

percentuais, passando de 85,95% para 55,14%. **Discussão:** A adoção de protocolos transfusionais não alinhados às diretrizes de uso racional de hemocomponentes pode gerar impactos relevantes, como prejuízos logísticos, desperdício de recursos e comprometimento da disponibilidade de sangue para pacientes com indicações clínicas reais. No caso estudado, o protocolo anterior previa solicitações sistemáticas de compatibilização e reserva para todas as gestantes, independentemente de indicação clínica, o que resultou em altas taxas de cancelamento e movimentações desnecessárias no serviço de hemoterapia. A intervenção realizada em 2025, por meio da revisão do protocolo, mostrou-se eficaz ao reduzir em 81,56% os procedimentos desnecessários. Tal resultado reforça a importância do alinhamento entre os serviços hospitalares e os serviços de hemoterapia, bem como da adoção dos princípios do *Patient Blood Management* (PBM), que recomenda a transfusão apenas quando clinicamente indicada e baseada em evidências científicas. **Conclusão:** A revisão dos protocolos transfusionais da maternidade resultou em uma redução expressiva nas solicitações de compatibilizações e reservas desnecessárias, promovendo o uso racional dos hemocomponentes e a otimização dos recursos hemoterápicos. A experiência evidencia como a atuação multiprofissional e o alinhamento com práticas preconizadas pelo PBM podem transformar o perfil transfusional de uma instituição, com impactos positivos na segurança do paciente, na eficiência operacional e na gestão de estoques de sangue.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106019>

ID – 914

IMPLEMENTAÇÃO DA TECNOLOGIA DE IDENTIFICAÇÃO POSITIVA DO PACIENTE EM UM SERVIÇO DE HEMOTERAPIA PÚBLICO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

FAA Almeida, R Santos, MM Silva, PF Batista, CY Nakazawa, TAO Paula

Hospital Municipal Dr Gilson de Cássia Marques de Carvalho; Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A segurança transfusional envolve medidas e processos voltados à administração segura de hemocomponentes, com o objetivo de reduzir riscos ao paciente. Os avanços da medicina transfusional, aliada à normatização de protocolos, vigilância regulatória, uso de tecnologias e engajamento das equipes, contribuíram significativamente para minimizar esses riscos. No entanto, a identificação correta do paciente ainda representa um ponto crítico, especialmente na coleta da amostra e na instalação do hemocomponente. Erros de identificação estão entre as principais causas de reações transfusionais graves e potencialmente fatais. Embora o Brasil não disponha de dados nacionais consolidados, estima-se que a taxa de erro seja próxima à registrada pelo sistema britânico SHOT (*Serious Hazards of Transfusion*), com um erro a cada 13.000 transfusões, podendo resultar em desfechos fatais. Nesse contexto, estratégias preventivas, como a Identificação Positiva do Paciente (PPID), a dupla

checagem, o uso de códigos de barras e a capacitação contínua das equipes, tornam-se fundamentais para garantir a segurança transfusional e prevenir eventos adversos. **Objetivos:** Relatar a experiência de um serviço público de hemoterapia com a implantação do sistema eletrônico de PPID no momento da instalação do hemocomponente, avaliando sua contribuição para a segurança transfusional. **Material e métodos:** Em janeiro de 2025, o serviço de hemoterapia do Hospital Municipal Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho, em São Paulo, implantou o sistema eletrônico de PPID. Integrado ao software eProgesa® (Mak-System), o sistema permite o registro, a migração de dados e o vínculo direto entre cada hemocomponente e o respectivo paciente. Antes da transfusão, a equipe de enfermagem realiza a conferência utilizando dois identificadores obrigatórios: nome completo e número de prontuário. Com o PPID ativo, a pulseira do paciente é escaneada, seguida da leitura do código do hemocomponente. O sistema, então, realiza automaticamente a dupla checagem eletrônica, liberando a transfusão apenas quando há plena conformidade das informações, incluindo número e tipo do hemocomponente, procedimentos especiais (deleucotização e irradiação), tipagem ABO/RhD e compatibilidade em casos de presença de anticorpos irregulares. Qualquer falha ou discrepância na checagem gera alerta imediato, e o hemocomponente é devolvido ao banco de sangue para rastreabilidade do evento. **Resultados:** Entre janeiro e junho de 2025, foram realizadas 500 transfusões diurnas na unidade de internação da Oncologia. Dessas, 85% foram executadas pela equipe de enfermagem do Banco de Sangue, com uso do sistema PPID. Não foram registradas não conformidades relacionadas ao uso do software nesse período. **Discussão e conclusão:** O uso do PPID mostrou-se altamente eficaz na prevenção de erros de identificação, além de otimizar o processo transfusional ao reduzir o tempo e a demanda por recursos humanos, substituindo a dupla checagem manual por um processo eletrônico seguro. Como limitação, observou-se que o sistema está disponível apenas para as transfusões realizadas pela equipe de enfermagem do banco de sangue; nos demais setores, a identificação do paciente ainda ocorre manualmente, devido à necessidade de treinamento e à ausência de implementação do sistema. A experiência evidencia que a adoção de tecnologias, mesmo em contextos de saúde pública, pode ampliar a segurança transfusional e qualificar os processos, alinhando-se às diretrizes nacionais e internacionais.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106020>

ID – 2462

IMPLEMENTAÇÃO DE TRANSFUSÕES NAS UNIDADES MUNICIPAIS DE PRONTO ATENDIMENTO COMO ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DA SOBRECARGA HOSPITALAR: EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO/RJ

DAN Pacheco, JDS Ponciano, ApdM Costa, MM Gramatico, CC Maria

Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo, São Gonçalo, RJ, Brasil

Introdução: O município de São Gonçalo (RJ), com cerca de 960 mil habitantes, implantou um modelo inovador de assistência hemoterápica ao descentralizar a realização de transfusões de hemocomponentes para Unidades Municipais de Pronto Atendimento (UMPAs). A estratégia buscou reduzir a sobrecarga do Pronto Socorro Central Dr. Armando Gomes de Sá Couto (PSC), unidade de referência frequentemente superlotada, e otimizar o fluxo assistencial. A implementação foi fundamentada na legislação municipal vigente, nas normas da ANVISA e nas diretrizes nacionais de hemovigilância, assegurando qualidade e segurança no processo transfusional. **Objetivos:** Descrever a experiência de descentralização das transfusões do PSC para as UMPAs de São Gonçalo, avaliando seu impacto na redistribuição da demanda e na redução da sobrecarga hospitalar. **Material e métodos:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, analisando a descentralização transfusional do PSC para as UMPAs. O processo incluiu elaboração de documentos normativos (Termo de Compromisso Interinstitucional, Contrato de Interação e Procedimentos Operacionais Padrão), alinhados à legislação sanitária. As equipes receberam capacitação obrigatória baseada no Manual de Hemovigilância, contemplando biossegurança, transporte e armazenamento de hemocomponentes, identificação do receptor, manejo de reações e retrovigilância. Criaram-se Comitês Transfusoriais nas UMPAs e reestruturou-se a logística de transporte, substituindo ambulâncias por motoboys treinados nos parâmetros de tempo e temperatura, conforme a RDC n° 34/2014. Instituiu-se programa de Educação Continuada e estratégias de captação ativa de doadores para fortalecimento do Hemonúcleo local. **Resultados:** A descentralização transfusional para UMPAs mostrou-se viável e segura, desde que respaldada por regulamentação clara, treinamento qualificado e logística eficiente. A experiência demonstra que, sob protocolos rigorosos, é possível ampliar o acesso a procedimentos transfusionais sem comprometer a segurança, contribuindo para desafogar unidades de referência e otimizar a gestão de recursos hemoterápicos, em consonância com os padrões da ANVISA e da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. **Discussão e conclusão:** A implantação do modelo descentralizado de transfusões nas UMPAs de São Gonçalo/RJ representa uma estratégia efetiva para a melhoria da rede de urgência e emergência, garantindo qualidade assistencial, fortalecendo a hemovigilância e promovendo maior eficiência na utilização de recursos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106021>

ID – 912

INCIDÊNCIA DE ALOIMUNIZAÇÃO NÃO RHD APÓS TRANSFUSÃO DE CONCENTRADOS DE PLAQUETAS

B Alencar, J Freitas, V Soares, M Moraes

Grupo Gestor de Hemoterapia – Grupo GSH, Brasília, DF, Brasil

Introdução: As plaquetas não expressam antígenos dos sistemas Rh, Kell, Kidd, Duffy, MNS ou Lutheran. Contudo, a aloimunização após transfusão de plaquetas já foi bem documentada e deve ser causada pelas hemácias residuais. A aloimunização RhD é descrita em literatura com uma incidência de 0%–7% e já possui protocolos de conduta definidos. Contudo, os antígenos c, C, e e E são menos imunogênicos e poucos casos são descritos em relação a aloimunização por plaqueta. **Objetivos:** Avaliar a incidência e o perfil dos pacientes que desenvolveram aloimunização não RhD por transfusão de concentrados de plaquetas. **Material e métodos:** Realizado estudo retrospectivo, a partir da análise do prontuário, dos pacientes que apresentaram Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) com identificação positivas, nos hospitais atendidos pelo Banco de Sangue do Grupo GSH em Brasília, de junho/2022 a maio/2025. Dentre esses, foram selecionados os pacientes com anticorpos não RhD e que receberam apenas concentrados de plaquetas e/ou concentrados de hemácias negativas para os anticorpos identificados. **Resultados:** Dentre os 557 pacientes que apresentaram PAI positivo, 10 preencheram os critérios para o estudo (1,79%), sendo 50% do sexo feminino e 50% masculino, com idades entre 26 e 78 anos (média 66,9). Os diagnósticos foram: 4 pacientes com doenças onco hematológicas, 3 submetidos a cirurgias cardíacas, 2 com neoplasias de órgãos sólidos e 1 com hemorragia digestiva. Todos receberam transfusão de concentrados de plaquetas randômicas (min 3, max 60, média 23) e 6 receberam também concentrados de plaquetas por aférese (min 1, max 6, média 1). Dentre os 10 pacientes, 7 receberam também transfusão de concentrados de hemácias, contudo, negativas para os anticorpos identificados. Foi observada a presença de múltiplos anticorpos em 50% dos casos, com a seguinte ordem de prevalência: anti-E (8); anti-C (3) e anti-K (2). **Discussão:** No banco de sangue de Brasília, todos os doadores são fenotipados para Rh e Kell, tornando possível a análise dos fenótipos dos CPDI transfundidos. Avaliar o risco de aloimunização por plaquetas e identificar um perfil de pacientes com maior risco possibilitaria avaliar o custo benefício de transfusão de plaquetas fenotipadas em casos específicos. Nosso estudo confirma os dados da literatura, que a aloimunização não RhD por plaquetas é rara, mas pode ocorrer, sendo mais frequente após transfusão de plaquetas randômicas. A prevalência dos aloanticorpos também está de acordo com a literatura: E>C>K. Contudo, para avaliar o risco da aloimunização por plaquetas é necessário excluir pacientes que receberam concentrados de hemácias não fenotipados, o que reduz significativamente a população de estudo. Sendo assim, nossa população de estudo é muito pequena, não sendo representativa do montante de pacientes transfundidos ou aloimunizados. Novos estudos, randomizados, com uma maior população de pacientes, são necessários para avaliar o impacto dessa aloimunização no futuro transfusional desses pacientes, principalmente, para populações de risco como pacientes candidatos a transplantes. **Conclusão:** A aloimunização não RhD após transfusão de plaquetas é rara, mas possível. Mais estudos, randomizados, com maior número de pacientes, irão permitir avaliar a necessidade e custo benefício de intervenção, visando a profilaxia da aloimunização não RhD por plaquetas em casos específicos. Até lá, a implantação de medidas para redução da contaminação por hemácias devem ser reforçadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106022>