

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

todos os pontos previamente mapeados e mitigados, progredindo de forma consciente e intencional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105879>

ID – 157

ASSISTÊNCIA HEMOTERÁPICA SEGURA: A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA CONTÍNUA

LPDS Facin^a, AG Paulucci^a, JNRD Paula^a, SLM Rodrigues^a, B Leme^a, LCB Ferreira^a, AFT Fernandes^a, LO Firmino^a, ÊL Damaso^b

^a Maternidade Santa Isabel, Bauru, SP, Brasil

^b Faculdade de Medicina de Bauru da Universidade de São Paulo, Bauru, SP, Brasil

Introdução: A educação permanente é uma estratégia fundamental para a qualificação dos profissionais envolvidos na Hemoterapia, uma vez que conhecimentos técnicos, protocolos atualizados e habilidades específicas são necessários para assegurar o manejo dos hemocomponentes - desde seu armazenamento, execução de exames e liberação, até sua administração correta e segura. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi a avaliação da aplicação de ferramentas educacionais no âmbito da Hemoterapia em uma maternidade pública do interior de São Paulo. **Material e métodos:** A Agência Transfusional atuante na unidade hospitalar é um serviço de pequeno porte (média de 60 transfusões mensais) e monitora, por meio de indicadores, as falhas de processo (identificação de amostras biológicas, conformidade de solicitações de transfusão e registros transfusionais e não conformidades no preparo e liberação de bolsas). Com o apoio do setor interno de educação permanente e com base nos protocolos instituídos e normas atualizadas, as atividades educacionais tiveram seu início em Janeiro de 2023 e foram aqui relatadas aquelas que ocorreram até Junho de 2025, uma vez que as ações não se concentraram somente neste período. Seis questionários virtuais foram aplicados no período e abordaram, por exemplo, informações sobre os registros transfusionais, tempo de transfusão, manejo da bolsa de hemocomponente, identificação de amostras biológicas, reações transfusionais e práticas de segurança do paciente. **Resultados:** Em média, 87 pessoas participaram de cada edição (correspondente a 35% de abrangência da equipe assistencial - enfermeiros e técnicos de enfermagem). O tempo de disponibilização dos links para aceite de respostas teve média de 21 dias e uma média de 67,3% dos participantes obtiveram 100% de acerto. Observou-se que o monitoramento contínuo das falhas, baixa adesão da equipe e das informações coletadas pelos questionários direcionaram para a adoção de outras estratégias, como a elaboração de informativos disponibilizados de forma digital aos setores, bem como realização de treinamentos in loco para cada tema lançado e a afixação de avisos coloridos nas bolsas de hemocomponentes liberados. Essas estratégias adicionais abordaram temas como monitoramento, tempo máximo de transfusão, identificação de amostras, registros transfusionais e atenção para sinais e sintomas sugestivos de

reação transfusional. A partir das falhas e fragilidades detectadas, instituiu-se também a prática do monitoramento do transcorrer de cada transfusão, realizada pela equipe da Agência Transfusional, e a reprogramação dos treinamentos gerais para atualização dos profissionais - antes anual, passaram a ocorrer a cada quatro meses. Foram realizados ainda treinamentos voltados para a prática da segurança transfusional e eventos adversos. Com a implantação das ferramentas, observou-se maior adesão da equipe aos treinamentos (acima de 80%), redução significativa das falhas de preenchimento dos registros transfusionais, aumento no número de amostras com identificação correta e não se verificou a recorrência de falhas graves, como transfusões com duração superior a 4 horas. **Discussão e conclusão:** Há necessidade de traçar, rotineiramente, planos estratégicos adaptáveis de mobilização profissional para a realização e manutenção de estratégias educativas. Investir continuamente em treinamentos contribui diretamente para a qualificação dos serviços e promoção do cuidado seguro e eficaz ao paciente. **Referências:** MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 5 de 28 de setembro de 2017.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105880>

ID – 2751

ATUAÇÃO DO SERVIÇO DE HEMOTERAPIA NO FORTALECIMENTO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM HOSPITAIS DE ALTA COMPLEXIDADE

REdAE de Almeida, KAd Motta, ECG Venezia, JdFmd Costa, F Akil

Grupo Gestor de Hemoterapia – Grupo GSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução: A segurança do paciente em hospitais envolve riscos relacionados à natureza complexa da assistência prestada e a medicina transfusional envolve muitas oportunidades ao erro humano. **Objetivos:** Avaliar as ocorrências de desvios e tratativas relacionadas à assistência transfusional em três hospitais privados na cidade do Rio de Janeiro, atendidos pelo Grupo Gestor de Hemoterapia – GSH – no período de janeiro a julho de 2025. **Material e métodos:** Estudo observacional retrospectivo a partir de notificações de não conformidades extraídas do Sistema de Gestão Hemoterápica Interact/SAS/GSH e levantamento de dados relacionados à classificação do risco assistencial e ações assumidas para aplacar recorrência. Os casos foram analisados e qualificados conforme a taxonomia da Classificação Internacional de Segurança do Paciente: Erro, Dano, Risco, Incidente, Circunstância Notificável, Near miss, Incidente sem lesão e Evento adverso. **Resultados:** No período de janeiro a julho de 2025, foram alcançadas 23 notificações, sendo 20 (87%) relacionadas a erro assistencial, sendo em maior frequência em pacientes cirúrgicos (60%) e envolvendo a reserva cirúrgica. Em 13% do total de ocorrências notificáveis, o erro se atribui a desvio na execução de processos dentro do Serviço de Hemoterapia (SH). Quanto à classificação, 18 (78,3%) foram