.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da jornada que delineou o curso desse estudo, fazem-se necessárias algumas considerações. Desenvolver esse trabalho possibilitou uma percepção mais ampla sobre a configuração da rede de relações de poder que se constitui nos processos do serviço de coleta de bolsas de sangue para doação, bem como, o impacto das dimensões alcançadas por essas relações entre a norma e o desejo de ser um doador de sangue. A avaliação dos dados na perspectiva Foucaultiana permitiu refletir sobre a expressão das relações de poder, nas práticas de doação de sangue, sob o olhar dos candidatos que já foram classificados inaptos anteriormente.

Considerando-se a onipresença das relações de poder, sua análise no contexto do serviço hemoterápico de doação de sangue, constituiu-se em elemento fundamental para a compreensão de seu papel, nas relações estabelecidas, nas esferas do poder disciplinar, pastoral e biopoder, bem como, o regime de verdades instituídas perpassando todas elas. Além disso, sua análise também foi útil para o entendimento das estratégias empregadas na contenção dos seus efeitos e da forma como os candidatos à doação se manifestam na tentativa de se colocarem de forma mais confortável na rede de relações.

Submetendo-se os dados coletados ao método de análise do discurso, as interpretações aqui apresentadas são aplicáveis, especificamente, aos cenários dessa pesquisa, as Unidades de Coleta e Transfusão da Fundação Hemominas, situadas em Belo Horizonte. Sendo assim, aplicam-se a um grupo restrito da grande amostra existente de doadores de sangue, dos diversos bancos de coleta não sendo passíveis de generalização, apesar das similaridades que os bancos de coleta guardam entre si, de forma geral, regidos pelos mesmos protocolos dos órgãos de normalização e fiscalização, MS e Anvisa, respectivamente. Da mesma forma, não se pode afirmar que os achados desse estudo não se aplicam em outros contextos. Acredita-se que essa, inclusive, é uma característica importante da pesquisa científica.

Ainda sobre o método de interpretação das falas, considera-se que a metodologia de análise de discurso, tenha sido uma escolha assertiva pois possibilitou discutir os significados dos discursos dos entrevistados, em especial, relacionados ao simbolismo do sangue e à transfusão sanguínea. Isso favoreceu a compreensão a partir da perspectiva dos participantes, possibilitando identificar o panorama dessa temática, assim como suas potencialidades e fragilidades.

Há que se considerar que a dinâmica das relações de poder não pode ser classificada como boa ou ruim, mas está sempre ligada ao que é produzido pelas circunstâncias de cada situação e às posições assumidas pelos atores nela envolvidos, como considera a perspectiva pós-estruturalista.

Ao longo do estudo, foi possível perceber, na prática, o movimento circular que o poder assume nas práticas de doação de sangue. De um lado, tem-se o candidato que deseja realizar a doação e é o responsável por manter os estoques de bolsas de sangue e, do outro, o profissional triagista, respaldado pela instituição e pela norma que autoriza ou não a doação. Embora exista uma estrutura formal, até mesmo ritualística, bem definida e reconhecida pelos envolvidos no processo da doação, candidatos e profissionais responsáveis, as relações assumem amplitude e complexidade que extrapolam esses limites formalmente estabelecidos, o que evidencia tensões que emergem nos discursos dos entrevistados. Configura-se uma relação de troca, dependência e poder.

É na relação estabelecida a partir do binômio poder/saber que se estrutura um desconforto percebido em muitos momentos da pesquisa: o conflito entre o desejo de se realizar a doação de sangue, motivado por diversas variáveis e discursos e, o poder da norma com seus protocolos, fazeres e sentenças.

Percebe-se ainda, neste estudo, que o processo de doação de sangue é imbuído de um forte caráter normalizador, sendo observada a presença de suas técnicas disciplinares: vigilância hierárquica, sanção normalizadora e exame. Esses instrumentos de poder são utilizados em diversas situações e aparecem de forma velada e latente no contexto da doação de sangue e estão muito presentes, constituindo-se em importante elemento de condução dos comportamentos, ao induzirem nos candidatos à doação a necessidade de se enquadrarem em padrões considerados como satisfatórios para o perfil do doador.

Vale ressaltar que, todos os participantes entrevistados nesse estudo já passaram por doações anteriores e conhecem os critérios de inaptidão. Se se submetem novamente, é porque se auto classificam/examinam como saudáveis e aptos à doação, podendo oferecer esta fração da sua saúde a aqueles que dela necessitam.

Conclui-se, a partir do estudo, que a preocupação cada vez maior das pessoas com as questões sociais e a importância da prática da cidadania, formam um elo com a sociedade que em muito interessa aos setores de captação de doadores dos hemocentros. Isso se dá de uma forma não tão despreziosa quanto possa parecer, mas, ao contrário, age em benefício dos serviços hemoterápicos, a partir da publicidade e no sentimento altruísta imbuído no ato de doar sangue, auxiliando os sujeitos diretamente envolvidos nas campanhas de mídia de grande

alcance no Brasil. Pode-se inferir que, culturalmente, a doação de sangue é associada a um ato de generosidade. As campanhas de doação de sangue, por meio da nobreza do voluntariado e do despertar de um certo tipo de obrigação moral e cívica, promovem atitudes significativamente mais positivas em relação à doação.

Por fim, não se tem a intenção de construir uma verdade absoluta com esse estudo ou de se conferir linearidade sobre o tema, pois, considera-se um erro acreditar que todas as respostas e soluções possam ser encontradas unicamente a partir desse estudo, ou mesmo exclusivamente na perspectiva de Foucault. Porém, as análises desse filósofo oferecem subsídios para a formulação de alternativas possíveis estruturadas em debates acadêmicos. As discussões das categorias ora apresentadas são passíveis de interpretação crítica, por parte de conhecedores da temática. Espera-se que ao se evidenciar fragilidades referentes ao contexto da doação de sangue, isso possa se reverter em reflexões acerca de uma gestão ainda mais eficaz de todo o processo que a envolve.

Da mesma forma, não há a pretensão, com esse estudo, de se considerar que, a partir dessa compreensão, mudanças nas práticas dos serviços hemoterápicos possam ser facilmente implantadas na busca de um serviço melhor qualificado e que abrigue relações mais satisfatórias.

Considerando a complexidade do processo de doação de sangue, espera-se que esse caminho possa servir de subsídio para outras pesquisas na perspectiva das relações de poder no contexto da doação de sangue, que possam ampliar a compreensão desse fenômeno, favorecendo uma aproximação entre profissionais dos serviços hemoterápicos e doadores de sangue. Isso pode minimizar os mitos, crenças e estigmas culturais, sociais, ou até mesmo, religiosos, respeitar o ser humano e atuar na recuperação da saúde, contemplando as discussões até aqui apresentadas.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGNIHOTRI, N. Whole blood donor deferral analysis at a center in Western India. **Asian J Transfus Sci**, v. 4, n. 2, p.116-22, 2010.

AGUILAR, M. A. B.; GONÇALVES, J. P. Conhecendo a Perspectiva Pós-Estruturalista: breve Percurso de Sua História e Propostas. **Revista Conhecimento Online**, v.1. n.9, p. 36-44, 2017. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/40>. Acesso em: 08 de agosto de 2018.

ALVES, M. A. S. Desafiando a norma: normalização, resistência e guerra social no Brasil. **Psicol. rev. (Belo Horizonte)**, v. 24, n. 1, p. 291-301, jan. 2018 . Disponível em:[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167711682018000100019&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167711682018000100019&lng=pt&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.5752/P.1678-9563.2018v24n1p291-301>. Acesso em: 10 de dezembro de 2019.

ARAÚJO, E. S. A.; BARONE, A. A. Sangue seguro: mito ou realidade? **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 30, n. 5, p. 350-351, 2008.

BALANDIER, G. **A desordem**: elogio do movimento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1997.

BARBOZA, S. I. S.; COSTA, F. J. da. Marketing social para doação de sangue: análise da predisposição de novos doadores. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1463-1474, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2014000701463&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701463&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 30 de janeiro de 2020.

BARBOZA, S. I. S. **Marketing social aplicado à doação de sangue**: fatores condicionantes de comportamento [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2012.

BARROS, B. S. **Guia de boas práticas para assistência de enfermagem aos doadores de sangue**. 2016. 165f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Cuidado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

BAS, S.; CARELLO, G.; LANZARONE, E.; OCAK, Z.; YALÇINDAG, S. Management of Blood Donation System: Literature Review and Research Perspectives. **Conference Paper**. 2016. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/307585563\\_Management\\_of\\_Blood\\_Donation\\_System\\_Literature\\_Review\\_and\\_Research\\_Perspectives?enrichId=rgrq4ad8787af54a9e30351de250539c43d0XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMwNzU4NTU2MztBUzo1NDQ5NDgyMzcyODc0MjRAMTUwNjkzNzE5MjA3MQ%3D%3D&el=1\\_x\\_2&\\_esc=publicationCoverPdf](https://www.researchgate.net/publication/307585563_Management_of_Blood_Donation_System_Literature_Review_and_Research_Perspectives?enrichId=rgrq4ad8787af54a9e30351de250539c43d0XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMwNzU4NTU2MztBUzo1NDQ5NDgyMzcyODc0MjRAMTUwNjkzNzE5MjA3MQ%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf). Acesso em: 21 de junho de 2018.

BENETTI, S. R. D.; LENARDT, M. H. Significado atribuído ao sangue pelos doadores e receptores. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 43-50, março de 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072006000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072006000100005&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000100005>. Acesso em: 19 de novembro de 2019.

BERGER, M. The Value of Incentives in Blood Donation. *Scienc.*, vol. 341, p. 128-129, 2013. Disponível em: [www.sciencemag.org](http://www.sciencemag.org). Acesso em: 11 de junho de 2018.

BÍBLIA, N. T. In BÍBLIA. Português. **Sagrada Bíblia Católica**: Antigo e Novo Testamentos. Tradução de José Simão. São Paulo: Sociedade Bíblica de Aparecida, 2008.

BIRMAN, J. Jogando com uma verdade. Uma leitura de Foucault. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 301-324, dezembro de 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010373312002000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312002000200007&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312002000200007>. Acesso em: 20 de novembro de 2019.

BLACKBURN, S. **Dicionário Oxford de filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BRASIL. **5º Boletim Anual de Produção Hemoterápica**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2018b.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução da Diretoria Colegiada RDC nº 34, de 11 de junho de 2014**. Dispõe sobre as boas práticas do ciclo de sangue. República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 16 de jun. 2014. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867975/RDC\\_34\\_2014\\_COMP.pdf/283a192e-eee8-42cc-8f06-b5e5597b16bd?version=1.0](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2867975/RDC_34_2014_COMP.pdf/283a192e-eee8-42cc-8f06-b5e5597b16bd?version=1.0). Acesso: em 03 de fevereiro de 2020.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988a. 292 p.

BRASIL. Decreto de Lei nº 53.988, de 30 de junho de 1964. Institui o Dia Nacional do Doador Voluntário de Sangue. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 1º julho 1964. p. 5754. col. 1.

BRASIL. Decreto de Lei n. 5452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 agosto. 1943. Seção 1, p. 11937-11984.

BRASIL. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a ANVISA, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 27 janeiro 1999, Seção 1, p1.

BRASIL. Lei nº 1075, de 27 de março de 1950. Dispõe sobre a doação voluntária de sangue. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 12 abril 1950, Seção 1, p. 5425.

BRASIL. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue, bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 27 janeiro 1988b, Seção 1, p. 1609.

BRASIL. Lei n.º 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 22 março 2001, Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Blog da saúde**. Serviços, 2019a. Publicado em: 14 jun. 2019. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/servicos/53899-e-possivel-salvar-quatro-vidas-com- apenas-uma-doacao-de-sangue>. Acesso em: 19 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 maio 2016b. Seção 1. p. 44-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 12 dezembro. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doação de Sangue. **Política Nacional de Sangue e Hemoderivados**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-de-sangue/sinasan>. 2018a. Acesso em 20 de abril de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Caderno de Informação: sangue e hemoderivados. Dados de 2015**. Brasília, DF, 2017, 120p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. **Técnico em hemoterapia: livro texto**. Brasília, 2013, 289p.

BRASIL. Portaria nº 158, de 04 de fevereiro de 2016. Redefine o regulamento técnico de procedimentos hemoterápicos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 05 fevereiro 2016a, Seção 1, p. 37.

BRASIL. Portaria nº 1.376, de 19 de novembro de 1993. Aprova alterações na Portaria nº 721/GM, de 09.08.89, que aprova Normas Técnicas para coleta, processamento e transfusão de sangue, componentes e derivados, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 02 dezembro 1993, Seção 1, p. 18405.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 5543/DF.2019b** Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoAndamento.asp?incidente=4996495> Acesso em: 03 de fevereiro de 2020.

CALIMAN, L. V.; TAVARES, G. M. O biopoder e a gestão dos riscos nas sociedades contemporâneas. **Psicol. ciênc. prof** , v. 33, n.4, pp. 934-945, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n4/v33n4a12.pdf>. Acesso em: 23 de janeiro de 2020.

CAPONI, S. O olhar médico e a tecnologia pastoral. In: **Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000, p. 47-61.

Disponível em: <http://books.scielo.org/id/dg2mj/epub/caponi9788575415153.epub>. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

CARLESSO, L. et al. Estratégias implementadas em hemocentros para aumento da doação de sangue. **Rev Bras Promoç Saúde**, v. 30, n. 2, p. 213-220, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5873>. Acesso em: 30 de janeiro de 2020.

CASSAL, L. C. B.; GARCIA, A. M.; BICALHO, P. P. G. DE. Psicologia e o dispositivo da sexualidade: biopolítica, identidades e processos de criminalização. **Psico**, v. 42, n. 4, pp. 465-473, 2011. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/8600/7451>. Acesso em: 17 de janeiro de 2020.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault** - um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. **El actor y el sistema**. Las restricciones de la acción coletiva. México: Alianza Editorial Mexicana, 1990.

CUNHA, B.; GUEDES, F. DA; DIAS, M. R. Persuasive communications and regular blood donation: an experimental study. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 6, p. 1407-18, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/21.pdf>. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000600021. Acesso em: 29 julho. 2018.

DERRIDA, J. "O que é a desconstrução?". **Le Monde**, suplemento especial, outubro de 2004.

DI LORENZO OLIVEIRA, C.; LOUREIRO, F.; DE BASTOS, M.; PROIETTI, F. A.; CARNEIRO-PROIETTI, A.B. Blood donor deferral in Minas Gerais State, Brazil: blood centers as sentinels of urban population health. **Transfusion**, v. 49, n. 5, p. 851-7, 2009.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics**: With an Afterword by and an Interview with Michel Foucault. 2<sup>a</sup> ed. Chicago: The University Of Chicago Press, 1983. 299 p.

EIZIRIK, M. F. Poder, saber e práticas sociais. **Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 37, n. 1, p. 23-29, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1407/1107>. Acesso em: 16 de dezembro de 2019.

FARIA, A. A. M.; LINHARES, P. T. F. S. **O preço da passagem no discurso de uma empresa de ônibus**. In: MACHADO, I. L. Análises de discursos – Sedução e persuasão. Caderno de Pesquisas do Napq, Belo Horizonte, FALE/UFMG, n. 10, p. 1-98, 1993.

FERGUSON, E. Mechanism of altruism approach to blood donor recruitment and retention: a review and future directions. **Transfus. Med.**, v. 25, n.4, p. 2211-26, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/tme.12233>. Acesso em: 27 de julho de 2018.

FERREIRA, A. B. de H. **Minidicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.



FERREIRA, L. C. M.; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 11, n. 6, p. 31-54, 2010.

FERREIRINHA, I. M. N.; RAITZ, T. R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 367-383, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122010000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122010000200008&lng=en&nrm=iso). DOI: 10.1590/S0034-76122010000200008. Acesso em: 20 de maio de 2019.

FONTANELLA, B. J. B.; et al. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cad. Saude Publica**, v. 27, n. 2, p. 389-394, 2011.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saude Publica**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

FOUCAULT, M. **Ditos e escritos: Foucault**, vol. IV, Estratégia poder-saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**. Curso no Collège de France (1975-1976). 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: A vontade de saber**. São Paulo: Edições Graal, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 28ª ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2014.

FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população: Curso dado no Collège de France (1977-1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. 20ª ed. Petrópolis: Ed. Vozes, 1999. Edição revisada de 1975.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. A Hemominas. História. **Antecedentes: hemoterapia em Minas**. 2014a. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/a-hemominas/historia/antecedentes-hemoterapia-em-minas>. Acesso em 20 de abril de 2018.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. Página principal. Doação e Atendimento Ambulatorial. Doação de Sangue. **Condições e Restrições**. 2016. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/doacao-e-atendimento-ambulatorial/doacao-de-sangue/condicoes-e-restricoes>. Acesso em 20 de abril de 2018.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. **Página Inicial**. Minas Gerais, 2019. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br>. Acesso em: 18 novembro. 2019.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. Unidades e Contratantes. **Cetebio**. Minas Gerais, 2018b. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/unidades-e-contratantes/rede-hemominas/cetebio>. Acesso em: 21 de abril de 2018.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. Unidades e Contratantes. Rede Hemominas. **Hemocentro**. 2018a. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/unidades-e-contratantes/rede-hemominas/hemocentro>. Acesso em: 21 de abril de 2018.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. Unidades e Contratantes. Rede Hemominas. Hemocentro. Unidade de Coleta e Transfusão. **Estação BH**. 2014b. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/unidades-e-contratantes/rede-hemominas/unidade-de-coleta-e-transfusao/estacao-bh>. Acesso em: 21 de abril de 2018.

FUNDAÇÃO HEMOMINAS. Unidades e Contratantes. **Hospital Júlia Kubitschek**. Minas Gerais, 2018c. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/unidades-e-contratantes>. Acesso em: 21 de abril de 2018.

FURTADO, R. N; CAMILO, J. A. de O. O conceito de biopoder no pensamento de Michel Foucault. **Rev. Subj.**, v.16, n.3, p. 34-44, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.16.3.34-44>. Acesso em: 14 de agosto de 2018.

GARRAUD, O.; LEFRÈRE, J. Voluntary non-remunerated blood donation and reasons for donating: is there room for philosophy? **Blood Transfus.**, v. 12, p. 404-5, 2014. Suplemento 1. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3934248/?tool=pubmed>. DOI: 10.2450/2013.0213-12. Acesso em: 28 julho. 2018.

GARRAZONE, C. F. V.; BRITO, A. M.; GOMES, Y. M. Importância da avaliação sorológica pré-transfusional em receptores de sangue. **Revista Brasileira de hematologia e Hemoterapia**, v. 26, p. 93-98, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GINGERICH, D. A. Fluid, shock and blood therapy. In: HOWARD, J.L. Current veterinary therapy. Food animal practice. **Saunders Company**, p. 1-8, 1986.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1996.

HOLDERSHAW, J.; GENDALL, P.; WRIGHT, M. **Predicting Willingness to Donate Blood**. Australasian Marketing Journal, v.11, n.1, p. 87-96. 2003.

HOSGOOD, G. Blood transfusion: A historical review. **J. Am. Vet. Med. Assoc.**, v.197, n.8, p.998-1000, 1990.

IBRAHIM, E; VILHENA, J. Jogos de linguagem/jogos de verdade: de Wittgenstein a Foucault. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 66, n. 2, p. 114-127, 2014 . Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672014000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672014000200009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 29 de novembro de 2019.

JF PREFEITURA. Juiz de Fora. **Portal de Notícias**, 2015. Disponível em: <https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=48283>. Acesso em: 18 de novembro de 2019.

JUNQUEIRA, P. C.; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. História da Hemoterapia no Brasil. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto, v.27, n.3, p. 201-207, set. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151684842005000300013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151684842005000300013&lng=pt&nrm=iso). DOI: 10.1590/S1516-84842005000300013. Acesso em: 20 de maio de 2019.

KASRAIAN, L.; NEGARESTANI, N. Rates and reasons for blood donor deferral, Shiraz, Iran. A retrospective study. **Sao Paulo Med J.**, v.133, n.1, p. 36-42, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v133n1/1516-3180-spmj-1516-3180-2013-7110002.pdf>. DOI: 10.1590/1516-3180-2013-7110002. Acesso em: 28 de julho de 2018.

KOTLER P; ZALTMAN G. Social Marketing. **Journal of Marketing**, v. 35, n.3, p. 3-12, 1974.

LUDWIG, S. T.; RODRIGUES, A. C. de M. Doação de sangue: uma visão de marketing. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 932-939, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2005000300028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2005000300028&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 de janeiro de 2020.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M.; RENTINI, M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 61, n. 5, p.637-42, set. out. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000500017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500017&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 16 dezembro. 2019

MAHON-DALY, P. M. **Blood, society and the gift: An ethnography of change in the gift relationship**. 2012. 323f. Tese (Doutorado em Psicologia), Brunel University, 2012.

MANZINI, E. J. **Considerações sobre a elaboração de roteiro para entrevista semi-estruturada**. In: MARQUEZINE: M. C.; ALMEIDA, M. A.; OMOTE; S. (Orgs.) Colóquios sobre pesquisa em Educação Especial. Londrina: Eduel, 2003. p.11-25.

MARCONDES, D. **Iniciação à História da Filosofia**. Dos pré-socráticos a Wittgenstein. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

MARTA, C. B.; TEIXEIRA, E. R. Genealogia do cuidado na perspectiva foucaultiana. **Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4749-4756, 2016. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3787/pdf>. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

MINAS GERAIS. Decreto nº 45.822, de 19 de dezembro de 2011. Contém o estatuto da fundação centro de hematologia e hemoterapia do estado de minas gerais - Hemominas. **Minas Gerais Diário do Executivo**. 20 dezembro 2011, p.5.

MINAS GERAIS. Lei nº 10.057, de 26 de dezembro de 1989. Autoriza o poder executivo a instituir a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais - Fundação Hemominas - e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**, Minas Gerais, 27 dez. 1989. Seção 1, p.2.

MINAS GERAIS. Portaria nº 081, de 21 de agosto de 2002. Cria o Posto de Coleta da Fundação Hemominas no Hospital Júlia Kubistcheck. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Minas Gerais, 2002. p. 10.

MINAS GERAIS. Portaria nº 210, de 15 de maio de 2013. Cria o Posto de Coleta da Fundação Hemominas no Shopping Estação BH. **Diário Oficial do Estado de Minas Gerais**. Minas Gerais, 2013. p. 12.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e Saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MOURA, J. C. A. Q. DE. **O poder na obra de Foucault e as estratégias do contemporâneo**. 2007. 85f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

NASCIMENTO, S. DE S.; MATTOS, R. DA S.; OLIVEIRA, L. H.; CASTRO, J. B. P. DE; AQUINO, F. Colônias de férias: disciplina e biopolítica infantil. **Licere (online)**, v. 20, n. 3, p. 392-423, 2017. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/licere/article/view/9637/7510>, set.2017. Acesso em 01 de agosto de 2018.

OJEDA, B. S.; STREY, M. N. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 2-8, 2008. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3854>. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2008.1.3854>. Acesso em 19 de novembro de 2019.

OLIVEIRA, A. M. DE; et al. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 2, n. 10, p.433-439, dezembro de 2010. Disponível em: <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/revistaenfermagem/login?source=%2Findex.php%2Frevistaenfermagem%2Fuser%2Fprofile>. Acesso em: 20 de novembro de 2016.

OLIVEIRA, R. C. DE. **O poder pastoral em Michel Foucault: o paradoxo do governo e o cuidado da vida humana**. 2019. 180f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação da Escola de Filosofia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/8241>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Dia Mundial do Doador de Sangue 2017**. Disponível em: <http://www.who.int/campaigns/world-blood-donor-day/2017/en/>. Acesso em: 31 de maio de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Diretrizes da OMS para a Tiragem de Sangue: boas práticas em flebotomia**. Genebra: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **O uso clínico do sangue na Medicina, Obstetrícia, Pediatria e Neonatologia, Cirurgia e Anestesia, Traumas e Queimaduras.** Genebra: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Quinquagésima oitava assembleia mundial da saúde (WHA58.13). **Segurança do sangue: proposta para estabelecer o Dia Mundial do Doador de Sangue.** Genebra: OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Dia Mundial do Doador de Sangue 2017.** Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13125:world-blood-donor-day-2017&Itemid=42357&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13125:world-blood-donor-day-2017&Itemid=42357&lang=es). Acesso em: 31 de maio de 2018.

ORLANDI, E. P. **Análise de Discurso:** princípios e procedimentos. 8ª ed. Campinas: Pontes, 2009.

PEREIRA, R. S. M. R.; et al . Projeto Escola do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Santa Catarina: uma estratégia de política pública. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 546-552, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010407072007000300022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000300022&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 abril. 2020.

PEREIRA, R. S. M. R.; REIBNITZ, K. S.; MARTINI, J. G.; NITSCHKE, R. G. Doação de sangue: solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica. **Rev. bras. enferm.**, v. 63, n. 2, p.322-327, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672010000200024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000200024&lng=en&nrm=iso). DOI: 10.1590/S0034-71672010000200024. Acesso em: 11 junho. 2018.

PEREIRA, T. V. As contribuições do paradigma pós-estruturalista para analisar as políticas curriculares. **Espaço do Currículo.** v. 3, n. 1, p. 419-430, 2010.

PEREIRA, J. R; et al . Doar ou não doar, eis a questão: uma análise dos fatores críticos da doação de sangue. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 8, p. 2475-2484, ago. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232016000802475&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232016000802475&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015218.24062015>. Acesso em: 13 de dezembro de 2019.

PETERS, M. **Estruturalismo e pós-estruturalismo.** Universidade do Estado de Santa Catarina, Departamento de Música, Laboratório de Ensino da Área de Fundamentos da Linguagem Musical, 2005.

PETERS, M. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença.** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

PHILIP, K.; EDUARDO, R. **Marketing social: estratégias para alterar o comportamento público.** Rio de Janeiro: Campus, 1992.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova**, n. 63, p.179-201, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452004000300008>. Acesso em 15 de agosto de 2018.

RABINOW P. **The Foucault Reader**: An Introduction to Foucault's Thought. New York: Pantheon Books, 1984.

REVEL, J. **Michel Foucault**: conceitos essenciais. Tradução de Maria do Rosário Gregolin, Nilton Milanez e Carlos Piovesani. São Carlos: Claraluz, 2005.

SCHMOTZER, W.B. et al. Time-saving techniques for collection, storage and administration of equine blood and plasma. **Vet. Med.**, v.80, n.2, p.89-94, 1985.

SCISLESKI, A; GUARESCHI, N. Promete falar a verdade? **Psicol. Soc.**, v. 23, n. 2, p. 220-227, agosto de 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010271822011000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822011000200002&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000200002>. Acesso em: 29 de novembro de 2019.

SERINOLLI, M. I. Evolução da medicina transfusional no Brasil e no Mundo. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v.5, n.1, p. 16-36. 1999.

SILVA, V. A. **Direitos fundamentais**: conteúdo essencial, restrições e eficácia. São Paulo: Malheiros, 2010.

SILVEIRA, F; SIMANKE, R; FIGUEIRA, F. Transversalidades entre Psicologia e Disciplina em Vigiar e Punir de Michel Foucault. **Revista Subjetividades**, Fortaleza, v. 15 n. 3, p. 438-446, dezembro de 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/4863/4557>. Acesso em: 16 de dezembro de 2019.

SOJKA, E. N.; SOJKA, P. The blood donation experience: self-reported motives and obstacles for donations blood. **Vox Sang**, v. 94, n. 1, p. 56-63, 2008.

SOLER, R. D. de V. Y; Uma história política da subjetividade em Michel Foucault. **Fractal, Rev. Psicol.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 571-582, Dec. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198402922008000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198402922008000200019&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922008000200019>. Acesso em: 10 de dezembro de 2019.

SOUZA, L. K. de; FREITAS, L. B. de L. A Doação na Literatura Científica Nacional: Contribuições à Psicologia Moral. **Psico-USF**, Campinas, v. 24, n. 1, p. 159-171, janeiro de 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712019000100159&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712019000100159&lng=en&nrm=iso). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712019240113>. Acesso em: 13 de janeiro de 2020.

STELET, B. P.; CASTIEL, L. D.; MORAES, D. R. DE. Anomalias e o ensino da comunicação clínica na prática médica. **Cad. Saúde. Pública**, v. 33, n. 2, pp. 1-13, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n2/1678-4464-csp-33-02-e00154016.pdf>. Acesso em: 13 de janeiro de 2020.

SUNDAR, P.; SANGEETHA, S. K.; SEEMA, D. M.; MARIMUTHU, P.; SHIVANNA, N. Predonation deferral of blood donors in South Indian set-up: An analysis. **Asian. J Transfus Sci.**, v.4, n.2, p.112-5, 2010.

SYNNOTT, A. **The Body Social: Symbolism, Self and Society**. New York: Routledge, 1993.

TIERNEY, T. F. Foucault on the case: the pastoral and judicial foundation of medical power. **J Med Humanit**, v. 25, n. 4, p. 271-290, 2004. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10912-004-4833-z>. Acesso em: 15 de agosto de 2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

VELLOSO, I. S. C. **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. 2011. 129 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

## ANEXOS

## ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 3.368.993

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1268960.pdf	25/04/2019 22:16:54		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	05/04/2019 12:46:21	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.docx	05/04/2019 12:45:47	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_2.docx	05/04/2019 12:45:06	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	18/12/2018 13:58:15	Isabela Silva Cancio Velloso	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	14/12/2018 11:27:12	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/12/2018 11:20:56	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito
Parecer Anterior	Parececer_departamento.pdf	14/12/2018 11:03:33	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

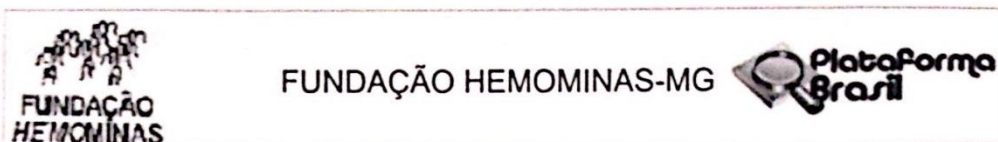
BELO HORIZONTE, 04 de Junho de 2019

Assinado por:  
Eliane Cristina de Freitas Rocha  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005  
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br



**ANEXO B - Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da FUNDAÇÃO HEMOMINAS-MG (CEP/HEMOMINAS)**



Continuação do Parecer: 3.519.017

Folha de Rosto	FolhadeRostoTEC.pdf	25/07/2019 20:35:39	STELA VIDIGAL MILAGRES GALVÃO	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso_do_Colaborador_Externo.pdf	13/06/2019 07:45:03	STELA VIDIGAL MILAGRES GALVÃO	Aceito
Outros	Termo_de_Compromisso.pdf	13/06/2019 07:44:22	STELA VIDIGAL MILAGRES GALVÃO	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	05/04/2019 12:46:21	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.docx	05/04/2019 12:45:47	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_2.docx	05/04/2019 12:45:06	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	14/12/2018 11:27:12	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	14/12/2018 11:20:56	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_departamento.pdf	14/12/2018 11:03:33	STELA VIDIGAL MILAGRES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 20 de Agosto de 2019

Assinado por:  
Daniel Gonçalves Chaves  
(Coordenador(a))

Endereço: Alameda Ezequiel Dias. 321  
Bairro: Santa Efigênia CEP: 30.130-110  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (31)3768-4689 Fax: (31)3768-4600 E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

#### IDENTIFICAÇÃO

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevista nº: \_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

Estado civil:

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_ anos

Escolaridade máxima:

Raça/cor:

Renda:

Número de vezes em que se candidatou à doação de sangue: \_\_\_\_\_

#### QUESTÕES NORTEADORAS

1. O que é, para você, ser um doador ou candidato à doação de sangue?
2. Como você se sentiu/ se sente na avaliação da triagem (entrevista + exame físico sumário)?
3. Você considera importante ser um doador de sangue? Por que?
4. Como foi para você ser classificado como inapto para doação de sangue?

## **APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Prezado(a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “A expressão das relações de poder na conformação das práticas de doação de sangue”. Esta pesquisa tem como objetivo entender os sentimentos vivenciados por candidatos à doação de sangue que não puderam efetivar a doação por terem sido considerados inaptos. Sua participação na pesquisa consistirá em autorizar a consulta à sua ficha cadastral e o acesso às informações sobre comparecimentos anteriores e, responder a algumas perguntas relacionadas à sua percepção das práticas do processo da doação de sangue. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada e o material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa. Queremos saber qual a sua percepção sobre o processo de doação de sangue e que sentimentos você experimentou na ocasião de ter sido considerado, no passado, inapto, ou seja, impedido de fazer a doação. A entrevista está prevista para ter uma duração de 30 minutos e serão feitas na própria Unidade de Coleta do Hemominas, em local reservado, de acordo com sua disponibilidade, não interferindo no horário programado para sua doação. Seu nome não será divulgado ou conhecido por outras pessoas que não trabalham na pesquisa. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são de quebra de confidencialidade e constrangimento diante da entrevista e/ou exposição do motivo de inaptidão pregressa e, como medidas para minimizá-los, tem-se o comprometimento com o sigilo por parte das pesquisadoras, além da realização de entrevistas e acesso ao cadastro do candidato à doação em local reservado, bem como discrição, cordialidade e empatia durante a abordagem e participação do indivíduo no estudo, além da possibilidade de o participante poder abandonar a pesquisa a qualquer momento.

O senhor(a) pode se recusar a responder a qualquer uma das questões, bem como solicitar todas as informações que desejar às pesquisadoras. O senhor(a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o senhor(a). Além disso, será garantida indenização em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Para participar deste estudo, o senhor(a) não terá nenhum custo, nem lhe ocasionará qualquer tipo de benefício direto ou vantagem financeira. No entanto, acreditamos que sua participação produzirá reflexões sobre os sentimentos experimentados diante da inaptidão para a doação de sangue, bem como poderá fomentar discussões acerca das práticas de suporte a candidatos classificados como inaptos. Para participar deste estudo, o Sr.(a) não terá nenhum custo ou despesa, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) terá esclarecimento sobre qualquer aspecto do estudo que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e a outra será entregue ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_ CI \_\_\_\_\_, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “A expressão das relações de poder na conformação das práticas de doação de sangue”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local/Data: \_\_\_\_\_

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto para o participante e, asseguro o cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV.4, da Resolução CNS 466/2012.

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) pode ser contatado em caso de dúvidas éticas. Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte. Telefone: (031) 3409-4592. E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Contato do pesquisador responsável: Isabela Silva Câncio Velloso. Email: isavelloso@ufmg.br Telefone: (031) 3409-9180. Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena, 190, sala 516, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte.

Contato do CEP Hemominas: Alameda Ezequiel Dias, 321, Santa Efigênia, Belo Horizonte. Telefone: (31) 3768-4689. E-mail: cep@hemominas.mg.gov.br