

três tipos de transplante manteve uma tendência linear, sem variações significativas ao longo dos anos. A média de permanência hospitalar para o transplante alogênico aparentado foi de 29,9 dias, 32,3 dias para alogênicos não aparentados e 18,5 dias para autogênicos. O custo total nesse período atingiu R\$ 567,92 milhões, sendo R\$ 53,53 milhões destinados para os autogênicos, R\$ 343,77 milhões para alogênicos aparentados e R\$170,62 milhões para alogênicos não aparentados. Em relação à mortalidade hospitalar, o transplante alogênico não aparentado apresentou a maior taxa, de 8,14%, seguido pelo alogênico aparentado, com 6,91%, e o autogênico, com 3,06%. Fica evidente que os transplantes alogênicos não aparentados apresentaram maior tempo de internação, custo e taxa de mortalidade, refletindo a complexidade associada a esses procedimentos. Portanto, os resultados destacam as diferenças entre o tempo de internação, custos, taxas de mortalidade e número de internações em cada região para cada tipo de transplante. Assim, é necessário criar estratégias que promovam maior equidade regional e melhorias nos cuidados para reduzir a mortalidade, especialmente nos transplantes considerados de maior risco.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105535>

ID - 192

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS DOADORES DE MEDULA ÓSSEA CADASTRADOS NO REDOME: ANÁLISE NACIONAL DE 2024

NA da Silva, SDB Pacheco, RC de Oliveira, PS da Silva, LN Guimarães

Fundação HEMOPA, Belém, PA, Brasil

Introdução: O transplante de células-tronco hematopoiéticas representa a única opção terapêutica curativa para diversas doenças hematológicas.[1] No Brasil, o REDOME, criado em 1993, constitui o terceiro maior registro mundial, com mais de 5 milhões de doadores.[2] A compatibilidade HLA entre doador e receptor é determinante para o sucesso do transplante. [3] A análise epidemiológica dos doadores é fundamental para identificar lacunas geográficas e demográficas, orientando estratégias de captação para otimizar as chances de compatibilidade. **Objetivos:** Descrever o perfil demográfico e geográfico dos doadores cadastrados no REDOME em 2024, identificando padrões de distribuição relevantes para estratégias de captação. **Material e métodos:** Estudo descritivo transversal dos dados do REDOME de 2024. Foram analisadas variáveis demográficas (sexo, faixa etária, raça/cor) e distribuição geográfica por regiões brasileiras. Os dados foram processados através de análise estatística descritiva. Esta pesquisa utilizou exclusivamente dados secundários, de acesso público e anonimizados, sem possibilidade de identificação direta ou indireta dos sujeitos da pesquisa. Por esse motivo, está dispensada de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme previsto na Resolução CNS nº 510/2016. **Resultados:** Em 2024, foram cadastrados 138.692 doadores no REDOME. A distribuição por sexo mostrou predominância feminina (88.156; 63,6%) versus masculina (50.536;

36,4%). A região Sudeste concentrou o maior número de doadores (55.737; 40,2%), seguida pelo Nordeste (39.892; 28,8%), Sul (17.506; 12,6%), Centro-Oeste (13.396; 9,7%) e Norte (12.161; 8,8%). Na região Centro-Oeste, observou-se predominância feminina (64,1%) e concentração na faixa etária de 20-24 anos. A análise étnico-racial revelou predomínio da população branca (48,6%), seguida por pardos (39,3%), pretos (8,8%), amarelos (2,1%) e indígenas (0,8%). **Discussão e conclusão:** A predominância feminina (63,6%) corrobora tendências globais de maior adesão feminina à doação.[4] A distribuição geográfica reflete disparidades populacionais e socioeconômicas regionais.[5] A diversidade étnico-racial, embora representativa da miscigenação brasileira, evidencia sub-representação de populações indígenas e quilombolas, limitando as chances de compatibilidade HLA.[6] O perfil epidemiológico evidencia distribuição geográfica heterogênea e necessidade de estratégias regionalizadas de captação, especialmente nas regiões Norte e Centro-Oeste. A diversidade étnico-racial requer expansão para populações específicas, visando reduzir disparidades no acesso ao transplante.

Referências:

1. Gratwohl A, et al. Hematopoietic stem cell transplantation: global perspective. JAMA. 2010;303(16):1617-24.
2. INCA. REDOME: 30 anos salvando vidas. Rio de Janeiro: INCA; 2023.
3. Boquett JA, et al. HLA diversity in Brazil. HLA. 2019;94(4):347-358.
4. Silva JR, et al. Gender patterns in bone marrow donation. Rev Bras Hematol. 2023;45(4):234-241.
5. IBGE. Distribuição populacional por regiões. Brasília: IBGE; 2024.
6. REDOME. Dashboard de doadores cadastrados [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: app.powerbi.com. Acesso: 08/07/2025

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105536>

ID - 1298

PERFIL TRANSFUSIONAL DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA NO HOSPITAL IBCC

SP do Carmo, LD Vecchia Grassi, JE Di Giacomo, RA Bento

GSH, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: O transplante de medula óssea (TMO) é fundamental no tratamento de diversas doenças hematológicas. Tanto no TMO autólogo quanto no alogênico, as citopenias prolongadas tornam o suporte transfusional um componente essencial do cuidado. Transfusões de hemácias (CH) e de plaquetas (CP) são frequentemente necessárias, de forma profilática ou terapêutica, com demanda variável conforme o tipo de transplante, regime de condicionamento e intercorrências clínicas. A análise do perfil transfusional permite identificar padrões e otimizar o planejamento do estoque de hemocomponentes. **Objetivos:** Descrever e comparar o perfil transfusional de TMOs autólogos e alogênicos realizados no Instituto

Brasileiro de Combate ao Câncer (IBCC) entre janeiro/2024 e junho/2025 **Material e métodos:** No período, foram realizados 57 TMOs no IBCC (20 autólogos, 37 alogênicos). Entre os autólogos, as indicações foram: mieloma múltiplo (12), linfomas (7) e polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória crônica (1). Houve 10 casos com regime mieloablativo (MAC) e 10 com intensidade reduzida (RIC). As coletas foram por aférese, com mediana de CD34+ de $4 \times 10^6/\text{kg}$ (2–12). A enxertia neutrofilica teve mediana no D+11 (D+8–D+12) e a plaquetária no D+13 (D+10–D+24). Houve um óbito. Nos alogênicos, as indicações foram: leucemias agudas (22), mielofibrose (5), linfomas (4), SMD (3), hemoglobinopatias (2) e anemia aplásica (1). Foram realizados 26 haploidênticos, 6 não aparentados (NAP) e 5 aparentados fullmatch. Quanto à compatibilidade ABO, 26 foram isogrupo, 5 com incompatibilidade menor, 4 maior e 1 bidirecional. O regime foi RIC (21), MAC (14) e não mieloablativo (2). Um utilizou medula óssea; os demais, sangue periférico. A mediana de CD34+ foi de $5 \times 10^6/\text{kg}$ (2–9). A enxertia neutrofilica ocorreu no D+17 (D+13–D+34). A enxertia plaquetária foi pouco documentada. Ocorreram oito óbitos. O número de transfusões de CH e CP foi computado da infusão da medula até a 1ª alta hospitalar. Entre os autólogos, a mediana de uso de CH foi 1 (0–24) e de CP, 3 (0–22), com dois pacientes sem transfusões por motivos religiosos. Entre os alogênicos, a mediana de CH foi 6 (0–53) e de CP, 8 (0–91), incluindo dois pacientes com recusa transfusional. Analisando subgrupos: haploidênticos tiveram mediana de CH 6,5 (0–53) e CP 8,5 (0–91); fullmatch, CH 1 (0–6) e CP 2 (1–8); e NAP, CH 8,5 (6–30) e CP 13,5 (6–44). Entre os autólogos não houve diferença entre RIC e MAC; nos alogênicos, o regime MAC apresentou mediana de uso de CH: 6,5 (0–13) e CP: 6,5 (0–22), em comparação ao RIC: CH 7 (0–53) e CP 9 (2–91). Em relação à compatibilidade ABO, os isogrupos utilizaram CH 7 (0–53) e CP 7 (0–91), enquanto os com incompatibilidade utilizaram CH 6 (1–30) e CP 8 (3–44). **Discussão e conclusão:** O suporte transfusional é crítico no TMO, especialmente da fase de aplasia à consolidação da enxertia. Como esperado, alogênicos demandaram mais hemocomponentes que autólogos. O TMO fullmatch teve menor demanda transfusional, mas esse subgrupo foi pequeno. Em relação ao regime de condicionamento e à compatibilidade ABO, as taxas de transfusão foram semelhantes. A análise entre subgrupos é limitada pelo número de casos, heterogeneidade das doenças e variáveis codependentes. Casos com alta demanda ilustram contextos clínicos complexos e reforçam a necessidade de preparo institucional. Este levantamento apoia o planejamento logístico e ressalta a importância de registros sistematizados para qualificação contínua da assistência.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105537>

ID - 1144

PLANO ANUAL DE VIABILIDADE

AB Castelhana^a, BCC Oliveira^a, LS Santos^b, NMF Alves^b, NRS Remigio^c, ID Lima^c, M Valvasori^a, AM Souza^a, LFF Dalmazzo^a

^a Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

^b Grupo GSH, Natal, RN, Brasil

^c Grupo GSH, Brasília, DF, Brasil

Introdução: As células progenitoras hematopoiéticas (CPH) criopreservadas e armazenadas são utilizadas para o transplante de medula óssea no tratamento de pacientes com doenças hematológicas, imunológicas e alguns tumores sólidos. As células podem ser mantidas por longos períodos de tempo, a depender da necessidade da sua utilização pelos pacientes. E considerando-se as exigências da RDC 836 de 2023 e os programas de acreditação internacional em Terapia Celular, como a FACT, nosso serviço possui um Programa de Viabilidade Anual para garantir qualidade, confiabilidade e segurança dos produtos de CPH armazenados. **Objetivos:** Apresentar e descrever o Plano Anual de Viabilidade desenvolvido nos Laboratórios de Criopreservação de São Paulo, Brasília e Natal do Grupo GSH. **Material e métodos:** Quantidades representativas de unidades de CPHs criopreservadas em solução de DMSO 5% e HES 6% e armazenadas em ultra-freezers a -80°C e tanque de nitrogênio a -190°C, no mínimo, há mais de 1 ano foram descongeladas e avaliadas quanto aos parâmetros de viabilidade celular total por microscopia óptica utilizando o corante vital Trypan Blue e/ou por Citometria de Fluxo, utilizando o corante vital 7-AAD, para análise da viabilidade de células CD34+ e CD45+. Os valores obtidos foram comparados na razão “viabilidade pós-descongelamento/viabilidade pré-criopreservação” e consideradas conformes as amostras que apresentaram resultados $\geq 80\%$. **Resultados:** No Laboratório de São Paulo foram avaliadas 14 amostras com tempos de criopreservação e armazenamento entre 1 ano e 3 meses e 3 anos e 3 meses, alocadas em todos os dispositivos de armazenamento disponíveis. A razão da viabilidade celular total pós-descongelamento com Trypan blue obteve média de 92% e mínima de 91%. A razão da viabilidade de células CD34 + pós-descongelamento pela técnica de Citometria de Fluxo com 7-AAD, resultou em média de 94,71% e mínima de 90,61%. E para células CD45+, média de 93,96% e mínima de 88,86%. Somente nessa unidade foram realizadas análises por Citometria de Fluxo. No Laboratório de Natal foram analisadas 8 amostras com tempos de criopreservação e armazenamento entre 1 ano e 4 meses e 3 anos, acondicionadas em todos os dispositivos de armazenamento disponíveis. A razão da viabilidade celular total pós-descongelamento com Trypan blue obteve média de 93% e mínima de 91%. No Laboratório de Brasília foram utilizadas 4 amostras com tempo de criopreservação e armazenamento de 1 ano e 3 meses, alocadas em todos os dispositivos de armazenamento disponíveis. A razão da viabilidade celular total pós-descongelamento com Trypan blue obteve média de 87% e mínima de 82%. Não foram realizados ensaios clonogênicos, pois não há material de Medula Óssea criopreservado armazenado. Ademais, da totalidade dos produtos criopreservados que são infundidos, são realizados testes de viabilidade pré-infusão. **Discussão e conclusão:** Os dados apresentados evidenciam a robustez, qualidade e segurança dos processos de criopreservação e armazenamento. Além disso, demonstram a fundamental importância de se monitorar e acompanhar os produtos periodicamente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105538>