

fenotipicamente compatíveis, aumenta esse risco de forma indireta.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106014>

ID – 1351

HEMOTERAPIA EM PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE: DESAFIOS TRANSFUSIONAIS, MONITORAMENTO LABORATORIAL E O PAPEL ESTRATÉGICO DO BIOMÉDICO

HL Ferreira dos Santos, BB Borges Viana

Faculdade Ages, Paripiranga, BA, Brasil

Introdução: A Insuficiência Renal Crônica (IRC), especialmente em pacientes em hemodiálise, está frequentemente associada à anemia, afetando a qualidade de vida e o prognóstico. Este estudo aborda os desafios da hemoterapia, a importância do monitoramento laboratorial e o papel do biomédico na interpretação dos exames, contribuindo para uma prática mais segura e eficaz. **Objetivos:** Analisar os principais desafios relacionados à prática hemoterápica em pacientes com insuficiência renal crônica em hemodiálise, destacando a importância do monitoramento laboratorial e a atuação do biomédico na garantia da segurança transfusional. **Material e métodos:** Este estudo consiste em uma revisão de literatura que teve como objetivo analisar a prática hemoterápica em pacientes com IRC em hemodiálise. A pesquisa foi conduzida em bases de dados como PubMed, Lilacs, Scielo, Ministério da Saúde e DATASUS, utilizando os descritores: “insuficiência renal crônica”, “hemodiálise”, “hemoterapia”, “transfusão”, “biomédico” e “monitoramento laboratorial”. **Discussão e conclusão:** A IRC é uma condição progressiva e irreversível que atinge cerca de 10% da população mundial e, no Brasil, afeta mais de 157 mil pessoas em diálise, sendo o diabetes e a hipertensão as principais causas (GBD, 2020). A hemodiálise é o principal tratamento da doença, essencial para remover toxinas e controlar a volemia, embora envolva riscos como inflamação e complicações cardiovasculares. A anemia é uma complicação frequente na IRC, causada por múltiplos fatores como deficiência de eritropoietina e ferro, exigindo abordagem criteriosa. A hemoterapia é indicada em casos específicos, respeitando protocolos rigorosos para evitar riscos transfusionais. Apesar dos avanços no tratamento da anemia na IRC, a resistência aos Agentes Estimuladores da Eritropoiese (AEE), especialmente em pacientes com inflamação, limita sua eficácia devido à hepcidina, que bloqueia o uso do ferro (ABENSUR, 2010; MERLIN et al., 2021). Diretrizes nacionais recomendam metas adaptadas para hemoglobina e ferritina, enfatizando o manejo individualizado (ABHH/AMB, 2014). Riscos da hemoterapia incluem aloimunização, sobrecarga férrica e reações transfusionais (Barretti & Delgado, 2014; Ministério da Saúde, 2019). Nesse contexto, o biomédico tem atuação essencial, realizando testes pré-transfusionais, identificando aloanticorpos e garantindo o controle de qualidade. O tratamento da insuficiência renal crônica exige abordagem integrada e monitoramento constante. A hemoterapia, quando indicada com critério, é essencial em

casos específicos, e a atuação do biomédico é decisiva para a segurança transfusional.

Referências:

- Oliveira, Juliana Martins de et al. Cuidados centrados na família em unidades de terapia intensiva neonatal no Brasil: uma revisão integrativa. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, São Paulo, 2020.
- Barretti, P.; Delgado, A. G. 7. Transfusão. *Brazilian Journal of Nephrology*, v. 36, n. 1, p. 29–31, jan. 2014. GBODC, Network. Global burden of disease study 2019 (GBD 2019) results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2020. KDIGO. Clinical Practice Guideline for Anemia in Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl.* 2012;2(4):279–335. Disponível em: https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_Anemia_GL.pdf
- Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH). Diretrizes sobre o tratamento da anemia na doença renal crônica. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, v. 36, n. 3, p. 157–166, jul./set.2014.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106015>

ID – 120

IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE – IMPORTÂNCIA NA SEGURANÇA DA TERAPIA TRANSFUSIONAL

MLM Gonçalves^a, IDJF Motta^a, ETDS Leite^a, AG Vizzoni^b, FDSL Gomes^a, SS Peniche-Rebouças^a

^a Instituto Nacional de Câncer (INCA), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^b Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Rio de Janeiro, RJ, Brazil

Introdução: Embora a hemoterapia seja realizada conforme protocolos estabelecidos e sob monitoramento contínuo, ainda existem riscos residuais de incidentes transfusionais. Dessa forma, é imprescindível que o procedimento ocorra em ambiente seguro, conduzido por profissionais habilitados e com suporte técnico adequado, a fim de mitigar eventuais intercorrências e garantir a segurança do paciente como uma prática fundamental para a qualidade do cuidado em saúde. Nesse contexto, a correta identificação do paciente destaca com elemento crítico, especialmente no processo transfusional, caracterizado por sua complexibilidade e necessidade de rigor em todas as etapas, a fim de para minimizar riscos. **Objetivos:** Identificar, na literatura científica, evidências sobre a prática da identificação do paciente como garantia de segurança e redução de riscos associados à transfusão de hemocomponentes. **Material e métodos:** Revisão bibliográfica nas bases de dados PubMed, Scielo, BVS, Scopus, SCISPACE, Google Scholar e Web of Science. A busca utilizou descritores como “identificação do paciente” e “segurança na transfusão de sangue”, combinados por operadores booleanos. Os dados foram organizados e analisados com o auxílio do software Zotero. **Resultados:** De um total de 117 referências

inicialmente encontradas, foram incluídas 109 referências, sendo 99 artigos e 10 documentos oficiais, publicados entre 1977 e 2023. Sete artigos foram excluídos por duplicidade e um por não abordar a identificação do paciente. O Brasil foi o país com maior número de publicações (n=45, 41,3%), das quais 24 abordaram especificamente a identificação do paciente e sua relevância no ato transfusional. Os estudos demonstram que a identificação correta do paciente por meios de dispositivos como pulseiras/braceletes contendo o nome completo do paciente, localização intra-hospitalar, data de nascimento, nome da genitora, número de prontuário contribuem fortemente para a minimização de riscos, tornando uma etapa imprescindível e demandando maior atenção e compromisso da equipe assistencial. A equipe de hemoterapia e enfermagem representa um papel importante nesta etapa, pois é responsável pela coleta inicial das amostras para os testes pré-transfusionais e, posteriormente, pela administração dos hemocomponentes e supervisão durante o procedimento. **Discussão e conclusão:** A identificação correta do paciente é uma medida fundamental para prevenção de eventos adversos em transfusões, sendo indispensável a capacitação contínua dos profissionais de saúde, bem como o envolvimento ativo de pacientes e familiares. A segurança em todas as fases do processo transfusional é crucial para o bem-estar do paciente, dado o caráter essencial da terapia transfusional.

Referências:

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/legislacao/portaria-de-consolidacao-no-05-de-28-de-setembro-de-2017.pdf/view>.

BRASIL, Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 1. ed. [s.l.] MS, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106016>

ID – 476

IDENTIFICAÇÃO DE VARIANTES DO GENE RHD EM DOADORES DE SANGUE DOS ESTADOS DE SÃO PAULO, PARÁ E CEARÁ

LBMdO Chagas ^a, CM Ribeiro ^b, APRD Zanelli ^b, LN Guimarães ^c, FJG Chada ^c, DM Brunetta ^c, TB Costa ^c, FLS Santos ^b, I Castilho ^d, ES Rodrigues ^a

^a Fundação Hemocentro de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil

^b Fundação Centro de Hemoterapia e Hematologia do Pará (Hemopa), Belém, PA, Brasil

^c Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (Hemoce), Fortaleza, CE, Brasil

^d Universidade de Campinas, Campinas, SP, Brasil

Introdução: O sistema sanguíneo Rh é reconhecido por sua complexidade genética e alta capacidade imunogênica. A presença de variantes do gene RHD, como D fraco e D parcial, podem resultar em alterações quantitativas e/ou qualitativas na expressão do antígeno D e dificultar a tipagem sorológica. Como alternativa, é indicado a confirmação por métodos moleculares, que permite avaliação precisa do gene RHD. No entanto, a correta caracterização de variantes RHD é um processo complexo, trabalhoso e pouco realizado na maioria dos bancos de sangue brasileiros. Desta forma, os relatos sobre a distribuição e frequência das variantes RHD em regiões brasileiras ainda é limitado. **Objetivos:** Caracterizar as variantes RHD em doadores de sangue dos estados de São Paulo, Pará e Ceará. **Material e métodos:** Foram selecionadas 57 amostras de doadores de sangue do Hemocentro de Ribeirão Preto (FUNDHERP), 67 amostras do Pará (HEMOPA) e 45 do Ceará (HEMOCE) que apresentaram tipagem sorológica para o antígeno D atípica ($\leq 2+$). As amostras foram submetidas a extração do DNA genômico pelo método de fenol-clorofórmio, e a genotipagem das variantes RHD foi realizada por meio da técnica PCR SNaPshot multiplex. Esta metodologia é capaz de identificar as variantes RHD* Fraco tipo 1 (c.809T>G), tipo 2 (c.1154G>C), tipo 3 (c.8C>G), e tipo 4 (c.602C>G). Além disso, as variantes classificadas como RHD* DIIIa, DIII tipo 6, DIII tipo 7, DAR3.1, DAR4, DAR5 (c.819G>A), bem como RHD*DAR1, DAR1.1, DAR1.2, DAR1.3, DAR2, DAR2.1 e DAR6 (c.1025C>T), RHD*DAU (c.1136C>T) e a presença do RHD* ψ também foram avaliadas. **Resultados:** A maioria das amostras (35%) do estado de São Paulo foram classificadas como RHD* fraco tipo 2. No entanto, as variantes, RHD* Fraco tipo 1 e RHD* DAR apresentaram frequências similares (17,54%), enquanto RHD* Fraco tipo 3 (5,26%) foi observada em um menor número de amostras. Nos estados do Pará e Ceará, a variante mais prevalente foi RHD*DAR (c.1025C>T), observada em 38,8% e 40,1% das amostras, respectivamente. A variante RHD* Fraco tipo 1 (20,9%) e RHD* Fraco tipo 2 (19,4%) também foram detectadas nas amostras obtidas do Pará e Ceará RHD* Fraco tipo 1 (11,2%) e RHD* Fraco tipo 2 (26,7%). **Discussão e conclusão:** A presença de variantes RHD em doadores de sangue reforça a importância da genotipagem complementar à sorologia convencional, especialmente em regiões com elevada heterogeneidade genética. A caracterização precisa de variantes RHD contribui para práticas transfusionais mais seguras e gestão eficiente de estoques de unidades RhD negativas. Conhecer a distribuição regional das variantes RHD pode subsidiar práticas transfusionais mais adequadas à realidade genética da população. Apoio financeiro: FUNDHERP, CTC (2013/08135-2), INCTC (465539/2014-9), FAPESP (2017/26950-6).

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106017>