

Coleção
APROVADO

ENFERMAGEM



**ATENÇÃO À SAÚDE
DO IDOSO**

Coordenador

Rudval Souza da Silva

Organizadora e Autora

Manuela Bastos Alves

Autoras

Ana Cláudia Torres de Medeiros

Arly Silva Oliveira

SANAR

2019

© Todos os direitos autorais desta obra são reservados e protegidos à Editora Sanar Ltda. pela Lei nº 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. É proibida a duplicação ou reprodução deste volume ou qualquer parte deste livro, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, gravação, fotocópia ou outros), essas proibições aplicam-se também à editoração da obra, bem como às suas características gráficas, sem permissão expressa da Editora.

Título | Coleção Aprovado em Enfermagem - Atenção à Saúde do Idoso
Editor | Nalu Gusmão
Diagramação | Editorando Birô
Capa | Editorando Birô
Copidesque | Editorando Birô
Conselho Editorial | Caio Vinícius Menezes Nunes
Itaciara Lazorra Nunes
Paulo Costa Lima
Sandra de Quadros Uzêda
Sílvio José Albergaria da Silva

Ficha Catalográfica: Fábio Andrade Gomes - CRB-5/1513

B615 Atenção à saúde do idoso / Rudval Souza da Silva, coordenador. – Salvador : SANAR, 2019.
308 p. : il. ; 14x21 cm. – (Coleção Aprovado Enfermagem ; v. 4).

ISBN 978-85-5462-079-0

1. Saúde do idoso. 2. Idosos. 3. Enfermeiros. 4. Problemas, questões, exercícios. I. Silva, Rudval Souza da, coord. II. Série.

CDU: 616-083

Editora Sanar Ltda.
Rua Alceu Amoroso Lima, 172
Caminho das Árvores,
Edf. Salvador Office & Pool, 3º andar.
CEP: 41820-770, Salvador - BA.
Telefone: 71.3052-4831
www.editorasanmar.com.br
atendimento@editorasanmar.com.br

editora
SANAR

Autores

Rudval Souza da Silva

Coordenador e Autor

Enfermeiro, graduado pela Universidade Católica do Salvador (UCSal). Doutor em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia com Doutorado Sanduíche na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal, com bolsa da CAPES. Especialista em Cuidados Paliativos pela Asociación Pallium Latinoamérica – Universidad Del Salvador, Buenos Aires, Argentina. Líder do Grupo de Pesquisa sobre o Cuidado em Enfermagem (GPCEnf) e Professor Adjunto da Universidade do Estado da Bahia (UNEB/Campus VII) – Senhor do Bonfim-BA.

Manuela Bastos Alves

Organizadora e Autora

Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - UFBA;/ Graduação em Enfermagem pela Universidade Católica do Salvador - UCSAL, Professora Auxiliar da Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Ana Cláudia Torres de Medeiros

Autora

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Graduada e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. É docente da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Experiência em Saúde do idoso e Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Arly Silva Oliveira

Autora

Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia. Atualmente é Residente em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção pela Escola de Saúde Pública do Pernambuco.

Ana Carolina Pinto da Silva

Revisora

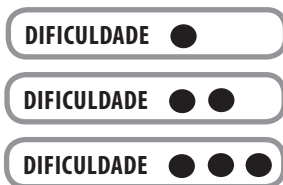
Enfermeira, graduada pela Universidade Federal da Bahia. Mestranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Pós graduanda em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade Estácio de Sá.

Apresentação

O livro **Coleção Aprovado em Enfermagem - Atenção à Saúde do Idoso** é o mais organizado e completo livro para enfermeiros que desejam ser aprovados nos concursos do Brasil. Fruto de um rigoroso trabalho de seleção de questões de concursos e elaboração de novos conteúdos, atende às mais diversas áreas de conhecimento na Enfermagem.

A presente obra foi redigida a partir do uso de 5 premissas didáticas que julgamos ser de fundamental importância para todo estudante que deseja ser aprovado nos mais diversos exames na Enfermagem:

1. Questões comentadas, alternativa por alternativa (incluindo as incorretas), por autores especializados.
2. 100% das questões são de concursos passados.
3. Questões selecionadas com base nas disciplinas e assuntos mais recorrentes nos concursos.
4. Resumos práticos ao final de cada disciplina.
5. Questões categorizadas por assunto e grau de dificuldade sinalizadas de acordo com o seguinte modelo acordo com o seguinte modelo:



O livro **Coleção Aprovado em Enfermagem - Atenção à Saúde do Idoso** será um grande facilitador para seus estudos, sendo uma ferramenta diferencial para o aprendizado e, principalmente, ajudando você a conseguir os seus objetivos.
Bons Estudos!

Nalu Gusmão
Editor

Sumário

1. Questões de Saúde do Idoso	11
Resumo Prático	93
2. Questões de Saúde do Adulto	161
Resumo Prático	276

01 (CESPE TRT - 8ª REGIÃO 2016) Tendo como referência as estratégias de atenção básica do Ministério da Saúde para o cuidado nutricional de idosos, assinale a opção correta.

- (A) A perda da sensação de sede e da percepção de temperatura dos alimentos são aspectos importantes a se observar na avaliação do perfil nutricional do idoso.
- (B) O excesso de peso cresce com o avançar da idade em idosos e é motivo maior de preocupação do que a desnutrição, cujo risco decresce com o envelhecimento.
- (C) Idosos com IMC de 25,4 kg/m² apresentam sobrepeso.
- (D) A altura, a circunferência abdominal e o peso do idoso são medidos para fins de classificação de seu estado nutricional.
- (E) Perdas de peso corporal em idosos devem ser alvo de medidas de estabilização e/ou de recuperação do peso original.

DIFICULDADE ● ●

Alternativa A: CORRETA: No âmbito da atenção primária, é necessário que o enfermeiro, durante as consultas de enfermagem realizadas na USF ou durante as visitas domiciliares, investigue aspectos relacionados à alimentação da pessoa ido-

sa. Nesse sentido, o profissional deve estar atento para: perda da capacidade/autonomia para comprar e/ou preparar os alimentos e para alimentar-se; perda de apetite e redução da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos; perda parcial ou total da visão que dificulte a seleção, preparo e consumo dos alimentos; perda ou redução da capacidade olfativa, interferindo no seu apetite; dietas restritivas; alterações de peso recentes; dificuldade de mastigação por lesão oral, uso de prótese dentária ou problemas digestivos; dificuldade de deglutição, dentre outros aspectos relevantes. Se for detectado que esses aspectos estão influenciando sensivelmente o estado nutricional do idoso, deve ser feita uma avaliação mais aprofundada, incluindo outras medidas antropométricas, avaliação dietética detalhada e avaliação de exames bioquímicos.

Alternativa B: INCORRETA: Embora a obesidade venha atingindo índices cada vez mais elevados entre os idosos no Brasil, a desnutrição ainda se configura como um sério problema de saúde pública, uma vez que, as últimas estimativas sugerem que 1,3 milhões de pessoas acima de 65 anos sofrem de desnutrição¹.

Alternativa C: INCORRETA: De acordo com o Ministério da Saúde, os pontos de corte do IMC estabelecidos para as pessoas idosas são: menor ou igual a 22, baixo pe-

so; maior que 22 e menor que 27, adequado ou eutrófico; maior ou igual a 27, sobrepeso².

Alternativa D: INCORRETA: A classificação do estado nutricional é feita pela medição do IMC. As medidas antropométricas são coadjuvantes no monitoramento do estado nutricional².

Alternativa E: INCORRETA: O peso pode diminuir com a idade, porém com variações segundo o sexo. Essa diminuição está relacionada à redução do conteúdo da água corporal e da massa muscular, sendo mais evidente no sexo masculino. A estabilização ou recuperação do peso original irá depender do estado nutricional em que se encontra a pessoa idosa^{1,2}.

02 (FIOCRUZ FGV 2010) No Brasil, a transição demográfica e a transição epidemiológica apresentam, cada vez mais, um quadro de sobrevivência de idosos na dependência de uma ou mais pessoas que suprem as suas incapacidades para a realização das atividades de vida diária. Estas pessoas são familiares dos idosos, especialmente, mulheres, que, geralmente, residem no mesmo domicílio e se tornam as cuidadoras de seus maridos, pais e até mesmo filhos. Aliás, não é só no Brasil que as mulheres são as “grandes cuidadoras” dos idosos incapacitados: todos os autores e os dados coletados pelo mundo indicam que, salvo razões culturais muito específicas, a mulher é cuidadora tradicional (Kinsella&Taeuber (1992) citado por Karsch, Ursula, 2003).

Considerando o texto acima, analise as afirmativas a seguir.

- I. A visibilidade social da mulher cuidadora ainda é muito restrita, principalmente nos países em que o envelhecimento da população vem acontecendo há poucas décadas.
- II. O papel da mulher cuidadora no Brasil é uma atribuição esperada pela sociedade, por causas predominantemente sociais.
- III. A atual tendência, em se indicar a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de suas famílias, tem entre suas justificativas, a redução de custos hospitalares e institucionais.

Assinale:

- (A) Se apenas a afirmativa I estiver correta.
- (B) Se apenas a afirmativa II estiver correta.
- (C) Se apenas a afirmativa III estiver correta.
- (D) Se somente as afirmativas I e II estiverem corretas.
- (E) Se todas as afirmativas estiverem corretas.

DIFICULDADE



Assertiva I: VERDADEIRA. Em países como o Brasil, onde o envelhecimento populacional é um fenômeno considerado recente, a designação da pessoa que preferencialmente exercerá o cuidado do idoso incapacitado, está entre cônjuges e pessoas do gênero feminino³.

Assertiva II: VERDADEIRA. O ato de cuidar, no senso moral construído pela sociedade, sempre foi atribuído às mulheres, e naturalizado de forma a aparecerem como exclusivo da condição feminina. Pesquisas revelam que em aproximadamente 98% dos casos o cuidador é alguém da família, predominantemente do sexo feminino. Na maioria dos casos, formada por esposas, seguida das filhas e netas³

Assertiva III: VERDADEIRA. O acelerado crescimento da população idosa brasileira, exige uma infraestrutura de cuidados cada vez mais eficiente e complexa o que ge-

ra uma aumento de custos para o serviço de saúde. Este configura-se como um dos motivos em se indicar a permanência dos idosos incapacitados em suas casas sob os cuidados de suas famílias³.

RESPOSTA: (E)

03 (FIOCRUZ FGV 2010) Nas metrópoles brasileiras encontram-se dois pólos de cenários: uma concentração do envelhecimento saudável e a concentração do envelhecimento com dependência. No caso deste último, segundo pesquisas recentes na área de envelhecimento, assinale a afirmativa correta.

- (A) A necessidade de grandes investimentos em casas de repouso e similares, considerando-se a incidência desses idosos na camada de baixa renda da população.
- (B) A necessidade de grandes investimentos a fim de construir e manter redes de apoio a idosos.
- (C) A necessidade de grandes investimentos para o financiamento de leitos de longa permanência em hospitais gerais e não em asilos.
- (D) A necessidade de grandes investimentos a fim de construir redes de apoio e resolutivas casas de repouso.
- (E) A necessidade de grandes investimentos a fim de se construir asilos de qualidade e modernizar os já existentes.

DIFICULDADE ● ●

O cuidado ao idoso no domicílio é uma situação que deve ser preservada e estimulada. Apenas em casos de falta de estrutura familiar, onde não uma cuidador elegível, é que o idoso deve ser transferido para uma Instituição de Longa Permanência³.

Alternativa B: CORRETA. Uma vez que o cuidado domiciliar é o mais indicado para a pessoa idosa, o Estado deve oferecer uma rede de apoio que ofereça suporte tanto para a família quanto para o cuidador. Para isso é necessário realizar investimentos nesse campo como acontece nos países desenvolvidos³.

Alternativa C: INCORRETA: Os grandes investimentos devem ser destinados a redes de apoio que assegurem ao cuidador e a família um suporte adequado no cuidado ao idoso no ambiente domiciliar. O cuidador deve ser orientado de como proceder nas situações mais difíceis, além de receber supervisão e capacitação dos profissionais de saúde, dentre eles a enfermeira³.

Alternativa D: INCORRETA. Os investimentos devem ser destinados a construir e ampliar as redes de apoio ao cuidador e/ou familiar responsável pelo cuidado do idoso no ambiente domiciliar³.

Alternativa E: INCORRETA. A transferência dos idosos para as ILPIs só devem acontecer na falta de uma cuidador elegível para cuidar do idoso dependente. A internação dos idosos em asilos, casas de repouso e similares está sendo questionada até pelos países desenvolvidos, em que estes serviços alcançaram níveis altamente sofisticados de conforto e eficiência. O custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção estão requerendo medidas mais resolutivas e menos onerosas³.

04 (FIOCRUZ FGV 2010) O envelhecimento populacional é reconhecido como uma das fundamentais conquistas do século XX, assim como um grande desafio para as políticas públicas. Um dos desafios mais importantes, sinalizado desde o Plano de Viena em 1982, seria o de garantir:

- (A) Um patamar econômico mínimo que assegure a dignidade humana quanto a equidade entre grupos etários na divisão dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.
- (B) Um processo de desenvolvimento econômico contínuo que assegure a expansão dos dispositivos assistenciais, em particular, aos idosos menos favorecidos economicamente.
- (C) Um processo de desenvolvimento social contínuo que assegure a expansão do papel social da pessoa idosa.
- (D) Um processo de desenvolvimento social e econômico contínuo que assegure a expansão de dispositivos assistenciais de forma equitativa e digna.
- (E) Um patamar econômico que assegure o acesso a dispositivos especializados aos idosos oriundos de camadas de baixa renda.

DIFICULDADE ● ● ●

DICA DA AUTORA: O Plano de Viena foi considerado o marco inicial para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas voltadas para a população idosa. Surgiu durante a realização da primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorrida em Viena, em 1982. Essa assembleia foi o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento populacional e que resultou na aprovação de um plano global de ação, que teve como objetivo garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países⁽⁴⁾.

Alternativa A: CORRETA. Um dos desafios sinalizados desde o Plano de Viena seria o de garantir de forma efetiva um patamar econômico mínimo que assegure a dignidade humana quanto a equidade entre grupos etários na divisão dos recur-

sos, direitos e responsabilidades sociais, uma vez que a implementação dessas medidas dependia da alocação de recursos, que não foram previstos. Por exemplo, parte das recomendações visava promover a independência do idoso, o que implica aumentos nos gastos públicos, especialmente na área social, dentre os quais a provisão de pensões e aposentadorias e a assistência à saúde para os idosos necessitados consistiam os seus principais componentes⁽⁴⁾.

Alternativa B: INCORRETA. O Plano de Viena visou garantir a equidade entre grupos etários na divisão dos recursos, direitos e responsabilidades sociais e não apenas aos idosos mais carentes.

Alternativa C: INCORRETA. O Plano de Viena tinha como meta, garantir um patamar econômico efetivo que assegurasse a dignidade humana de diversos grupos etários. No entanto, tinha como umas das suas recomendações a promoção da independência da pessoa idosa. Não se referia à expansão do papel social do idoso.

Alternativa D: INCORRETA. O Plano de Viena buscava garantir um processo de desenvolvimento social, e sim garantir, de forma efetiva, um patamar econômico mínimo que assegurasse a dignidade humana.

Alternativa E: INCORRETA. O Plano de Viena visava garantir de forma efetiva um patamar econômico mínimo que assegurasse a dignidade humana quanto a equidade entre grupos etários na divisão dos recursos, direitos e responsabilidades sociais.

05 (FIOCRUZ FGV 2010) Com relação aos principais resultados do Plano de Viena, assinale a afirmativa correta.

- (A) Obter segurança econômica e social dos indivíduos idosos assim como

identificar oportunidades para sua integração ao processo de desenvolvimento dos países.

- ⓑ Garantir a independência financeira do idoso para sua autonomia, agregando valor à economia.
- ⓒ Colocar na agenda internacional os temas relacionados ao envelhecimento individual e da população.
- ⓓ Elaborar um documento para garantir a proteção do idoso e a promoção do jovem, de forma a proteger o impacto do crescimento da população idosa sobre as políticas públicas.
- ⓔ O aumento dos gastos públicos nos países desenvolvidos, especialmente na área social, provendo pensões, aposentadorias e assistência à saúde.

DIFICULDADE

DICA DA AUTORA: Antes da Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Viena no ano de 1982, a questão do envelhecimento não era foco de atenção nem das assembleias gerais, nem de nenhuma agência especializada das Nações Unidas. Após esse acontecimento, as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população passaram a fazer parte da agenda internacional, já que o pano de fundo do Plano trazia a situação de bem-estar social dos idosos dos países desenvolvidos. Percebia-se então, a necessidade da “construção” e, principalmente, do reconhecimento de um novo ator social — o idoso — com todas as suas necessidades e especificidades. Parte das recomendações visava promover a independência do idoso, dotá-lo de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia. Nesse sentido, o documento apresentava, também, um forte viés de estruturação fundamentado em políticas associadas ao mundo do trabalho ⁽⁴⁾. Essa afirmação refere-se aos objetivos do Plano de Viena e não aos principais resul-

tados. Essa afirmação não está contemplada no Plano de Viena, Com relação a autonomia e independência da pessoa idosa, o Plano de Viena, traz como recomendação que “parte das recomendações visava promover a independência do idoso, dotá-lo de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia”⁽⁴⁾.

Alternativa C: CORRETA. Um dos principais resultados do Plano de Viena foi o de colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população.

Alternativa D: INCORRETA. Não há nenhuma menção sobre essa afirmação no Plano de Viena.

Alternativa E: INCORRETA. Essa afirmação refere-se a uma das recomendações do Plano de Viena e não aos principais resultados.

06 (FIOCRUZ FGV 2010) A Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, “que dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”, prevê, em seu capítulo IV, das Ações Governamentais, a implementação da política nacional do idoso, competências de diferentes órgãos e entidades públicas na área de promoção e assistência social; na área da saúde; na área da educação; na área de trabalho e previdência social; na área de habitação e urbanismo; na área de justiça, na área de cultura, esporte e lazer. Dentre as competências listadas a seguir, assinale a que não diz respeito à área da saúde.

- Ⓐ Elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares.
- Ⓑ Criar serviços alternativos de saúde para o idoso.
- Ⓒ Incluir a geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos

● ● ● RESUMO PRÁTICO ● ● ●

TRANSFUÇÃO DE SANGUE E HEMOCOMPONENTES**LEI Nº 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a captação, proteção ao doador e ao receptor, coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, de seus componentes e derivados, vedada a compra, venda ou qualquer outro tipo de comercialização do sangue, componentes e hemoderivados, em todo o território nacional, seja por pessoas físicas ou jurídicas, em caráter eventual ou permanente, que estejam em desacordo com o ordenamento institucional estabelecido nesta Lei.

Art. 2º Para efeitos desta Lei, entende-se por sangue, componentes e hemoderivados os produtos e subprodutos originados do sangue humano venoso, placentário ou de cordão umbilical, indicados para diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças, assim definidos:

I - sangue: a quantidade total de tecido obtido na doação;

II - componentes: os produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico;

III - hemoderivados: os produtos oriundos do sangue total ou do plasma, obtidos por meio de processamento físico-químico ou biotecnológico.

Parágrafo único. Não se considera como comercialização a cobrança de valores referentes a insumos, materiais, exames sorológicos, imunoematológicos e demais exames laboratoriais definidos pela legislação competente, realizados para a seleção do sangue, componentes ou derivados, bem como honorários por serviços médicos prestados na assistência aos pacientes e aos doadores.

Art. 3º São atividades hemoterápicas, para os fins desta Lei, todo conjunto de ações referentes ao exercício das especialidades previstas em Normas Técnicas ou regulamentos do Ministério da Saúde, além da proteção específica ao doador, ao receptor e aos profissionais envolvidos, compreendendo:

I - captação, triagem clínica, laboratorial, sorológica, imunoematológica e demais exames laboratoriais do doador e do receptor, coleta, identificação, processamento, estocagem, distribuição, orientação e transfusão de sangue, componentes e hemoderivados, com finalidade terapêutica ou de pesquisa;

II - orientação, supervisão e indicação da transfusão do sangue, seus componentes e hemoderivados;

III - procedimentos hemoterápicos especiais, como aféreses, transfusões autólogas, de substituição e intra-uterina, criobiologia e outros que advenham de desenvolvimento científico e tecnológico, desde que validados pelas Normas Técnicas ou regulamentos do Ministério da Saúde;

IV - controle e garantia de qualidade dos procedimentos, equipamentos reagentes e correlatos;

V - prevenção, diagnóstico e atendimento imediato das reações transfusionais e adversas;

VI - prevenção, triagem, diagnóstico e aconselhamento das doenças hemotransmissíveis;

VII - proteção e orientação do doador inapto e seu encaminhamento às unidades que promovam sua reabilitação ou promovam o suporte clínico, terapêutico e laboratorial necessário ao seu bem-estar físico e emocional.

§ 1º A hemoterapia é uma especialidade médica, estruturada e subsidiária de diversas ações médico-sanitárias corretivas e preventivas de agravo ao bem-estar individual e coletivo, integrando, indissolivelmente, o processo de assistência à saúde.

§ 2º Os órgãos e entidades que executam ou venham a executar atividades hemoterápicas estão sujeitos, obrigatoriamente, a autorização anual concedida, em cada nível de governo, pelo Órgão de Vigilância Sanitária, obedecidas as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Art. 4º Integram o conjunto referido no caput do art. 2º desta Lei os reagentes e insumos para diagnóstico que são produtos e subprodutos de uso laboratorial oriundos do sangue total e de outras fontes.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio do órgão definido no regulamento, elaborará as Normas Técnicas e demais atos regulamentares que disciplinarão as atividades hemoterápicas conforme disposições desta Lei.

Art. 6º Todos os materiais e substâncias ou correlatos que entrem diretamente em contato com o sangue coletado para fins transfusionais, bem como os reagentes e insumos para laboratório utilizados para o cumprimento das Normas Técnicas devem ser registrados ou autorizados pelo Órgão de Vigilância Sanitária competente do Ministério da Saúde.

Art. 7º As atividades hemoterápicas devem estar sob responsabilidade de um médico hemoterapeuta ou hematologista, admitindo-se, entretanto, nos locais onde não haja esses especialistas, sua substituição por outro médico devidamente treinado para bem desempenhar suas responsabilidades, em hemocentros ou outros estabelecimentos devidamente credenciados pelo Ministério da Saúde.

TÍTULO II DA POLÍTICA NACIONAL DE SANGUE, COMPONENTES E HEMODERIVADOS

CAPÍTULO I DO ORDENAMENTO INSTITUCIONAL

Art. 8º A Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados terá por finalidade garantir a autossuficiência do País nesse setor e harmonizar as ações do poder público em todos os níveis de governo, e será implementada, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados - SINASAN, composto por:

I - organismos operacionais de captação e obtenção de doação, coleta, processamento, controle e garantia de qualidade, estocagem, distribuição e transfusão de sangue, seus componentes e hemoderivados;

II - centros de produção de hemoderivados e de quaisquer produtos industrializados a partir do sangue venoso e placentário, ou outros obtidos por novas tecnologias, indicados para o diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças.

§ 1º O Ministério da Saúde editará planos e programas quadriennais voltados para a Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, como parte integrante e específica do Plano Plurianual da União.

§ 2º Para atingir essas finalidades, o Ministério da Saúde promoverá as medidas indispensáveis ao desenvolvimento institucional e à capacitação gerencial e técnica da rede de unidades que integram o SINASAN.

Art. 9º São órgãos de apoio do SINASAN:

I - órgãos de vigilância sanitária e epidemiológica, que visem ao controle da qualidade do sangue, componentes e hemoderivados e de todo insumo indispensável para ações de hemoterapia;

II - laboratórios de referência para controle e garantia de qualidade do sangue, componentes e hemoderivados, bem como de insumos básicos utilizados nos processos hemoterápicos, e confirmação de doadores e amostras reativas, e dos reativos e insumos diagnósticos utilizados para a proteção das atividades hemoterápicas;

III - outros órgãos e entidades que envolvam ações pertinentes à mencionada política.

Art. 10. A Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados observará os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único. Os serviços privados, com ou sem fins lucrativos, assim como os serviços públicos, em qualquer nível de governo, que desenvolvam atividades hemoterápicas, subordinam-se tecnicamente às normas emanadas dos poderes competentes.

Art. 11. A Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados será desenvolvida por meio da rede nacional de Serviços de Hemoterapia, públicos e/ou privados, com ou sem fins lucrativos, de forma hierárquica e integrada, de acordo com regulamento emanado do Ministério da Saúde.

§ 1º Os serviços integrantes da rede nacional, vinculados ou não à União, Estados, Municípios e Distrito Federal, reger-se-ão segundo os respectivos regulamentos e normas técnicas pertinentes, observadas as disposições desta Lei.

§ 2º Os serviços integrantes da rede nacional serão de abrangência nacional, regional, interestadual, estadual, municipal ou local, conforme seu âmbito de atuação.

Art. 12. O Ministério da Saúde promoverá as medidas indispensáveis ao desenvolvimento institucional, modernização administrativa, capacitação gerencial e consolidação física, tecnológica, econômica e financeira da rede pública de unidades que integram o SINASAN.

Art. 13. Cada unidade federativa implantará, obrigatoriamente, no prazo de cento e oitenta dias, contados da publicação do regulamento desta Lei, o Sistema Estaduais de Sangue, Componentes e Derivados obedecidos os princípios e diretrizes desta Lei.

CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 14. A Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados, regem-se pelos seguintes princípios e diretrizes:

I - universalização do atendimento à população;

II - utilização exclusiva da doação voluntária, não remunerada, do sangue, cabendo ao poder público estimulá-la como ato relevante de solidariedade humana e compromisso social;

III - proibição de remuneração ao doador pela doação de sangue;

IV - proibição da comercialização da coleta, processamento, estocagem, distribuição e transfusão do sangue, componentes e hemoderivados;

V - permissão de remuneração dos custos dos insumos, reagentes, materiais descartáveis e da mão-de-obra especializada, inclusive honorários médicos, na forma do regulamento desta Lei e das Normas Técnicas do Ministério da Saúde;

VI - proteção da saúde do doador e do receptor mediante informação ao candidato à doação sobre os procedimentos a que será submetido, os cuidados que deverá tomar e as possíveis reações adversas decorrentes da doação, bem como qualquer anomalia importante identificada quando dos testes laboratoriais, garantindo-lhe o sigilo dos resultados;

VII - obrigatoriedade de responsabilidade, supervisão e assistência médica na triagem de doadores, que avaliará seu estado de saúde, na coleta de sangue e durante o ato transfusional, assim como no pré e pós-transfusional imediatos;

VIII - direito a informação sobre a origem e procedência do sangue, componentes e hemoderivados, bem como sobre o serviço de hemoterapia responsável pela origem destes;

IX - participação de entidades civis brasileiras no processo de fiscalização, vigilância e controle das ações desenvolvidas no âmbito dos Sistemas Nacional e Estaduais de Sangue, Componentes e Hemoderivados;

X - obrigatoriedade para que todos os materiais ou substâncias que entrem em contato com o sangue coletado, com finalidade transfusional, bem como seus componentes e derivados, sejam estéreis, apirogênicos e descartáveis;

XI - segurança na estocagem e transporte do sangue, componentes e hemoderivados, na forma das Normas Técnicas editadas pelo SINASAN; e