

aumentou a confiança na prescrição adequada, permitindo maior personalização, uso de hemocomponentes modificados e redução de riscos como aloimunização, DECH e reações febris. A ferramenta PDSA foi eficaz na reorganização dos fluxos transfusionais, promovendo maior adesão às modalidades adequadas. A mudança no perfil das requisições reflete um cuidado mais seguro e personalizado ao paciente, além de maior eficiência operacional da agência transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105876>

ID – 1075

ANÁLISE DO DESCARTE DE HEMOCOMPONENTES NO HEMOVIDA DE BAURU, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2021 A MAIO DE 2025

AC Reame Betim, A Trombini Rodrigues,
CM Soares Assato, TC Freitas,
L Tadei de Marqui, G dos Santos Dias

Hemovida - Hematologia e Hemoterapia de Bauru Ltda., Bauru, SP, Brasil

Introdução: O processo produtivo dos hemocomponentes apresenta custo elevado, uma vez que exige mão de obra especializada e uso de tecnologia de ponta, seguindo protocolos que priorizam a qualificação técnica, a qualidade do produto final e a segurança transfusional. Nesse contexto, o descarte de hemocomponentes não conformes torna-se obrigatório, conforme determina a Portaria nº 158 de 04/02/2016 do Ministério da Saúde. Contudo, uma parcela considerável desses hemocomponentes é descartada por outros motivos, o que representa perdas significativas para os serviços de hemoterapia. **Objetivos:** Avaliar as principais causas de descarte de hemocomponentes no serviço de hemoterapia da instituição Hemovida de Bauru, no período de janeiro de 2021 a maio de 2025, a fim de otimizar as técnicas e procedimentos implantados. **Material e métodos:** Foi realizado um estudo retrospectivo e descritivo, com base nos dados registrados pelo sistema RealBlood, no período de janeiro de 2021 a maio de 2025. Foram considerados o número total de doações (21.714), a quantidade de hemocomponentes produzidos (62.618) e os principais motivos de descarte, classificados conforme o tipo de hemocomponente. **Resultados:** A análise dos dados revelou o descarte de 24.401 de hemocomponentes, correspondendo a 38,96% do total produzido. Dentre esses, o plasma fresco congelado apresentou a maior taxa de descarte, com 29,18%, sendo a principal causa os ajustes de estoque, mesmo considerando sua validade prolongada. O concentrado de hemácias registrou 1,37% de descarte, principalmente devido à sorologia reagente. A principal causa do descarte do concentrado de plaquetas foi o vencimento, com 7,30%. O crioprecipitado e o sangue total apresentaram as menores taxas de descarte: 0,64% dos crioprecipitados, por controle de qualidade, e 0,47% do sangue total, por volume insuficiente. **Discussão e conclusão:** Os dados revelaram que o plasma fresco congelado corresponde à maior parte dos descartes, representando 29,18% do total de 38,96%, principalmente por ajustes de estoque, reflexo da baixa demanda e da

necessidade de controle de armazenamento e validade. Esse cenário evidencia a necessidade de estratégias mais eficazes de gestão de estoque e previsão de demanda. O descarte por sorologia reagente em concentrado de hemácias reforça a importância de uma triagem clínica rigorosa, enquanto a curta validade do concentrado de plaquetas exige logística eficiente para garantir seu uso oportuno. Os baixos índices de descarte de crioprecipitado e sangue total apontam conformidade com os protocolos institucionais. Conclui-se que a identificação das causas de descarte constitui uma ferramenta essencial para orientar melhorias nos processos de triagem, produção, armazenamento e distribuição, otimizando o uso dos hemocomponentes e reduzindo perdas nos serviços de hemoterapia. **Referências:** Portaria nº 158, de 4 de fevereiro de 2016; Cantão NM, Maciel ACE, Garcia MN, et. al. AVALIAÇÃO DAS CAUSAS DE DESCARTE DE HEMOCOMPONENTES PROCESSADOS NO HEMONÚCLEO DO HOSPITAL DE BASE BAURU - FAMESP, no período de junho de 2013 a junho de 2014. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, p.246, out 2014; Assato, CM, Cantão, NM, Rodrigues, AT, et. al. Prevalência e Efetividade do Voto de Auto Exclusão (VAE) de doadores de sangue no Banco de Sangue HEMOVIDA de Bauru – SP. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, v. 45, p.649-650, out 2023.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105877>

ID – 757

APLICAÇÃO DA METODOLOGIA 5S COMO ESTRATÉGIA DE QUALIDADE NO CENTRO DE HEMOTERAPIA DE SERGIPE (HEMOSE): IMPACTOS NA ORGANIZAÇÃO SETORIAL

W Santana Teles, O Souza Rezende,
C Marques de Souza Neto, FKFO Fraga Oliveira,
AP Paula Barreto Prata Silva Barreto,
RD Lopes Santos Santos,
RDO Fontes Farrapeira, D Abílio

*Centro de Hemoterapia de Sergipe (HEMOSE),
Aracaju, SE, Brasil*

Introdução: A excelência nos serviços de saúde exige não apenas competência técnica, mas também ambientes organizados, funcionais e sustentáveis. Nesse contexto, a metodologia 5S destaca-se como uma ferramenta de gestão da qualidade voltada à otimização de processos, melhoria do ambiente de trabalho e promoção da disciplina organizacional. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo avaliar os resultados da implementação da metodologia 5S nos principais setores do Centro de Hemoterapia de Sergipe (HEMOSE), no primeiro semestre de 2025, com ênfase na melhoria da organização, limpeza, padronização e eficiência das atividades operacionais. **Material e Métodos:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e quantitativa, conduzido pela Assessoria da Qualidade do HEMOSE, envolvendo os seguintes setores: Captação, Coleta, Laboratório de Imuno-Hematologia do Doador e Receptor, Laboratório de Produção e Dispensação, Laboratório de Sorologia e Laboratório de Apoio e Transfusão. A intervenção consistiu na realização de palestras de sensibilização sobre os princípios da metodologia 5S, seguidas da aplicação

de um roteiro de inspeção padronizado para avaliação de práticas relativas ao senso de utilização, ordenação, limpeza, padronização e autodisciplina. A pontuação foi atribuída com base em critérios objetivos, variando de 0 a 5 pontos por setor. Os resultados obtidos a partir da avaliação dos setores demonstram não apenas a adoção formal da metodologia 5S, mas uma incorporação efetiva de seus princípios no cotidiano institucional do HEMOSE. A média elevada de pontuações, todas acima de 4,6; revela um cenário de alta maturidade organizacional, no qual os gestores e colaboradores não apenas compreenderam os fundamentos da metodologia, como também os integraram às suas rotinas práticas. O destaque para o Laboratório de Produção e Dispensação, que alcançou a notável pontuação de 4,9 em uma escala de 0 a 5, merece consideração especial. **Discussão e conclusão:** A presença de palestras de sensibilização foi decisiva nesse processo, pois facilitou o alinhamento conceitual entre os diferentes setores e fortaleceu o senso de pertencimento e responsabilidade. Como apontam Lima et al. (2024), o sucesso da metodologia 5S está profundamente relacionado à capacidade de mobilização humana, mais do que à intervenção estrutural. No HEMOSE, a elevação dos resultados em todos os setores demonstra que essa mobilização foi bem-sucedida e transformadora. OA aplicação da metodologia 5S no Centro de Hemoterapia de Sergipe demonstrou resultados expressivos em todos os setores analisados, promovendo ambientes mais organizados, seguros e produtivos. A estratégia mostrou-se eficaz não apenas na dimensão técnica, mas sobretudo na mobilização dos profissionais em torno de uma cultura organizacional pautada na excelência e na responsabilidade coletiva. Recomenda-se a continuidade das inspeções periódicas e a expansão do modelo para outros setores da instituição.

Referências:

- R A, Costa DF, Bezerra JML. Aplicação do 5S em ambientes laboratoriais de saúde: reflexos na qualidade e segurança. *Revista Gestão em Saúde*. 2024;16(2):45-52.
- Nogueira MA, Silva CR. Cultura organizacional e gestão da qualidade: uma análise da implementação do 5S em serviços hospitalares. *Cadernos de Administração em Saúde*. 2024;20(1):33-41.
- Araújo LC, Matos FJ. Metodologia 5S: um estudo de caso na área de hemoterapia pública. *Revista Brasileira de Qualidade em Saúde*. 2024;12(3):112-119.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105878>

ID – 1138

APLICAÇÃO DO ALERTA INSTITUCIONAL NO GRUPO GSH

LF Figueiredo Dalmazzo, RC Trabanca,
AC Coelho Cordon Azevedo,
VMdOF Matos de Oliveira Fernandes,
T da Silva Claudio, L Lemos Pereira,
R Santana do Carmo, J Yuri Santos Silva,
SDP Dill Pedro, FC Lourenço Américo

Grupo Gestor de Hemoterapia – Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

Introdução: A Gestão Integrada da Qualidade compartilha periodicamente no Grupo GSH, Alertas com base nas notificações de ocorrência realizadas no ano vigente. Esses alertas são importantes para a segurança do paciente e doador e melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, permitindo a identificação de falhas nos processos e a implementação de medidas corretivas. **Objetivos:** Contextualizar a estruturação e aplicação do boletim informativo, um canal educativo, viabilizando o nivelamento das unidades e implantação de novas ações preventivas, de forma corporativa. **Material e métodos:** Revisão dos Alertas divulgados via e-mail e arquivados na Rede da Qualidade do GSH, estabelecendo a linha histórica do instrumento desde sua criação em 2019, evidenciando a evolução do Alerta no Grupo GSH. **Resultados:** O memorando foi criado no Word, sendo estruturado pelo título e resumo do episódio; classificação da ocorrência com a citação do processo, perigo e barreira relacionado (vinculado ao mapeamento da unidade o FMEA – Análise de Modos de Falha e Efeitos); apresentação dos fatores contribuintes através do Ishikawa somado ao plano de ação desenvolvido, com ocultação da identificação da unidade e características dos envolvidos. Finalizado com o lembrete de dois pontos: a importância de registrar as notificações, pois entendemos que podemos melhorar a partir das experiências e análises derivadas delas; e a checagem dos procedimentos envolvidos com as ocorrências apresentadas, bem como a implantação das ações de forma preventiva, fortalecendo as barreiras já existentes. O critério de elegibilidade na seleção das notificações para exposição é mediante ao seu potencial impacto (no âmbito doador/paciente, cliente e GSH), e ao nível de reincidência regional ou nacional. Esse levantamento é feito pela equipe da Qualidade, mediante aos registros no sistema SA Interact, módulo Occurrence Manager. Em 2025 foi incluído no escopo do Alerta o QR CODE do documento correspondente ao eixo de procedimento detectado na investigação da causa raiz da ocorrência, reforçando a leitura na íntegra do documento base, bem como sua aplicação na rotina da unidade. Além disso, houve alteração na frequência de divulgação do Alerta, de trimestral para mensal, favorecendo os momentos de alinhamento pontual e dinâmico com a equipe técnica, havendo o registro dessa integração, um requisito obrigatório, verificado nas auditorias internas do Grupo. Até julho/25 já foram vinculados ao Alerta Institucional, 53 ocorrências com média de 3 ações em cada, totalizando 159 ações corretivas locais sendo convertidas em ações preventivas institucionalizadas. **Discussão e conclusão:** É notório a disseminação das informações ao abordar a equipe técnica, eles reconhecem e compreendem a possibilidade da ocorrência dar-se em seu plantão. Por isso comprovamos que o Alerta proporciona a reflexão para o refinamento e nivelamento dos riscos mapeados no FMEA; as barreiras preventivas efetivas, estas de conhecimento dos profissionais e praticadas habitualmente por todos e da acessibilidade desses documentos de base teórica disponível nas unidades. A exposição da falha, de fato é um alerta que promove a unificação do conhecimento, para fortalecimento da segurança no processo de maneira institucional, diante da adversidade vivenciada extraindo o aprendizado. Corroborando a multiplicação de processos corretos com respaldo teórico documental interno, mantendo um padrão único que alcança