

PACIENTE CRÍTICO: SEGURANÇA EM TERAPIA TRANSFUSIONAL MEDIANTE LISTA DE VERIFICAÇÕES

CRITICAL PATIENT: SAFETY IN TRANSFUSION THERAPY BY CHECKLIST

Amanda Paula Gurgel¹
Verônica Silva de Melo¹
Janaina Silva Leitão¹
Rita Mônica Borges Studart²
Isabela Melo Bonfim²
Islene Victor Barbosa²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a segurança do paciente crítico em terapia transfusional por meio de uma lista de verificações. **Material e Métodos:** Estudo observacional transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Unidade Pós-operatória de Alta Complexidade (UPAC) de um hospital público terciário, localizado em Fortaleza-Ceará. As variáveis do estudo foram: idade, sexo, tipo de transplante, período de transfusão, hemocomponente transfundido, registro e horário dos sinais vitais, - Registro da quantidade de bolsas infundidas, Registro/ evolução de hemovigilância, Reação transfusional, Etiqueta de identificação do hemocomponente, registro do recebimento do hemocomponente e do responsável pela transfusão. Os resultados foram organizados em tabelas no programa Word do Windows XP Profissional, interpretados e fundamentados com base na literatura pertinente à temática. **Resultados:** 53,6% transfusões do sexo masculino, seguido de 46,3% do sexo feminino. Hemocomponentes transfundidos: concentrado de hemácias (38,1%), plasma (33,6%), concentrado de plaquetas (15,4%), crioprecipitado (10%) e buffy coat (2,7%). Registro dos sinais vitais: temperatura 62,7%, pressão arterial: 68,2%, frequência cardíaca: 56,4% e frequência respiratória em 57,3%. Em relação ao tempo do registro dos sinais vitais, 47,3% antes do início da transfusão, 20,9% tinham registro 15 minutos após o início e 30,9% ao término. 106 transfusões apresentavam registro da quantidade de bolsas infundidas. Registro de hemovigilância: 17,3%. 1 reação transfusional. Identificação do hemocomponente: 87,3%. Registro do recebimento da bolsa: 25,5%. Registro do responsável pelo procedimento: 75,5%. **Conclusão:** Verifica-se a necessidade de reforçar a importância dos registros por parte dos enfermeiros na unidade em que foi realizado o estudo.

DESCRIPTORES: Enfermagem. Transfusão sanguínea. Segurança do paciente.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the safety of the critical patient in transfusion therapy through a checklist. **Material and methods:** an observational study with a cross-sectional quantitative approach. The research was carried out at the High Complexity Post-operative Unit (UPAC) of a public tertiary hospital, located in Fortaleza-Ceará. The variables of the study were: age, sex, type of transplant, transfusion period, blood transfusion, registry and time of vital signs, - Record of the number of infused pockets, Hemovigilance registry / evolution, Blood transfusion reaction, recording of the receipt of the blood component and the person responsible for the transfusion. The results were organized into tables in the Word program of Windows XP Professional, interpreted and based on the relevant literature. **Results:** 53.6% male transfusions, followed by 46.3% female. Blood transfusions: red blood cell count (38.1%), plasma (33.6%), platelet concentrate (15.4%), cryoprecipitate (10%) and buffy coat (2.7%). Record of vital signs: temperature 62.7%, blood pressure: 68.2%, heart rate: 56.4% and respiratory rate in 57.3%. Regarding the time of vital signs registration, 47.3% before the start of the transfusion, 20.9% had a record 15 minutes after onset and 30.9% at the end. 106 transfusions showed a record of the quantity of infused pockets. Hemovigilance record: 17.3%. 1 transfusion reaction. Identification of blood components: 87.3%. Registration of the receipt of the bag: 25.5%. Registration of the person in charge of the procedure: 75.5%. **Conclusion:** There is a need to reinforce the importance of the nursing records in the unit where the study was conducted.

DESCRIPTORS: Nursing. Blood transfusion. Patient safety.

¹ Enfermeira Graduada pela Universidade de Fortaleza, Pós-graduanda em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade de Fortaleza, Ceará, Brasil.

² Doutora pela Universidade Federal do Ceará e docentes da Universidade de Fortaleza do programa de graduação e pós-graduação (Mestrado) do Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil.

A segurança do paciente encontra-se, intrinsecamente, relacionada à qualidade nos serviços de saúde prestados, sendo assim a unidade de terapia intensiva (UTI) é um local destinado aos cuidados complexos que visa atender de forma segura e livre de danos aos pacientes que precisam de criteriosa atenção objetivando sua melhora clínica^{1,2}.

A ocorrência de eventos adversos (EAs) na assistência à saúde leva a inúmeros agravos aos pacientes como incapacidades, traumas físicos, psicológicos, aumento do tempo de permanência hospitalar, afastamento do convívio social e do trabalho. Para as instituições de saúde, os eventos adversos trazem aumento dos custos, perda da confiança na instituição, assim como, prejuízos morais e organizacionais³.

Estas implicações causadas por práticas inseguras na saúde, fazem com que a questão dos EAs se torne um problema de saúde pública, indicando a necessidade de desenvolvimento de estratégias de monitoramento de erros e melhorias direcionadas à segurança do paciente. Para que sejam implantadas estratégias seguras, em prol da segurança do paciente, é necessário que a equipe de enfermagem esteja inserida na participação do planejamento do cuidado junto as organizações de saúde⁴.

A terapêutica transfusional é um procedimento que potencialmente salva vidas, no entanto, excetuando-se o risco inerente à sua utilização, pode levar o paciente a graves riscos e complicações imediatas ou tardias, quando houver falhas ou atrasos nas etapas deste procedimento. Toda a equipe de saúde deve estar atenta para a correta aplicação da terapia transfusional⁵.

Nos Estados Unidos são estimados por

ano 14.6 milhões de transfusões sanguíneas, no período de 1997 a 2009, a taxa de transfusão mais que duplicou. Em 2014, no Reino Unido, foram registrados 3.668 riscos graves associados à transfusão, dos quais 188 foram resultados de erros de manipulação e armazenamento, 278 devido à transfusão de componente sanguíneo incorreto e 15 mortes⁶.

Em 2012, foram realizadas 3.127.957 transfusões de sangue e hemoderivados no Brasil nos serviços públicos e privados, o que representou acréscimo de 4,9% quando comparado aos números do ano anterior. Desse montante, 2.666.209 aconteceram no ambiente hospitalar⁶.

Outro estudo, aponta que no ano de 2012, o Brasil produziu cerca de 4,2 milhões de componentes provenientes do sangue de doadores voluntários, com aproximadamente 3,5 milhões de procedimentos transfusionais realizados, o que mostra ser essa terapêutica essencial à saúde pública brasileira^{7,8}.

Os efeitos benéficos das transfusões de sangue são observados desde o início do século XIX, período ao qual é atribuída a realização da primeira transfusão de sangue humano. Entretanto, as reações adversas sempre acompanharam de perto o uso dessa terapêutica⁵.

Em algumas situações clínicas, a transfusão pode representar a única maneira de se salvar uma vida, ou melhorar rapidamente uma grave condição. Contudo, antes de se prescrever o sangue ou hemocomponente a um paciente é essencial sempre medir os riscos transfusionais potenciais e compará-los com os riscos que se tem ao não se realizar a transfusão⁵.

Toda transfusão é um transplante, pois sendo o sangue um composto de diferentes células, qualquer hemocomponente infundido

pode gerar reações adversas no sistema imunológico, podendo ocasionar riscos sanitários, inclusive a morte. Uma única gota de sangue quando transfundida, jamais poderá ser retirada do leito vascular de um receptor⁹.

Os incidentes transfusionais classificam-se em imediatos e tardios. Os tardios são relacionados às doenças infecciosas transmitidas pelo sangue que poderão ser diagnosticadas a partir da segunda semana de contaminação. Os imediatos envolvem o sistema imunológico (reações hemolíticas e não hemolíticas) e podem ser diagnosticados nas primeiras vinte e quatro horas após a instalação do hemocomponentes⁹.

Nesse sentido buscou-se contextualizar a assistência dos enfermeiros durante a terapia transfusional destinada ao paciente transplantado internado em uma unidade pós-operatória de alta complexidade, tendo a visão de que as transfusões em transplantados tem suas necessidades devido condição clínica de anemia crônica ou no preparo eletivo para realização de cirurgia.

A transfusão sanguínea é um procedimento com alto grau de risco, seja por técnica errada ou por erros de identificação e reações transfusionais graves, dessa forma o enfermeiro deve ter visão ampliada do sistema de segurança do paciente, dos seus processos e, principalmente, da garantia de segurança e qualidade ao processo que está sob sua responsabilidade.

De acordo com a Resolução nº. 306, de 25 de abril de 2006, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que estabelece a normatização da atuação do enfermeiro em hemoterapia, a qual em todas as Unidades de Saúde onde se realiza o ato transfusional, faz-se necessária a implantação

de uma equipe de enfermagem capacitada e habilitada para a execução dessa atividade, além de estabelecer atividade privativa do enfermeiro como responsável técnico pelo planejamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação de procedimentos de hemoterapia nas unidades de saúde⁹.

A justificativa do estudo reporta-se a ocorrência de eventos adversos constantes e falhas relacionadas à terapia transfusional que acabam comprometendo a segurança do paciente, principalmente, dos pacientes críticos das unidades pós-operatórias de alta complexidade. Ações desenvolvidas que têm o intuito de reduzir os eventos adversos possuem implantação lenta ou, na maioria das vezes, não são implantadas devidamente sendo frequente a não notificação da equipe de saúde das falhas ocorridas.

O estudo ganhou relevância pela contribuição que trouxe no campo da docência/assistência, assim promovendo o enriquecimento da literatura a respeito da temática além de ter possibilitado a criação de estratégias baseadas em evidências e com rápida implementação para diminuição de riscos para os pacientes.

Objetivou-se avaliar a segurança do paciente crítico em terapia transfusional por meio de uma lista de verificações.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal observacional com abordagem quantitativa, com consulta ao prontuário e de aspecto epidemiológico. A pesquisa foi realizada em uma Unidade Pós-operatória de Alta Complexidade (UPAC) que atende pacientes críticos após o transplante de rim, fígado ou pâncreas de um hospital público terciário,

localizado em Fortaleza-Ceará. A UPAC é composta por oito leitos e é especializada no atendimento ao paciente crítico transplantado, crianças e adultos. Critérios de inclusão: foram inseridos no estudo todos os pacientes internados na UPAC que estavam em tratamento transfusional no período de abril a julho de 2017. Como critérios de exclusão os pacientes internados na UPAC que não necessitaram de transfusão e as crianças. Amostra obtida: 110 pacientes. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro semiestruturado, a partir da observação e da consulta aos prontuários, enquanto os pacientes encontravam-se internados na UPAC. A caracterização dos pacientes, como sexo, idade, tipo de transplante, período do transplante, registro dos sinais vitais, reação transfusional e outros constituíram também o instrumento da coleta. Foi utilizado um check list a partir da consulta do prontuário dos cuidados dispensados aos pacientes durante a transfusão sanguínea.

Os resultados foram transcritos e tabulados em uma tabela do programa Word do Windows XP Profissional, submetidos à análise estatística, com enfoque na frequência absoluta e relativa, foram organizados em tabelas, analisados, interpretados e fundamentados com base na literatura pertinente à temática. O estudo foi realizado tendo por base a Resolução nº. 466/2012, que consiste em tratar os indivíduos com dignidade, respeitando sua vontade e defendendo sua vulnerabilidade. A pesquisa faz parte de um projeto guarda-chuva e recebeu aprovação do CEP do referido hospital com número 151775.

RESULTADOS

As características gerais das

transfusões e dos pacientes que foram transfundidos no período encontram-se na tabela a seguir.

Foi evidenciado que dentre a amostra, a indicação de hemotransfusão foi mais realizada ao paciente do sexo masculino. Percebeu-se uma tendência maior para o tratamento nos pacientes com idade entre 48 a 63 anos, seguido dos pacientes com idade entre 16 a 31 anos, 32 a 47 anos, mais de 63 anos e, por último, nos pacientes com faixa etária até 15 anos.

Relacionado ao tipo de transplante realizado foi analisado maior indicação da transfusão em pacientes de transplantes renais com 58,1 %, seguidos os de hepáticos com 40%, e os transplantes mistos hepático e renal com 1,81%, trazendo maiores vantagens no tratamento obtido através da correta indicação clínica, prescrição do componente necessário caracterizando a real necessidade da transfusão sanguínea.

Na proporção dos hemocomponentes mais transfundidos evidenciamos na Tabela 2: concentrado de hemácias (38,1%), plasma (33,6%), concentrado de plaquetas (15,4%), crioprecipitado (10%) e buffy coat (2,7%).

Em estudo realizado, o produto transfusional mais utilizado também foi o concentrado de hemácias (CH), com 49,3% do total, seguido pelo plasma fresco congelado (PFC), com 24,9% e concentrado de plaquetas (CP) com 22,6%¹⁴.

Conforme a Tabela 2, 55,5% das transfusões foram realizadas no POT (pós-operatório tardio), após 24 horas da realização do transplante e 44,5% no POI (pós operatório imediato), nas primeiras 24 horas após o transplante.

Em relação aos sinais vitais, conforme a Tabela 3, foi evidenciado que 35 impressos

Tabela 1. Distribuição do perfil dos pacientes transplantados em uma unidade de alta complexidade e tipos de transplantes. Fortaleza-CE. 2017.

Variáveis	n = 110	%
Idade		
Até 15 anos	1	0,9
De 16 a 31 anos	27	24,5
De 32 a 47 anos	26	23,6
De 48 a 63 anos	47	42,7
Mais de 63 anos	9	8,18
Sexo		
Masculino	59	53,6
Feminino	51	46,6
Tipo de transplante		
Rim	64	58,1
Fígado	44	40
Fígado/ Rim	2	1,81

Tabela 2. Período de transfusão e hemocomponente transfundido nos pacientes transplantados em uma unidade de alta complexidade. Fortaleza-CE. 2017.

Indicação clínica	n = 110	%
POI	49	44,5
POT	61	55,4
Hemocomponente Transfundido		
Plasma	37	33,6
Concentrado de Plaquetas	17	15,4
Concentrado de Hemácias	42	38,1
Crio	11	10
Buffy coat	3	2,7

para registro estavam totalmente em branco. Os demais, continham informações acerca da temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e frequência respiratória, divididos nos 3 momentos: antes da transfusão, 15 minutos após início da transfusão e ao término da transfusão. A temperatura foi registrada em 62,7% dos impressos, a pressão arterial em 68,2%, a frequência cardíaca em 56,4% e a frequência respiratória em 57,3%.

Com relação ao horário do registro em 47,3% dos impressos foi evidenciado registro

dos sinais vitais antes do início da transfusão, apenas 20,9% tinham registro 15 minutos após o início da transfusão e 30,9% ao término da transfusão.

Das 110 transfusões avaliadas, 106 apresentavam registro da quantidade de bolsas infundidas, o que representa 96,4% do total. Na coleta de dados, em apenas 17,3% dos prontuários avaliados foi evidenciado o registro/evolução de hemovigilância.

A hemovigilância se refere a um conjunto de medidas de verificação da

cadeia transfusional, que objetiva colher e analisar informações dos efeitos colaterais ou inesperados resultantes da transfusão de hemocomponentes. Visa à tomada de providências que possibilitem impedir a ocorrência e/ou a recorrência desses efeitos e pode-se considerá-la como um sistema de controle final a qualidade e segurança transfusional^{11,12}.

A hemovigilância está nas ações de vigilância em saúde desenvolvidas no Brasil e representa uma das áreas estratégicas de atuação do Ministério da Saúde e da ANVISA. A segurança e a qualidade do sangue e

hemocomponentes devem ser asseguradas em todo o processo¹². Então, a hemovigilância está inserida nessa perspectiva, como um sistema de avaliação e alerta, com o objetivo de recolher e avaliar informações sobre os efeitos indesejáveis da utilização de hemocomponentes, a fim de prevenir seu aparecimento ou recorrência.

As colaboradoras, em um estudo, descrevem a hemovigilância como um conjunto de procedimentos de verificação da cadeia transfusional com informações dos efeitos colaterais ou inesperados resultantes da transfusão de hemocomponentes. Visa

Tabela 3. Distribuição dos registros dos sinais vitais dos pacientes transfundidos em uma unidade de alta complexidade. Fortaleza-CE. 2017.

Variáveis	n = 110	%
Temperatura		
Sim	69	62,7
Não	41	37,3
Pressão Arterial		
Sim	75	68,1
Não	35	31,9
Frequência Cardíaca		
Sim	62	56,3
Não	48	43,7
Frequência Respiratória		
Sim	63	57,2
Não	47	42,8
Antes da Transfusão		
Sim	52	47,2
Não	58	52,8
15 minutos após início da transfusão		
Sim	23	20,9
Não	87	79,1
Ao Término da transfusão		
Sim	34	30,9
Não	76	69,1
Total em branco/sem registro	35	31,8

à tomada de providências que possibilitem prevenir a ocorrência desses efeitos e pode-se considerá-la como um sistema de controle final a qualidade e segurança transfusional¹¹⁻¹⁴.

Conforme Tabela 4, apenas 1 registro de reação transfusional, representando 0,9%. O hemocomponente em questão foi concentrado de hemácias, o paciente teve como sintoma: calafrio, havia evidência do registro dos sinais vitais e o número do registro da bolsa. A transfusão foi interrompida e informada para setor do banco de sangue.

O conhecimento das variáveis que podem levar aos efeitos indesejáveis da transfusão e as sistematizações de processos de investigação são complexos, tendo em vista a diversidade das reações transfusionais, o seu controle permite o gerenciamento de risco, com minimização dos eventos adversos. A qualidade do serviço deve ser medida pelo monitoramento de seu processo e ações preventivas e corretivas adotadas para evitar a ocorrência ou reincidência desses eventos. Dentro dessa concepção, as notificações passam a ser o instrumento indispensável para que o país estabeleça os riscos existentes no ato transfusional e que,

como conhecimento adquirido, possa definir ações para minimizar esses riscos¹¹⁻¹⁶.

Em explicação consentida por um enfermeiro do setor, explanado que a etiqueta de identificação do hemocomponente, após recebimento do mesmo, deve ser fixada ao prontuário do paciente. Na etiqueta constam informações como: registro do recebimento do hemocomponente, registro do responsável pela transfusão e tipo do hemocomponente. Conforme atividade privativa da classe, o profissional enfermeiro deve receber e ser o responsável pela administração do hemocomponente no paciente.

Conforme a Tabela 5, a presença da etiqueta de identificação do hemocomponente no prontuário do paciente foi evidenciado em 96 prontuários, representando 87,3% do total, 14 prontuários apresentaram falha quanto à evidência da etiqueta de identificação do hemocomponente, o que pode ocasionar a administração de hemocomponente errado e/ou trocado, podendo gerar evento adverso no paciente. Quanto ao registro de recebimento, apenas 25,5% do total estavam em conformidade, em 82 prontuários não foi evidenciado o registro de recebimento.

Tabela 4. Distribuição dos registros da quantidade de bolsas infundidas, registro/evolução de hemovigilância pelo enfermeiro e registro de reação transfusional. Fortaleza-CE. 2017.

Variáveis	n = 110	%
Registro da quantidade de bolsas infundidas		
Sim	106	96,36
Não	04	03,63
Existe registro/evolução de hemovigilância pelos enfermeiros		
Sim	19	17,27
Não	91	82,72
Reação Transfusional		
Sim	01	0,9
Não	0	0
Ausência de registro	109	99,09

Em 83 transfusões, 75,5% do total, não foi verificado o registro do responsável pelo procedimento, o que pode ocasionar a menor adesão a hemovigilância e aos sinais clínicos de possível reação transfusional.

DISCUSSÃO

A qualidade e a segurança na hemotransfusão dependem, em alguns aspectos, de fatores humanos, tais como a conferência dos sinais vitais antes, durante e após a hemoterapia, dupla checagem na administração dos hemocomponentes, conferência no recebimento da bolsa, checagem visual do aspecto do sangue e monitoramento de reações transfusionais através da hemovigilância¹¹.

A quantidade de impressos em branco de registro dos sinais vitais é uma evidência importante a ser trabalhada, pois o acompanhamento dos sinais vitais nos pacientes em hemotransfusão é um critério para garantir a segurança do mesmo¹⁰. Fundamento este que não corresponde com o resultado encontrado no presente estudo, pois os sinais vitais não foram

registrados corretamente em todos os horários, principalmente nos 15 minutos após início da transfusão e no término. A equipe de enfermagem deve estar ciente que os sinais vitais devem ser aferidos antes do início da transfusão, 15 minutos após o início da transfusão e ao término da mesma. Planos de ações podem ser desenvolvidos para maior adesão ao impresso de registro dos sinais vitais no setor de transplante. É necessário fazer, nos prontuários dos pacientes submetidos a transfusão, os registros relacionados a este procedimento, como data, hora de início e término da transfusão de sangue, sinais vitais no início e no término, origem e identificação das bolsas dos hemocomponentes, identificação do profissional responsável e registro de reação transfusional¹⁰.

O acompanhamento nos primeiros dez minutos da transfusão pelo profissional de saúde qualificado e o monitoramento dos pacientes durante o transcurso do ato transfusional, possibilitam não só a detecção precoce de eventuais reações adversas, mas também sua notificação.

Outro dado que precisa ser melhorado

Tabela 5. Distribuição dos registros da etiqueta de identificação do hemocomponente, registro do recebimento do hemocomponente, registro do responsável pela transfusão. Fortaleza-CE. 2017.

Variáveis	n = 110	%
Etiqueta de identificação do hemocomponente constando no prontuário do paciente		
Sim	96	87,27
Não	14	12,72
Registro do recebimento do homocomponente		
Sim	28	25,45
Não	82	74,54
Registro do responsável pela transfusão		
Sim	27	24,54
Não	83	75,45

para contribuir na segurança do paciente durante a hemotransfusão é o registro/ evolução de hemovigilância. O paciente deve estar sendo acompanhado até 24 horas após a realização da transfusão. Qualquer alteração de sinais vitais ou alteração clínica devem ser comunicados ao médico para avaliar a relação com o hemocomponente recebido. Visto também que, com a ausência dos registros de hemovigilância, possíveis reações transfusionais podem estar sendo subnotificadas.

O treinamento com a equipe de saúde, principalmente a de enfermagem, pode ser realizado para incentivar o registro da vigilância do paciente e sensibilizar a equipe quanto à importância para a segurança do paciente da realização da monitorização dos sinais vitais e alteração do quadro clínico.

Quanto ao recebimento da bolsa e a responsabilidade da transfusão, observou-se a presença da etiqueta de identificação do hemocomponente, a baixa evidência do registro do recebimento do hemocomponente e o registro do responsável pela transfusão. Apesar da pouca adesão por parte dos enfermeiros e das fragilidades encontradas nos registros dos recebimentos do sangue e responsáveis pelas transfusões, são estes critérios que garantem maior segurança para o paciente durante a realização da hemotransfusão¹⁷.

De acordo com a Resolução de 2014, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), antes do início da transfusão, é obrigatória a confirmação da identificação do receptor, do rótulo da bolsa, dos dados da etiqueta de liberação, validade do produto, realização de inspeção visual da bolsa e a verificação dos sinais vitais, demonstrando a importância da identificação do profissional responsável pelo recebimento da bolsa e por

todo seu transcurso. Sendo esse profissional que instalou a bolsa o responsável pelo acompanhamento da transfusão durante os 10 (dez) primeiros minutos, a beira do leito¹⁹.

Assim cabe aos profissionais de enfermagem e outros profissionais dos serviços de hemoterapia colaborar nesta conexão de vida, no sentido de assegurar a qualidade do sangue. Nesse contexto, a enfermagem tem uma grande atuação e pode assumir o compromisso social e de saúde com a qualidade de vida e o cuidado da população. Portanto, com base nos resultados deste estudo, preconiza-se que os profissionais de enfermagem exercem um papel fundamental na segurança transfusional e precisam estar adequadamente preparados para assumir esta responsabilidade¹⁸.

CONCLUSÃO

A terapia transfusional trata-se de uma atividade complexa que exige acompanhamento dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro que presta os cuidados diretos ao paciente que necessita da transfusão.

Após a realização do estudo foi possível avaliar a segurança do paciente crítico transplantado em terapia transfusional e verificou-se a necessidade de reforçar a importância dos registros por parte da equipe na unidade em que foi realizado o estudo.

Foi evidenciado falha nos registros dos sinais vitais, com pouca adesão nos 15 minutos após início da transfusão e ao término da transfusão.

Os registros de hemovigilância não foram evidenciados, concluindo dessa forma, que podem existir subnotificações de reações transfusionais nos pacientes

transplantados que receberam a transfusão de hemocomponente. As reações transfusionais podem acontecer e os profissionais de saúde devem estar atentos para reconhecê-las, evitando, dessa forma, a deterioração do paciente.

Foi evidenciado baixa adesão ao registro do recebimento do hemocomponente e responsável pela transfusão, etapa que é privativa do enfermeiro, fazendo-se necessário que estes profissionais estejam

mais conscientes com o seu dever de oferecer uma terapia transfusional de forma segura para o seu paciente, com cuidado de qualidade, devendo estar bem treinados e cientes das ações que devem ser realizadas na ocorrência de hemotransfusão. Dada à importância do assunto, fazem-se necessários treinamentos com os enfermeiros para assegurar que o processo de transfusão sanguínea seja realizado de maneira correta e segura.

REFERÊNCIAS

1. Tase TH, Lourenção DCA, Bianchini SM, Tronchin DMR. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):196-200.
2. Backes MTS, Erdman AL, Büscher A. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(3):411-418.
3. Luiz RB, Simões ALA, Barichello E, Barbosa MH. Fatores associados ao clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(5):880-887.
4. Silva GEM, Valadares GV. Conhecendo os Meandros da Doação de Sangue: Implicações para a Atuação do Enfermeiro na Hemoterapia. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(1):32-39.
5. Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Hemovigilância. Manual técnico de hemovigilância – Investigação transfusional. Brasília, DF, 2007.
6. Padilha DZ, Witt RR. Competências da enfermeira para a triagem clínica de doadores de sangue. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):234-240.
7. Silva Júnior JB, Costa CS, Baccara JGA. Regulação de sangue no Brasil: contextualização para o aperfeiçoamento. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;38(4): 333-8.
8. Silva Júnior JB, Rattner D, Martins RCA. Controle de riscos potenciais em serviços de hemoterapia no Brasil: uma abordagem para autoridades reguladoras. *Rev Panam Salud Publica.* 2016; 40(1):1–8.
9. Cheren EO, Alves VH, Rodrigues DP, Souza FDL, Guerra JVV, Maciel VL. Saberes do Enfermeiro para o cuidado no processo transfusional em recém-nascidos. *Rev Gaúcha Enferm.* 2017; 38(1): e63557.
10. Reis VN, Paixão IB, Perrone AC, Monteiro MI, Santos KB. Monitorização Transfusional: análise da prática assistencial em um hospital público de ensino. *Einstein.* 2016;14(1):41-46.
11. Mattia D, Andrade SR. Cuidados de enfermagem na transfusão de sangue: Um Instrumento Para Monitorização do Paciente. *Texto Contexto Enferm.* 2016; 25(2): e2600015.
12. Ministério da Saúde. Segurança Transfusional: um olhar sobre os serviços de hemoterapia das regiões Norte e Centro Oeste do Brasil. Brasília, DF, 2012.
13. Beserra MPP, Portela MP, Monteiro MP, Façanha MC, Adriano LS, Fonteles MMF. Reações transfusionais em um hospital Cearense acreditado: uma abordagem em hemovigilância. *Arq Med.* 2014; 28(4):99-103.
14. Lima ARM, Santos IB, Ferreira BCP, Dália GRC, Oliveira CAP, Andrade DTRM, et al. Estudo da adequação das transfusões de hemocomponentes e hemoderivados no hospital universitário Lauro Wanderley. X Encontro de iniciação a docência. UFPB. 2007.
15. Almeida RGS, Mazzo A, Mendes IAC, Trevisan MA, Godoy S. Caracterização do atendimento de uma Unidade de Hemoterapia. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(6):1082-6.
16. Dias MAM. O enfermeiro na hemovigilância: sua formação e competências. 2009; Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery. 2009. Disponível http://objdijg.ufrj.br/51/dissert/EEAN_M_MariaAngelaMoreiraDias.pdf. Acesso em 10/09/2017.
17. Faquetti MM, Rosa RL, Bellaguarda MLR, Lazzari DD, Tholl AD, Moraes CLK. Percepção dos receptores sanguíneos quanto ao processo transfusional. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(6): 936-941.
18. Barbosa SM, Torres CA, Gubert FA, Pinheiro PNC, Vieira NFC. Enfermagem e a prática hemoterápica no Brasil: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm* 2011;24(1):132-136.
19. Anvisa MS Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Resolução da Diretoria Colegiada – RDC N° 34, DE 11 DE JUNHO DE 2014.

CORRESPONDÊNCIA

Amanda Paula Gurgel

Avenida Pinto Bandeira, 520, Engenheiro Luciano Cavalcante

Fortaleza – Ceará – Brasil - CEP: 60811170

E-mail: Amandapaulaa7@hotmail.com