

cirurgias de queimados foram as que mais transfundiram no transoperatório e na sala de recuperação apresentando uma média de transfusão de 1,5 unidades por paciente, com MSBOS2=2. Entretanto, com relação a cirurgia de fratura trocantérica, com reservas para 86 pacientes, apenas 6 necessitaram de transfusão de CH, com indicativos de reserva diferentes considerando todas as reservas para a cirurgia (MSBOS1=tipagem e pesquisa de anticorpos) ou apenas os transfundidos (MSBOS2=1). A mesma diferença é observada para microcirurgia de tumor intracraniano, MSBOS1=tipagem e pesquisa de anticorpos e MSBOS2=1. **Discussão:** O cálculo para estimar o número máximo de reservas de CH para cirurgias é uma ferramenta que auxilia na manutenção dos recursos da hemoterapia, bem como contribui para agilidade no atendimento de pacientes com sangramento no transoperatório de forma rápida e segura. A análise retrospectiva do número de unidades transfundidas no HCR possibilitou a revisão do número de CH reservados para cada tipo cirúrgico, bem como a exclusão da reserva para casos em que não foram utilizadas transfusões, como as cirurgias de artrodesse cervical. Algumas cirurgias foram realizadas em apenas um ou dois pacientes, desta forma, o cálculo do MSBOS não pode ser considerado para estes tipos cirúrgicos por apresentar viés. **Conclusão:** A validação da reserva de CH para cirurgias no trauma deve ser realizada considerando a utilização histórica da transfusão, os parâmetros recomendados internacionalmente, bem como em consenso com as especialidades responsáveis pelas cirurgias. Assim se desenvolve um protocolo que seja específico para a realidade do serviço, sempre priorizando a segurança transfusional e a relação custo-benefício.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105848>

ID - 3376

CLÍNICA IPH SAÚDE: DO FERRO EV À SANGRIA TERAPÊUTICA – AMPLIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E IMPACTO NO CEARÁ

IR Cavalcante, JAM da Luz, CI dos Santos, GS Lopes, LMF Brito, RS Oliveira, CS de Senna, SGC da Silva Vieira Trévi, DF da Silva, SP Moura, EC E Silva

Instituto Pró-Hemo Saúde (IPH), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: O Instituto Pró-Hemo Saúde (IPH), OSC fundada em 2013, atua na assistência gratuita em saúde com foco em hematologia e hemoterapia, integrada à hemorrede estadual. Em 2021, inaugurou a Clínica IPH Saúde, em Fortaleza/CE, voltada inicialmente para infusão de ferro endovenoso e consultas hematológicas. Por demandas internas e do HEMOCE, incorporou ginecologia e ultrassonografia e, em junho de 2025, sangria terapêutica antes restrita ao hemocentro coordenador. Desde dezembro de 2024, possui CEBAS, fortalecendo o compromisso social e ações gratuitas em saúde. **Objetivos:** Descrever a evolução dos atendimentos, a expansão dos serviços e o impacto do IPH para a comunidade cearense e a hemorrede, com ênfase nas especialidades e no suporte diagnóstico. **Material e métodos:** Estudo

observacional, descritivo e retrospectivo dos registros administrativos (jul/2021–jul/2025), incluindo atendimentos gratuitos em infusão de ferro, consultas médicas (hematologia e ginecologia), ultrassonografia e sangria terapêutica. A clínica também atende demandas reguladas pela Secretaria de Saúde. **Variáveis:** volumes, perfil demográfico, procedência e indicações. **Resultados:** Até julho/2025, foram 15.379 atendimentos. Na infusão de ferro, 13.658 atendimentos (6.772 infusões, 13.013 ampolas, 965 pacientes), indicados por anemias carenciais e por perdas, neoplasias (mama, colo uterino, colorretal e gástrica), miomatose uterina e anemia pós-bariátrica, 82% mulheres e 74% residentes em Fortaleza. Na hematologia, 2.514 consultas (670 pacientes) para anemia ferropriva, hemolítica, macro e microcítica, plaquetopenias, leucopenias, bicitopenias, pancitopenias, hemocromatose hereditária, policitemia vera, trombocitemia essencial, alterações de coagulação e trombofilias, 67% mulheres, 83% de outros municípios. Na ginecologia, 170 consultas (107 pacientes) para sangramento uterino anormal, miomatose, adenomioma e endometriose. Na ultrassonografia, 358 exames (256 pacientes), com maior demanda por transvaginal, abdome total e mamas, parte em ações gratuitas. A sangria terapêutica, iniciada em jun/2025, somou 224 atendimentos (129 pacientes), 80% homens, 57% de Fortaleza, para hemocromatose e policitemias. Fora Fortaleza, os municípios mais frequentes foram Caucaia, Maracanaú, Maranguape, Itapipoca e Aquiraz. **Discussão e conclusão:** A ampliação de ginecologia e ultrassonografia, impulsionada por demandas internas e do HEMOCE, fortaleceu o diagnóstico e a resolutividade. A sangria terapêutica no IPH descentralizou o cuidado, reduzindo a sobrecarga do hemocentro coordenador. As consultas hematológicas associadas ao PBM (infusão de ferro) favoreceram condutas resolutivas e menor tempo de espera. O CEBAS reforçou a relevância social, permitindo ampliar ações gratuitas, integrar-se ainda mais ao SUS e atender de forma qualificada demandas reguladas pela Secretaria de Saúde do estado do Ceará, gerando impacto direto na saúde da população e melhorando o acesso em todo o estado. De 2021 a 2025, o IPH consolidou-se como referência multiprofissional gratuita, integrada à hemorrede estadual, ampliando acesso e resolutividade assistencial no Ceará. O crescimento dos atendimentos, a diversificação dos serviços e a descentralização de procedimentos evidenciam a efetividade do modelo e seu potencial de replicação, alinhado à expansão da oferta via SUS e ao fortalecimento da rede pública.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105849>

ID - 210

DESAFIOS NA MANUTENÇÃO DOS ESTOQUES DE SANGUE NO HEMOCENTRO COORDENADOR DO RIO GRANDE DO NORTE: O IMPACTO DO FECHAMENTO DE UM BANCO DE SANGUE PRIVADO

IPL Vilar, MSC Bandierini

Hemocentro do RN Dalton Cunha (HEMONORTE), Natal, RN, Brasil

Introdução: Em 2025, o Rio Grande do Norte enfrentou um desafio significativo no sistema de doação de sangue com o fechamento do único banco de sangue privado do estado. A partir desse evento, a responsabilidade de garantir os estoques necessários para atender integralmente às demandas do SUS e, de forma complementar, às do setor privado passou a ser do Hemonorte, banco público estadual. Essa sobrecarga nas atividades de coleta, produção e distribuição de sangue impactou diretamente a segurança dos estoques, levando à necessidade de apoio de hemocentros públicos vizinhos para suprir lacunas em períodos críticos. **Objetivos:** Analisar os desafios enfrentados pelo Hemonorte na manutenção de estoques seguros de sangue durante os períodos de baixa em 2024 e 2025, avaliar a crescente dependência de hemocentros vizinhos e discutir as implicações dessa sobrecarga para a continuidade dos serviços de transfusão. **Material e métodos:** Foi realizada uma análise retrospectiva dos dados de doação, produção e distribuição de concentrado de hemácias do Hemonorte nos primeiros semestres de 2024 e 2025. Os dados foram obtidos do sistema HEMOVIDA, incluindo o número de doações, bolsas produzidas e distribuídas, e a ocorrência de situações críticas de baixa nos estoques. Também foram analisados os registros de recebimento de bolsas de hemocentros públicos vizinhos durante os períodos de escassez. **Discussão e conclusão:** Em 2024, o Hemonorte registrou 23.664 doações, com a produção de 22.818 bolsas de concentrado de hemácias (96,4%) e a distribuição de 19.199 bolsas (81,1%). Em 2025, foram 24.428 doações, resultando em 23.768 bolsas produzidas (97,3%) e 21.849 distribuídas (89,4%). Apesar do aumento de 7% na produção e 12% na distribuição em relação a 2024, os estoques permaneceram vulneráveis, especialmente nos meses críticos como junho, quando os níveis ficaram abaixo do recomendado. Nessas ocasiões, foi necessário o suporte de hemocentros do Ceará, Pernambuco e Paraíba. A sobrecarga decorrente do fechamento do banco privado expôs fragilidades do sistema estadual. Embora o Hemonorte tenha aumentado sua capacidade de coleta e produção, o crescimento da demanda superou esse esforço. A dependência frequente de outros estados revelou a insuficiência da atual infraestrutura para garantir a autossuficiência do RN em hemocomponentes. Fatores sazonais, emergenciais e estruturais exigem revisão no modelo de gestão dos estoques e adoção de estratégias de contingência mais eficazes. A experiência de 2024 e 2025 evidenciou a vulnerabilidade do sistema de sangue no RN e a urgência em adotar medidas estruturais que assegurem estoques seguros. Entre elas, destacam-se a diversificação das fontes de coleta, o fortalecimento da logística do Hemonorte e o desenvolvimento de sistemas de alerta precoce e colaboração interestadual. O fortalecimento dessas ações é essencial para garantir a continuidade e a segurança na oferta dos serviços de transfusão. **Referências:** Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as Boas Práticas no Ciclo do Sangue. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Anexo IV – Diretrizes do Componente Sangue da Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105850>

ID - 719

DIAGNÓSTICO DA PRÁTICA TRANSFUSIONAL ENTRE MÉDICOS RESIDENTES DA CIDADE DE JUIZ DE FORA

LDB Almeida, AdM Nicolato, MA Campos, AAMB Almeida, CMM Horta, TS Ferreira

Fundação Hemominas, Juiz de Fora, MG, Brasil

Introdução: As transfusões são recursos terapêuticos indispensáveis, capazes de salvar vidas, mas que não estão isentas de riscos e em muitos casos não são mais consideradas a terapia de primeira escolha. Por isso, foi desenvolvida uma estratégia sistemática, multidisciplinar, focada no paciente, para a segurança e eficácia transfusional, denominada Patient Blood Management (PBM). Apesar das diretrizes, práticas transfusionais inadequadas ainda são frequentes. **Objetivos:** Avaliar o conhecimento e a prática transfusional entre médicos residentes nos hospitais da cidade de Juiz de Fora - MG. **Material e métodos:** Estudo transversal, com aplicação de questionário estruturado a médicos residentes de cinco hospitais da cidade. Foram avaliados o ensino em hemoterapia, a estrutura hospitalar, a prática transfusional individual e a auto avaliação do conhecimento. As respostas foram submetidas a análises descritiva e de associação bivariada e multivariada. **Resultados:** Houve 94 participações, mediana de 27 anos de idade e de 2 anos de formados. Os entrevistados eram 54,2% da área clínica, 20,2% da área cirúrgica, 8,5% da pediatria, 11,7% da ginecologia-obstetrícia e 5,4% da terapia intensiva e anestesiologia. Em relação ao ensino, 20,2% e 41,5% não se recordavam de algum tipo de atividade (mediana de 2 e 0 horas de aula) durante a graduação e residência médica, respectivamente. Três questões avaliavam objetivamente a prática transfusional: indicar a transfusão na impossibilidade de outras abordagens (0 respostas), basear-se na possibilidade de compensação do paciente sem transfusão na hemorragia aguda (27,7%) e postergar procedimentos sempre que possível na anemia crônica (10,6%). Elas não estiveram associadas entre si ou com as universidades, hospitais, áreas médicas ou o tempo de aula. A análise multivariada definiu dois grupos, um deles, N = 29 (30,9%), esteve significativamente mais associado às variáveis alinhadas aos princípios do PBM. Na hemorragia aguda, basear-se na estimativa de volume perdido ($\chi^2(1) = 11$, $p = 0,001$), no comprometimento hemodinâmico e na tolerância individual ($\chi^2(1) = 5$, $p = 0,029$), na possibilidade de compensar por método sem transfusão ($\chi^2(1) = 6,2$, $p = 0,013$), utilizar técnicas para conter sangramento ($\chi^2(1) = 13$, $p < 0,001$) e considerar o histórico transfusional e de reações ($\chi^2(1) = 65$, $p < 0,001$). Na anemia crônica, considerar o histórico de sangramentos do paciente ($\chi^2(1) = 38$, $p < 0,001$), priorizar o diagnóstico e tratamento específico da anemia ($\chi^2(1) = 7,6$, $p = 0,006$), basear-se em sinais de descompensação ($\chi^2(1) = 5,8$, $p = 0,016$), postergar procedimentos sempre que possível ($\chi^2(1) = 8$, $p = 0,009$), considerar o histórico transfusional e de reações ($\chi^2(1) = 40$, $p < 0,001$) e solicitar a concordância do paciente explicando os riscos e benefícios ($\chi^2(1) = 42$, $p < 0,001$). **Discussão e conclusão:** A maioria dos residentes (69,1%) não estiveram alinhados com os princípios do PBM. A formação em hemoterapia parece