

Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo, São Gonçalo, RJ, Brasil

Introdução: O município de São Gonçalo (RJ), com cerca de 960 mil habitantes, implantou um modelo inovador de assistência hemoterápica ao descentralizar a realização de transfusões de hemocomponentes para Unidades Municipais de Pronto Atendimento (UMPAs). A estratégia buscou reduzir a sobrecarga do Pronto Socorro Central Dr. Armando Gomes de Sá Couto (PSC), unidade de referência frequentemente superlotada, e otimizar o fluxo assistencial. A implementação foi fundamentada na legislação municipal vigente, nas normas da ANVISA e nas diretrizes nacionais de hemovigilância, assegurando qualidade e segurança no processo transfusional. **Objetivos:** Descrever a experiência de descentralização das transfusões do PSC para as UMPAs de São Gonçalo, avaliando seu impacto na redistribuição da demanda e na redução da sobrecarga hospitalar. **Material e métodos:** Estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, analisando a descentralização transfusional do PSC para as UMPAs. O processo incluiu elaboração de documentos normativos (Termo de Compromisso Interinstitucional, Contrato de Interação e Procedimentos Operacionais Padrão), alinhados à legislação sanitária. As equipes receberam capacitação obrigatória baseada no Manual de Hemovigilância, contemplando biossegurança, transporte e armazenamento de hemocomponentes, identificação do receptor, manejo de reações e retrovigilância. Criaram-se Comitês Transfusoriais nas UMPAs e reestruturou-se a logística de transporte, substituindo ambulâncias por motoboys treinados nos parâmetros de tempo e temperatura, conforme a RDC n° 34/2014. Instituiu-se programa de Educação Continuada e estratégias de captação ativa de doadores para fortalecimento do Hemonúcleo local. **Resultados:** A descentralização transfusional para UMPAs mostrou-se viável e segura, desde que respaldada por regulamentação clara, treinamento qualificado e logística eficiente. A experiência demonstra que, sob protocolos rigorosos, é possível ampliar o acesso a procedimentos transfusionais sem comprometer a segurança, contribuindo para desafogar unidades de referência e otimizar a gestão de recursos hemoterápicos, em consonância com os padrões da ANVISA e da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia. **Discussão e conclusão:** A implantação do modelo descentralizado de transfusões nas UMPAs de São Gonçalo/RJ representa uma estratégia efetiva para a melhoria da rede de urgência e emergência, garantindo qualidade assistencial, fortalecendo a hemovigilância e promovendo maior eficiência na utilização de recursos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106021>

ID – 912

INCIDÊNCIA DE ALOIMUNIZAÇÃO NÃO RHD APÓS TRANSFUSÃO DE CONCENTRADOS DE PLAQUETAS

B Alencar, J Freitas, V Soares, M Moraes

Grupo Gestor de Hemoterapia – Grupo GSH, Brasília, DF, Brasil

Introdução: As plaquetas não expressam antígenos dos sistemas Rh, Kell, Kidd, Duffy, MNS ou Lutheran. Contudo, a aloimunização após transfusão de plaquetas já foi bem documentada e deve ser causada pelas hemácias residuais. A aloimunização RhD é descrita em literatura com uma incidência de 0%–7% e já possui protocolos de conduta definidos. Contudo, os antígenos c, C, e e E são menos imunogênicos e poucos casos são descritos em relação a aloimunização por plaqueta. **Objetivos:** Avaliar a incidência e o perfil dos pacientes que desenvolveram aloimunização não RhD por transfusão de concentrados de plaquetas. **Material e métodos:** Realizado estudo retrospectivo, a partir da análise do prontuário, dos pacientes que apresentaram Pesquisa de Anticorpos Irregulares (PAI) com identificação positivas, nos hospitais atendidos pelo Banco de Sangue do Grupo GSH em Brasília, de junho/2022 a maio/2025. Dentre esses, foram selecionados os pacientes com anticorpos não RhD e que receberam apenas concentrados de plaquetas e/ou concentrados de hemácias negativas para os anticorpos identificados. **Resultados:** Dentre os 557 pacientes que apresentaram PAI positivo, 10 preencheram os critérios para o estudo (1,79%), sendo 50% do sexo feminino e 50% masculino, com idades entre 26 e 78 anos (média 66,9). Os diagnósticos foram: 4 pacientes com doenças onco hematológicas, 3 submetidos a cirurgias cardíacas, 2 com neoplasias de órgãos sólidos e 1 com hemorragia digestiva. Todos receberam transfusão de concentrados de plaquetas randômicas (min 3, max 60, média 23) e 6 receberam também concentrados de plaquetas por aférese (min 1, max 6, média 1). Dentre os 10 pacientes, 7 receberam também transfusão de concentrados de hemácias, contudo, negativas para os anticorpos identificados. Foi observada a presença de múltiplos anticorpos em 50% dos casos, com a seguinte ordem de prevalência: anti-E (8); anti-C (3) e anti-K (2). **Discussão:** No banco de sangue de Brasília, todos os doadores são fenotipados para Rh e Kell, tornando possível a análise dos fenótipos dos CPDI transfundidos. Avaliar o risco de aloimunização por plaquetas e identificar um perfil de pacientes com maior risco possibilitaria avaliar o custo benefício de transfusão de plaquetas fenotipadas em casos específicos. Nosso estudo confirma os dados da literatura, que a aloimunização não RhD por plaquetas é rara, mas pode ocorrer, sendo mais frequente após transfusão de plaquetas randômicas. A prevalência dos aloanticorpos também está de acordo com a literatura: E>C>K. Contudo, para avaliar o risco da aloimunização por plaquetas é necessário excluir pacientes que receberam concentrados de hemácias não fenotipados, o que reduz significativamente a população de estudo. Sendo assim, nossa população de estudo é muito pequena, não sendo representativa do montante de pacientes transfundidos ou aloimunizados. Novos estudos, randomizados, com uma maior população de pacientes, são necessários para avaliar o impacto dessa aloimunização no futuro transfusional desses pacientes, principalmente, para populações de risco como pacientes candidatos a transplantes. **Conclusão:** A aloimunização não RhD após transfusão de plaquetas é rara, mas possível. Mais estudos, randomizados, com maior número de pacientes, irão permitir avaliar a necessidade e custo benefício de intervenção, visando a profilaxia da aloimunização não RhD por plaquetas em casos específicos. Até lá, a implantação de medidas para redução da contaminação por hemácias devem ser reforçadas.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.106022>