

demandas por sangue raro, garantindo mais agilidade, eficiência, transparência e equidade no cuidado ao paciente.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106001>

ID – 605

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE UM CHECKLIST PARA QUALIFICAÇÃO DO ATO TRANSFUSIONAL E SEGURANÇA DO PACIENTE

S Nogueira Fernandes Belchior^a,
F Fernandes Galvão Rodrigues^b

^a Centro de Hematologia e Hemoterapiado Ceará (HEMOCE), Crato, CE, Brasil

^b Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (UNILEÃO), Juazeiro do Norte, CE, Brasil

Introdução: O cumprimento das boas práticas no ato transfusional é primordial para a segurança do paciente. Diante disso, a utilização de listas de verificação, tipo checklist, auxilia os profissionais de saúde na execução das etapas transfusionais, se consolidando como barreira de segurança para que os processos sejam realizados sem negligenciar nenhuma etapa e erros sejam prevenidos sem danos para o paciente. **Objetivos:** Desenvolver e validar um checklist para qualificação do ato transfusional e segurança do paciente. **Material e métodos:** Trata-se de estudo metodológico, que se refere ao desenvolvimento e validação de instrumentos, que são avaliados e validados de maneira a se obter versão final bem elaborada e precisa, com a finalidade de ser utilizada por profissionais de saúde e pesquisadores. O desenvolvimento do checklist, foi baseado em buscas na literatura científica. Para a caracterização dos participantes da pesquisa foi utilizado um questionário sociodemográfico e posteriormente o checklist desenvolvido foi submetido à validação de conteúdo por comitê de enfermeiros, que atuam na Hemorrede do Ceará. Em cada item do checklist, foi avaliada a clareza e a relevância, utilizando a escala de Likert para mensuração. A validade do conteúdo do instrumento foi medida por meio do Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada item do instrumento e IVC global referente a média de todos os itens, com nível de concordância mínima de 0,80. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, respeitando a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob parecer 6.640.875. A amostra foi composta por doze enfermeiros, com experiência na área da hemoterapia e que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** Quanto ao gênero dos participantes da pesquisa prevaleceu o sexo feminino com percentual de 91,67%. O intervalo de idade dos enfermeiros variou de 25 a 54 anos, a maioria tinha o título de especialista na área da enfermagem, com atuação no ciclo do sangue, principalmente no ambulatório de transfusão e na hemovigilância. O checklist foi constituído de 51 itens, com quesitos referentes às diferentes etapas do ato transfusional (pré-transfusional, transfusional e pós-transfusional). Na validação realizada pelos enfermeiros, todos os quesitos obtiveram IVC >0,80 e IVC global de 0,96, implicando que o

checklist é claro e relevante para ser utilizado como instrumento de verificação e monitoramento das etapas do ato transfusional. **Discussão e conclusão:** A validação do checklist para a qualificação do ato transfusional e segurança do paciente é de extrema importância, pois proporciona ferramenta sistemática que padroniza os cuidados em todas as etapas do processo transfusional.

Referências:

- Almeida, Priscila Portes; Moura, Gerusa Gonçalves. Avaliação dos profissionais de enfermagem sobre a cultura de segurança: um estudo em um hospital público de Minas Gerais. *Vigilância Sanitária em Debate*, v. 11, e02077, 2023. DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269X.02077>.
- Alencar, Roberto Pereira et al. Avaliação do conhecimento do enfermeiro sobre hemotransfusão em um hospital de referência em trauma. *Rev. Ciente. Esc. Estadual Saúde Pública de Goiás Cândido Santiago*, p. 9f6-9f6, 2023.
- Bezerra, Carolina Martins et al. Creation and validation of a checklist for blood transfusion in children. *Rev. bras. Enferm*, v.71, p. 3020-3026, 2018.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106002>

ID – 2923

DETECÇÃO DE FENÓTIPO AEL COM ANTI-A1 EM DOADORA COM VÁRIAS TIPAGENS COMO “O”

AR Silva^a, APL Mota^b, LC Schmidt^a

^a Fundação HEMOMINAS, Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: O sistema ABO foi reportado em 1900 por Karl Landsteiner e representa o principal sistema de grupo sanguíneo na medicina transfusional. Possui 4 antígenos (A, B, AB, A1) e 4 principais interpretações fenotípicas: “A”, “B”, “AB” e “O”. Embora raros, subgrupos com fraca expressão de A ou B nas hemácias são uma das mais importantes causas de discrepância na tipagem ABO nos testes pré-transfusionais de doadores e podem levar à incorreta rotulagem ABO de bolsas de sangue e a reações transfusionais graves. Este relato de caso tem como objetivo elucidar como foi detectado o fenótipo Ael em uma doadora com várias classificações anteriores como “O”. **Descrição do caso:** Doadora ATLL, sexo feminino, foi tipada como grupo sanguíneo “O” em oito doações consecutivas, utilizando soro anti-A e anti-B na prova direta e hemácias A1 e B na prova reversa. Na 9ª doação, foi novamente classificada como “O” positivo. Durante a seleção de amostras para testes internos de controle da qualidade, empregando-se hemácias A1, A2 e B na prova reversa, identificou-se divergência entre as provas direta e reversa. A prova direta não apresentou reatividade, enquanto a prova reversa mostrou aglutinação com hemácias A1 e B, mas não com hemácias A2. Realizou-se teste de adsorção/eluição com soro

anti-A, que detectou a presença do antígeno A nas hemácias da doadora, confirmando o fenótipo Ael. Como hemácias A2 não são rotineiramente utilizadas na tipagem ABO de doadores, o fenótipo Ael, quando associado à presença concomitante de anti-A1, pode passar despercebido. Nesses casos, a concordância aparente entre as provas direta e reversa leva à classificação incorreta como grupo “O”. A inclusão de hemácias A2 na tipagem reversa poderia aumentar a especificidade da classificação ABO e auxiliar na detecção de anticorpos irregulares. No entanto, essa medida implicaria na elevação de custos, o que dificulta sua implementação na rotina laboratorial. Por outro lado, a classificação equivocada de um doador Ael como “O” pode resultar em reações transfusionais graves, reforçando a importância da vigilância laboratorial e de protocolos que permitam identificar esses fenótipos raros. **Conclusão:** O fenótipo Ael com presença de anti-A1 somente foi identificado quando hemácias A2 foram incluídas na prova reversa da tipagem ABO. Este achado reforça a importância de procedimentos de tipagem mais abrangentes para garantir a correta classificação sanguínea, prevenindo erros de rotulagem e, consequentemente, possíveis reações transfusionais graves.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106003>

ID - 577

DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL (DHRN) POR INCOMPATIBILIDADE ANTI-C(RH4): É PRECISO PENSAR ALÉM DO ANTI-D?

A Szulman, SV Rossi, APML Vargas,
HdPF Costa, WNC Junior, FL Lino

Hospital do Servido Público Estadual Francisco
Morato de Oliveira (HSPE/FMO), São Paulo, SP,
Brasil

Introdução: A DHRN é caracterizada pela destruição das hemácias fetais/RN por Anticorpos (Ac) IgG maternos que atravessam a placenta. Clinicamente ocorre uma anemia de padrão hemolítico pela incompatibilidade sanguínea entre mãe/RN, geralmente por Ac do sistema ABO ou RH. Mas, outros sistemas sanguíneos (Kell, Kidd, Duffy, MNS, Diego) podem estar envolvidos. Quanto ao RHCE, apesar de incomum, Ac Anti-E e/ou anti-c podem levar a quadros hemolíticos graves. Relatamos 2 casos de DHRN por Anti-c. **Descrição do caso:** Caso 1: RN a termo, M, cesárea, 3225g, Apgar 9; Mãe: A RHD+ R1r, Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI): positiva (POS) 3+. Com 7 horas de vida, RN apresentou icterícia (zona II). Exames: Hb13, HT39, Reticulócitos (RT) 9%, BT 9,1/BI 8,7; GS: A RHD+ R1R2 Cw-k-; TAD: POS 3+. Painel de hemácias identificou Ac imunes anti-c (1:8) e anti-E (1:1). Eluato Ácido: Anti-c e Anti-E (IgG). Mesmo em fototerapia, teve queda de HB (9,5) e hiperbilirrubinemia progressiva até BT22. Recebeu CHFIA e Imunoglobulina (IgEv) sem melhora, necessitando de exsanguinotransfusão (EXT). Exames pós-EXT: Hb 16,4, Ht 48,5, RT 1,65, BT 14,2/BI 13,4. Caso 2: RN a termo, M, cesárea, 2645g, Apgar 9; Mãe: O RHD+ R1R1, PAI POS 2+. Painel de hemácias mostrou anti-c (1:258). Com 12-horas de vida, RN apresentou icterícia neonatal

(zona II), Exames: Hb 12,7, Ht 38, RT 8,8, BI 6,8/BT 7,4; GS: O RHD+ R1r; TAD: POS 4+; Eluato Ácido: POS 2+ com presença de anti-c (IgG). A BT atingiu 12,7. Iniciou fototerapia e foi submetido a EXT. Exames pós-EXT: Hb 14,5, Ht 45, RT 2,7, BT 5,5/BI 4,9. Ambos casos evoluíram bem. **Discussão:** O sistema Rh é a principal causa de DHRN grave, sendo altamente imunogênico e clinicamente relevante. Apesar da profilaxia anti-D, a aloimunização materna ainda ocorre em 1,5% das gestações. Antígenos (Ag) menores do sistema Rh (C/c/E/e) são responsáveis por 4% dos casos, podendo se apresentar desde formas subclínicas até quadros graves (hidropsia fetal) com anemia e hiperbilirrubinemia significativas. A frequência do Ag c é de 80% em caucasianos. Há um número limitado de casos de incompatibilidade reportados. A presença do Anti-c com ou sem o Anti-E é encontrado em aproximadamente 0,7/1000 gestações. Apesar de subestimada, a DHRN por anti-c pode ser tão grave quanto aquela por anti-D. A aloimunização anti-c pode ocorrer após exposição a antígenos eritrocitários fetais de origem paterna, o que pode passar despercebido em mães RhD+. O risco de imunização pelo Ag c é menor que o Ag D e sua confirmação pode ser mais difícil devido (1) 40%-50% das gestantes com anti-c são imunizadas por transfusão e podem ter baixo título e (2) RN c-pos podem ter TAD NEG e o diagnóstico deve ser feito pelo combo Eluato (RN)/PAI (mãe). O tratamento depende da gravidade clínica e da hiperbilirrubinemia, podendo incluir fototerapia, IgEv, transfusão e EXT. Nossos casos mostraram que a hemólise pode ser precoce e significativa, independentemente do título. **Conclusão:** A DHRN por anti-c pode ter curso grave e demandar intervenção rápida e intensiva. O rastreamento de Ac eritrocitários irregulares deve ser realizado rotineiramente, mesmo em gestantes RHD+. A detecção precoce permite o monitoramento fetal adequado e a melhora do prognóstico neonatal.

Referências:

Lieberman L et al. Hemolytic disease of the fetus and newborn due to Rh(C) alloimmunization: a case series and literature review. *Transfusion* 2015;55(11):2650–2655. Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretrizes para Manejo da Icterícia Neonatal. Departamento de Neonatologia. 2019.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106004>

ID – 480

ECTASIA VASCULAR DO ANTRO GÁSTRICO (GAVE) EM ADOLESCENTE: DESAFIO DIAGNÓSTICO E IMPORTÂNCIA DA TERAPIA TRANSFUSIONAL NO SUPORTE AO TRATAMENTO ENDOSCÓPICO

EFG dos Santos, PMN Teixeira, ECRG Batalini,
JC Gazola

Santa Casa de Ourinhos, Ourinhos, SP, Brasil