Editoriais / Editorials

Hemovigilância: verificação final da qualidade da transfusão?

Hemovigilance: ultimate transfusion quality assessment?

Anna Bárbara F. C. Proietti¹

Júnia G. M. Cioffi²

A hemovigilância pode ser definida como um conjunto de procedimentos de verificação da cadeia transfusional^{1,2}, que objetiva colher e processar informações dos efeitos colaterais ou inesperados resultantes da transfusão de hemocomponentes. Visa à tomada de providências que possibilitem prevenir a ocorrência e/ou a recorrência desses efeitos e pode-se considerá-la como um sistema de controle final da qualidade e segurança transfusional.³

No presente número temos um estudo de *look-back* relacionado aos vírus HTLV-1 e 2, realizado na Fundação Hemominas. Estes estudos revestem-se de grande importância no Brasil, onde a prevalência destes e outros vírus transmissíveis pelo sangue é notoriamente alta na população em geral.

Look-back é um procedimento que busca os receptores de transfusão de sangue suspeita de contaminação por agente(s) infeccioso(s) e os notifica sobre os possíveis riscos. Testes laboratoriais são oferecidos para verificar se houve a transmissão da infecção.⁴ A possível transmissão viral, notadamente do vírus da imunodeficiência humana (HIV), desperta a atenção e preocupa tanto os profissionais envolvidos com o "ciclo do sangue" quanto o público em geral. Considerando-se ainda a possibilidade de infecções emergentes, a monitorização eficiente de possíveis doenças concordantes entre doadores de sangue e receptores constituem um importante componente de um sistema de hemovigilância.³ Na investigação de infecções transfusionais, os estudos de *look-back* assumem considerável importância.⁴

Outro componente essencial da hemovigilância é a prevenção dos erros administrativos: de digitação, registro, conferência, etc (*clerical errors*). Estes são surpreendentemente mais comuns que as transmissões virais, sendo frequentemente omitidos pelos serviços, não aparecendo nas estatísticas. Estes erros, que podem levar, por exemplo, à troca de sangue por vezes com incompatibilidade ABO grave ou fatal, praticamente não são reportados. No Brasil, isto é demonstrado pelo baixo número de comunicações feitas à Anvisa pelos hospitais participantes do programa de "Hospitais Sentinela".¹

Os dados da França e Inglaterra,^{2,5} onde os eventos transfusionais indesejados (incidentes transfusionais) são coletados de forma compulsória (França) ou de maneira vo-

luntária (Inglaterra, através do programa SHOT - Serious Hazards of Transfusion)⁵ demonstram que uma taxa basal de eventos está sempre presente e que ela pode ser reduzida através da análise dos efeitos indesejáveis e da elaboração e implementação de medidas que possam preveni-los. Estes números nos mostram que a maioria dos países que não têm um sistema de hemovigilância organizado ou participativo tem um nível baixo, ou mesmo inexistente, de relato destes eventos. O sistema inglês SHOT, que tem estatística acumulada de um período de dez anos (1996-2006), mostra que o número de notificações relacionadas com transfusão incorreta de hemocomponente (erro de classificação ou troca de componentes) é superior a 70% do total das reações indesejáveis.⁵ Neste sistema, através da análise das notificações, são elaborados relatórios dos eventos mais comuns, seguido de orientações e padronizações para todos os serviços e profissionais de saúde do Reino Unido, com o objetivo de minimizar os erros transfusionais no país.

Desde 2000, o Brasil tem discutido o processo de hemovigilância e, a partir de 2003, a legislação brasileira tornou obrigatória a notificação das soroconversões de doadores e também a ocorrência de erros ocorridos nos procedimentos de classificação de pacientes e doadores, bem como nos testes de compatibilidade e nas transfusões em si (trocas de sangue, por exemplo), com os mesmos propósitos do grupo inglês.

Até o momento, as notificações são mínimas, com pequena geração de conhecimento nacional sobre o assunto. Parece existir um receio, por parte dos serviços e profissionais, de que a notificação possa denegrir a boa imagem dos serviços de hemoterapia e hospitais existentes no país.

A transfusão de sangue é um ato médico, com muitas variáveis que podem ser controladas. A presença de janela imunológica, a existência de inúmeras doenças emergentes cuja transmissão por transfusão ainda não está claramente identificada, e os erros humanos em todo o processo, desde a prescrição pelo médico e requisição pelo hospital, na realização de testes imunohematológicos e aplicação dos componentes, são algumas dessas variáveis.

O conhecimento das variáveis que podem levar aos efeitos indesejáveis da transfusão e o seu controle permitem 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 tomadas para evitar a ocorrência ou reincidência desses eventos. Dentro dessa concepção, as notificações passam a ser instrumento indispensável para que o país estabeleça os riscos existentes no ato transfusional e que, com o conhecimento adquirido, possa definir ações para minimizar esses riscos.

Ainda estamos muito distantes desta realidade, já evidente naqueles países que resolveram enfrentar com determinação os eventos adversos transfusionais. Somente com o reconhecimento das limitações da hemoterapia e da existência de riscos que possam ser reduzidos, mas nunca totalmente abolidos, os serviços transfusionais no Brasil conseguirão avançar na segurança transfusional.

As publicações dos índices nacionais de eventos adversos relacionados à transfusão permitirão maior conhecimento do profissional médico dos riscos deste ato. Neste contexto, os comitês transfusionais hospitalares podem e devem ter um papel fundamental. Quando estão totalmente em operação, eles permitem que as reações indesejáveis ao uso de sangue sejam notificadas, suas conseqüências avaliadas e as devidas providências em relação à sua prevenção sejam tomadas. Além disso, as indicações do uso dos hemo-componentes é revista pelo comitê transfusional, otimizando-se o uso dos mesmos. A implantação e bom funcionamento dos comitês transfusionais em hospitais, clínicas e centros de transfusão deve ser uma prioridade da administração e da direção clínica dos mesmos.

Referências Bibliográficas

1. Carneiro-Proietti ABF, Simões BJ, Fernandes MFA, *et al.* Haemovigilance in Brazil. Establishment and perspectives. *Transfusion Today*. 2005;65:7-8.
2. Rouger PH, Noizat-Pirenne F, Le Pennec PY. Haemovigilance and transfusion safety in France. *Vox Sang*. 2000;78(suppl.2):287-89.
3. Regan FA, Hewitt P, Barbara JA, *et al.* Prospective investigation of transfusion transmitted infection in recipients of over 20.000 units of blood. TTI Study Group. *BMJ*. 2000;320:403-6.
4. Kleinman S, Swanson P, Allain JP, *et al.* Transfusion transmission of human T-lymphotropic virus types I and II: serologic and polymerase chain reaction results in recipients identified through look-back investigations. *Transfusion*. 1993;33(1):14-8.
5. The Serious Hazards of Transfusion Steering Group (SHOT), Annual Report 2006. Acessado em 21/05/08 in /www.shotuk.org/SHOT_report_2006.pdf.

Avaliação: O tema abordado foi sugerido e avaliado pelo editor.

Recebido: 28/05/2008

Aceito: 30/05/2008

¹Presidente da Fundação Hemominas.

²Diretora Técnica da Fundação Hemominas

Correspondência: Anna Bárbara de Freitas Carneiro Proietti

Fundação Hemominas, Fapemig, CNPq

Rua Grão Pará, 882

30150-341 – Belo Horizonte-MG

Tel.: (31)3280-7490

E-mail: anna.proietti@hemominas.mg.gov.br