RMMG
Revista Médica de Minas Gerais

ARTIGO DE REVISÃO

Urgências hematológicas: guia de orientação para encaminhamento de pacientes no Sistema Único de Saúde

Urgencies in hematology: a guidance for patients' referral in the Brazilian National Health System

Ana Flávia Dinardi Alves Pinto[1], Catharina Lucas Sena[2], Frederico Lisboa Nogueira[1,3], Ana Beatriz Firmato Glória[1], Roberta Oliveira de Paula e Silva[1], Robert Eduardo Emídio[3], Evandro Maranhão Fagundes[4], Paula Cardoso Bastos[5], Suely Meireles Rezende[6]

RESUMO

Introdução: Embora algumas condições hematológicas apresentem alta morbimortalidade e demandem diagnóstico e tratamento urgentes, poucos estudos propuseram uma abordagem de referenciamento direcionada para profissionais de saúde atuantes em unidades básicas, pronto atendimento e hospitais gerais. **Objetivo:** O objetivo deste artigo é descrever as condições hematológicas que necessitam de intervenção médica urgente e orientar o encaminhamento a um serviço especializado de hematologia por unidades de saúde, unidades de atendimento de emergência e hospitais gerais. **Método:** Inicialmente, selecionamos um grupo de trabalho (GT) de hematologistas que atendem em hospitais públicos do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. O GT selecionou os tópicos por consenso com base nas condições hematológicas que exigiam diagnóstico e tratamento urgentes. **Resultados:** Selecionamos sete condições hematológicas urgentes: neoplasias hematológicas, falências medulares, urgências relacionadas à doença falciforme, trombocitose, policitemia, sangramento e coagulopatias trombóticas. Em seguida, descrevemos os sinais, sintomas e exames laboratoriais de rotina necessários para a suspeita e o encaminhamento. Também descrevemos as medidas iniciais para um diagnóstico imediato e tratamento adequado dos pacientes. **Conclusão:** Produzimos um guia voltado para a suspeita e o tratamento/referência adequados de pacientes com condições hematológicas urgentes, dirigida aos profissionais de saúde que trabalham em unidades de atendimento básico e de emergência e em hospitais gerais. A implementação deste guia tem a intenção de reduzir o ônus dessas condições com impacto na redução da morbidade e mortalidade.

Palavras-chave: Hematologia; Urgência; Sistema único de saúde.

[1] Unidade Funcional Hematologia e Oncologia, Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
[2] Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil.
[3] Instituto Mário Penna, Hospital Luxemburgo, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
[4] Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
[5] Santa Casa BH, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
[6] Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Editor Associado:
Agnaldo Soares Lima
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte/MG, Brasil.

Autor Correspondente:
Suely Meireles Rezende
Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
E-mail: suely.rezende@uol.com.br

Fontes de Apoio:
CLS recebeu subsídio do fundo do congresso constitucional número IRR038FIU24.

ABSTRACT

Introduction: Some hematological conditions have high morbidity and mortality rates and require urgent diagnosis and treatment. However, few studies have proposed a referral approach for these conditions directed at health care professionals in primary care settings, emergency departments, and general hospitals. **Objective:** The objective of this article is to describe the hematological conditions that need urgent medical intervention and to guide referral to a specialized hematology service by health units, emergency care units, and general hospitals. **Method:** We initially selected a working group (WG) of hematologists attending in public hospitals of the Unified Health System of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. The WG selected the topics by consensus based on the hematological conditions requiring urgent diagnosis and treatment. **Results:** We selected seven urgent hematological conditions: hematological neoplasms, bone marrow failure, urgencies related to sickle cell disease, thrombocytosis, polycythemia, bleeding and thrombotic coagulopathies. We then described their signs, symptoms and routine laboratory tests needed to raise their suspicion and required for referral. We also described the initial measures for a prompt diagnosis and appropriate treatment of the patients. **Conclusion:** We produced a guidance focused on suspicion and appropriate treatment/referral of patients with urgent hematological conditions directed to health care professionals working in basic and emergency care units, and general hospitals. The implementation of this guidance may reduce the burden of these conditions and mitigate morbidity and mortality.

Keywords: Hematology; Urgency; Access to health care.

Conflito de Interesses:
Os autores declaram não haver conflitos de interesse para este estudo.

Recebido em: 24 Setembro 2025
Aprovado em: 02 Novembro 2025
Data de Publicação: 30 Abril 2026

DOI: 10.5935/2238-3182.2026e36202

Introdução

As doenças hematológicas referem-se a condições que afetam a produção e/ou o funcionamento do sangue, da medula óssea e do sistema linfático, como glóbulos vermelhos, leucócitos, plaquetas e plasma. Exemplos dessas doenças incluem anemia, linfoma, leucemia, gamopatias monoclonais, bem como distúrbios hemorrágicos e trombóticos[1].

De acordo com dados apresentados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), com informações do Ministério da Saúde, o número estimado de novos casos de leucemia (aguda e crônica) e linfoma não Hodgkin (LNH), para cada ano do triênio de 2023 a 2025, é de 11.540 e 12.040 casos, respectivamente. Essa estimativa corresponde a uma incidência de 5,33 e 5,57 por 100.000 habitantes por ano, respectivamente[2]. Em 2020, houve 6.738 mortes por leucemia (aguda e crônica) e 4.357 mortes por linfoma no Brasil, correspondendo a 3,18 e 2,06 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente[2]. Com relação ao mieloma múltiplo, entre 2013 e 2019, foram diagnosticados aproximadamente 2.600 casos por ano, com uma incidência estimada de 1,24 casos por 100.000 habitantes[2]. Os cânceres diagnosticados em departamentos de emergência representam de 11% a 29% dos novos casos incidentais. Esses casos têm uma taxa de sobrevivência menor em um ano, maior necessidade de hospitalização e pior qualidade de vida quando comparados aos cânceres detectados na atenção primária[3].

Com relação às urgências hematológicas não neoplásicas e benignas, estima-se que a anemia aplásica ocorra com uma incidência de aproximadamente 2 casos por milhão por ano no Brasil[4]. Entre 2000 e 2018, foram registrados 35.523 óbitos decorrentes dessa doença, dos quais 38,4% foram causados diretamente pela doença e 61,6% resultaram de complicações clínicas[5]. Com relação à doença falciforme, a taxa de mortalidade varia entre 0,12 e 0,54 por 100.000 indivíduos por ano no Brasil. Esse número poderia ser reduzido com o diagnóstico imediato e o tratamento oportuno de suas complicações. Estima-se que haja 3.000 nascimentos de crianças com doença falciforme por ano no Brasil[6]. A expectativa de vida média dos pacientes

com doença falciforme no Brasil é aproximadamente 20 anos menor em comparação com o restante da população brasileira sem a doença[7].

Objetivo

Embora algumas condições hematológicas tenham uma alta taxa de morbidade e mortalidade e exijam diagnóstico e tratamento urgentes, poucos estudos propuseram uma abordagem de encaminhamento voltada para profissionais de saúde que trabalham em unidades básicas de saúde, serviços de emergência e hospitais gerais[8,9]. O objetivo deste documento é, portanto, descrever as condições hematológicas que requerem atenção médica e encaminhamento urgente para um serviço de hematologia e orientar a abordagem dessas doenças. Seu conteúdo se presta a descrever essas condições, listadas por síndromes clínicas, ou seja, pelos sintomas, sinais clínicos e principais alterações laboratoriais que levam à suspeita clínica de urgências hematológicas.

Este artigo não se destina a discutir o encaminhamento de doenças hematológicas não urgentes. O artigo está organizado em tópicos para cada uma das condições hematológicas urgentes, tais como: neoplasias hematológicas, insuficiência da medula óssea, doença falciforme, trombocitose, policitemia, sangramento e coagulopatias trombóticas.

Método

Este documento é o resultado de um consenso entre hematologistas que atuam no Sistema Único de Saúde dos Hospitais Públicos de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Hospital Luxemburgo - Instituto Mario Penna e Santa Casa de Belo Horizonte. Esses são hospitais de referência do município para o atendimento de saúde pública das doenças hematológicas, razão para a escolha desses profissionais.

A redação deste documento resulta da percepção do grupo sobre a necessidade de orientar os profissionais de saúde da atenção primária e secundária sobre a importância do pronto diagnóstico e encaminhamento das afecções hematológicas urgentes.

Resultados

Urgências hematológicas

Urgências compreendem agravos à saúde com ou sem risco potencial de vida, que necessitam de assistência médica imediata. Já a emergência constitui risco iminente de vida ou sofrimento intenso, que exige, portanto, tratamento imediato[9]. Condições hematológicas (malignas ou benignas) podem progredir para doença crítica aguda, exigindo reconhecimento e tratamento imediatos[10].

Neoplasias hematológicas

As neoplasias hematológicas (NH) são um conjunto de doenças malignas que afetam células hematopoiéticas imaturas e maduras[11]. Alguns exemplos de neoplasias hematológicas que muitas vezes se apresentam como urgências são as leucemias agudas, linfomas de alto grau e o mieloma múltiplo. Essas são urgências hematológicas, uma vez que o intervalo entre diagnóstico e tratamento é um forte preditor de sobrevida para os pacientes[12]. Um dos exemplos clássicos de urgência em neoplasia hematológica é a leucemia promielocítica aguda, cuja suspeita demanda início imediato da terapia com ácido transretinoico (ATRA) e de intervenções para manejo da coagulopatia, que pode ser fatal se não reconhecida e tratada rapidamente[12]. O Quadro 1 descreve os sinais e sintomas que levam à suspeita de uma neoplasia hematológica.

Quadro 1. Sinais e sintomas para suspeita de neoplasias hematológicas

Quando suspeitar de neoplasias hematológicas?
Presença de sintomas constitucionais*, sangramento, fadiga generalizada, fraqueza, palidez, infecções recorrentes, dor óssea, prurido, esplenomegalia e/ou linfadenopatia não explicadas por quadro infeccioso agudo, especialmente quando associadas à bicitopenia ou pancitopenia[8].
*Febre não explicada acima de 38,0ºC, sudorese noturna intensa e emagrecimento não intencional maior que 10% do peso habitual em 6 meses.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Telessaúde RS-UFRGS (2016)[8].

IMPORTANTE: as condições abaixo exigem atendimento imediato e urgente e ALTA PRIORIDADE NO ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL COM SERVIÇO DE ONCO-HEMATOLOGIA ("prioridade da prioridade"):

- Leucocitose maior que 100 $\times 10^9$/L, acompanhada de anemia, plaquetopenia e presença de blastos no sangue periférico, associada à disfunção orgânica;
- Suspeita de leucemia promielocítica aguda: hemograma com presença de células jovens (principalmente promielócitos e blastos) ou pancitopenia, associada a distúrbio hemorrágico e/ou trombótico, em geral de apresentação clínica aguda;
- Leucocitose e presença de sintomas sugestivos de leucostase (caracterizada por cefaleia, alterações visuais, confusão mental, sonolência, priapismo e eventos tromboembólicos);
- A presença de síndrome de lise tumoral (bioquímica ou clínica**) ou sintomas compressivos graves (como dispneia com derrame pleural ou pericárdico volumoso, síndrome da veia cava superior, síndrome de Horner e compressão da medula espinhal).

** A síndrome de lise tumoral bioquímica é definida por uma alteração em dois ou mais dos seguintes exames: ácido úrico ≥8mg/dL, potássio ≥6mEq/L, fósforo ≥1,45mmol/L em adultos, cálcio ≤7mg/dL (ou uma alteração do valor basal do paciente em 25% para qualquer um desses exames). A alteração deve estar presente três dias antes ou sete dias após

a quimioterapia, mesmo após hidratação adequada e uso de hipouricêmico (por exemplo, alopurinol). A síndrome de lise tumoral clínica é caracterizada pela presença de síndrome de lise tumoral bioquímica associada a um ou mais dos seguintes critérios: aumento da creatinina para um nível de pelo menos 1,5 vezes o valor normal superior, arritmia cardíaca, morte súbita ou convulsão[13].

Pacientes que apresentam um ou mais dos achados descritos abaixo, associados ou não às manifestações suspeitas descritas, devem ser encaminhados para serviços de urgência/emergência com suporte de hematologista, sempre que possível:

- Presença de blastos ou leucócitos imaturos (mielócitos, promielócitos e metamielócitos) no sangue periférico;
- Citopenias graves: hemoglobina <7g/dL; e/ou neutrófilos <500 células/mm^3; e/ou plaquetas <50 × 10^9/L;
- Citopenia grave (tal como descrita na frase acima) associada à linfonodomegalia e/ou esplenomegalia não explicadas por quadro infeccioso agudo;
- Hiperleucocitose (leucócitos >50 × 10^9/L), após excluir causas infecciosas que justifiquem o diagnóstico de uma reação leucemoide;
- Suspeita de síndrome de lise tumoral (sintomas como náusea, vômito, diarreia, letargia, câibras, arritmia) ou sintomas compressivos (como dispneia, síndrome da veia cava superior, síndrome de Horner, compressão da medula espinhal) em pessoas com grandes massas linfonodais;
- Suspeita de mieloma múltiplo (presença de sintomas *CRAB*, isto é, hipercalcemia, disfunção renal, anemia e lesões ósseas) com urgência para tratamento (hipercalcemia sintomática, disfunção renal (CR >2,0 e/ou ClCr <40), sintomas neurológicos com compressão da medula espinhal ou síndrome de hiperviscosidade*)[14].

* Sinais e sintomas de hiperviscosidade: confusão mental, cefaleia, distúrbios visuais, dispneia, sangramentos e trombose[14].

Falências Medulares

As falências medulares são definidas como a presença de uma anormalidade quantitativa ou qualitativa em uma ou mais linhagens hematopoiéticas (eritroide, megacariocítica, granulocítica ou monocítica). Entre as causas destacamos aqui a anemia aplásica[15].

A anemia aplásica é uma doença com picos nas faixas etárias de 10 a 25 anos e em torno dos 60 anos[16]. Ela constitui uma urgência hematológica, uma vez que o intervalo entre diagnóstico e tratamento é um forte preditor de sobrevida para os pacientes[17]. O Quadro 2 descreve os sinais e sintomas que levam à suspeita de aplasia de medula.

Quadro 2. Sinais e sintomas para suspeita de aplasia de medula.

Quando suspeitar de aplasia de medula?
Mediante presença de pancitopenia*, associada a sangramento (petéquias, equimoses, sangramentos de mucosas e outros), fadiga generalizada, fraqueza, palidez, infecções recorrentes[8,16].
* Pancitopenia é definida por hemoglobina <10g/dL, plaquetas <50 × 10^9/L e neutrófilos <1,5 × 10^9/L.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Telessaúde RS-UFRGS (2016)[8] e Kulasekararaj et al. (2024)[16].

IMPORTANTE: a condição abaixo exige atendimento imediato e urgente e ALTA PRIORIDADE NO ENCAMINHAMENTO PARA HOSPITAL COM SERVIÇO DE HEMATOLOGIA ("prioridade da prioridade"):

- A presença de suspeita de aplasia grave da medula óssea é indicada por 2 ou 3 dos seguintes achados: contagem de neutrófilos inferior a 0,5 × 10^9/L, contagem de plaquetas inferior a 20 × 10^9/L ou contagem de reticulócitos inferior a 50 × 10^9/L[16,17].

Pacientes que apresentam um ou mais dos achados descritos abaixo, associados ou não às manifestações suspeitas descritas, devem ser encaminhados para serviços de urgência/emergência com suporte de hematologista, sempre que possível:

- Neutropenia grave (<0,5 × 10^9/L) acompanhada de febre;
- Citopenias graves: hemoglobina <7g/dL; e/ou neutrófilos <0,5 × 10^9/L; e/ou plaquetas < 50×10^9/L.

Observação: Sempre que possível, no diagnóstico diferencial das pancitopenias e citopenias isoladas, deve-se considerar os diagnósticos de deficiência de B12 e folato.

Urgências relacionadas à doença falciforme

A doença falciforme é a doença genética e hereditária mais prevalente no Brasil e no mundo[18]. A gravidade clínica da doença varia, mas um número significativo de pacientes apresenta as formas crônicas e graves da doença, exacerbadas pelas chamadas "crises vaso-oclusivas". A morbidade e a mortalidade resultam de infecções, anemia hemolítica e de microinfartos decorrentes de vaso-oclusão microvascular difusa, agravadas frequentemente pela discriminação associada ao estigma de dependência e ao racismo estrutural[19,20]. A dor na doença falciforme requer intervenção médica imediata, devendo ser tratada de forma adequada, iniciando-se por analgésicos potentes, com desmame lento após controle satisfatório. O quadro 3 descreve os sinais e sintomas que levam à suspeita de condições urgentes relacionadas à doença falciforme.

Quadro 3. Sinais e sintomas que levam à suspeita de condições urgentes relacionadas à doença falciforme.

Quando suspeitar de condições urgentes relacionadas à doença falciforme?
Paciente com relato de ter doença falciforme com dor aguda em qualquer localização, acompanhada ou não de febre, dispneia, dessaturação, tosse ou taquipneia.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Pacientes que apresentam um ou mais dos achados descritos abaixo, associados ou não às manifestações suspeitas descritas, devem ser encaminhados para serviços de urgência/emergência com suporte de hematologista, sempre que possível:

- Crise álgica ou outros sinais de gravidade, tais como febre alta, priapismo, dispneia, dor torácica, dor abdominal de difícil manejo, alterações neurológicas agudas e diminuição abrupta da taxa hemoglobínica >2g/dL[8];

Trombocitose

A trombocitose é definida como uma contagem de plaquetas igual ou superior a 450 x 10^9/L (Quadro 4) e pode ocorrer de forma reacional (na maioria dos casos), como na presença de infecções, neoplasias malignas, doenças inflamatórias, tabagismo, anemia ferropriva, pós-esplenectomia, entre outras, ou primária, como na trombocitemia essencial e em outras neoplasias mieloproliferativas crônicas[21].

Quadro 4. Suspeita de trombocitose.

Quando suspeitar de trombocitose?
Contagem plaquetária igual ou maior que 450 ×10^9/L

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Almanaseer et al. (2024)[17].

Pacientes que apresentam um ou mais dos achados descritos abaixo, associados ou não às manifestações suspeitas descritas, devem ser encaminhados para serviços de urgência/emergência com suporte de hematologista, sempre que possível:

- Trombocitose com contagem de plaquetas superior a 1.000 × 10^9/L associada a sangramento e/ou trombose[8].

Policitemia

A eritrocitose ou policitemia é definida como uma elevação da hemoglobina (Hb) e/ou do hematócrito (Ht) superior aos valores de referência[22]. Ela pode decorrer de redução do volume plasmático (eritrocitose relativa) ou por aumento da massa eritrocitária (eritrocitose absoluta)[23]. A policitemia absoluta pode ser classificada como adquirida, que é predominantemente causada por condições associadas à hipoxemia, como doença pulmonar obstrutiva crônica e apneia obstrutiva do sono, ou primária, que é denominada policitemia vera. Os critérios para suspeita de policitemia estão descritos no Quadro 5.

Quadro 5. Critérios para suspeita de Policitemia.

Quando suspeitar de policitemia?
Hb acima de 16,5g/dL em homens ou acima de 16,0g/dL em mulheres; ou Ht acima de 49% em homens ou maior que 48% em mulheres.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Swerdlow et al. (2017)[22].

Pacientes que apresentam um ou mais dos achados descritos abaixo, associados ou não às manifestações suspeitas descritas, devem ser encaminhados para serviços de urgência/emergência com suporte de hematologista, sempre que possível:

- Ht acima de 60% ou mediante sinais e sintomas de síndrome de hiperviscosidade (caracterizada por parestesias, cefaleia, turvação visual, tonteiras), sangramento e/ou trombose[24].

Coagulopatia hemorrágica

Uma coagulopatia hemorrágica é definida como uma condição resultante de uma capacidade prejudicada de coagulação do sangue, que pode levar a sangramento excessivo ou hemorragia. A hemorragia pode ou não estar relacionada a um distúrbio hematológico. Entre os distúrbios hematológicos, a maioria das condições resulta da deficiência ou do consumo de fatores de coagulação, que podem ser hereditários (hemofilia, doença de von Willebrand e outros) ou adquiridos (inibidor adquirido ou amiloidose com deficiência de fator X), além de anormalidades na contagem ou na função das plaquetas[25,26].

A hemorragia é definida como perda aguda de sangue e pode se manifestar de várias maneiras, dependendo do mecanismo subjacente e da localização anatômica. É uma emergência médica comum e potencialmente grave que exige detecção precoce e intervenção adequada[25]. O Quadro 6 descreve as manifestações que levam à suspeita de hemorragia grave ou potencialmente urgente.

Quadro 6. Manifestações que levam à suspeita de hemorragia grave ou potencialmente urgente.

Quando suspeitar de hemorragia grave ou potencialmente urgente?
A presença de sangramento ativo, seja externo ou interno, e/ou sinais sugestivos de sangramento volumoso com repercussões clínicas, como hipotensão, taquicardia, confusão mental ou disfunção orgânica e síndrome de compressão, pode indicar uma coagulopatia hemorrágica.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Pacientes que apresentem um ou mais dos achados descritos abaixo, associados a um distúrbio hemorrágico suspeito ou conhecido, devem ser encaminhados para serviços de urgência/emergência, com suporte hematológico sempre que possível:

- Presença de sangramento sintomático em uma área ou órgão crítico, como intracraniano, intraespinhal, intraocular, retroperitoneal, intra-articular ou pericárdico, ou intramuscular com síndrome compartimental, e/ou
- Presença de sangramento que leve a uma queda no nível de hemoglobina de 2g/dL ou mais, ou que demande transfusão de duas ou mais unidades de sangue total ou hemácias[27].

Coagulopatia trombótica

A trombose é um processo patológico complexo que leva à obstrução total ou parcial da árvore vascular. Envolve alterações das vias de coagulação, anticoagulação e fibrinólise, disfunção endotelial e/ou interação entre plaquetas, leucócitos e componentes plasmáticos[28]. Entre as condições trombóticas que requerem cuidados urgentes em hematologia, destacamos as microangiopatias trombóticas, que compreendem um grupo de doenças caracterizadas por oclusões micro e/ou macrovasculares, anemia hemolítica microangiopática e trombocitopenia[29]. O Quadro 7 descreve os achados suspeitos para condições trombóticas urgentes.

Quadro 7. Achados suspeitos para condições trombóticas urgentes.

Quando suspeitar de condições trombóticas urgentes?
Presença de anemia hemolítica microangiopática (caracterizada por reticulocitose, hiperbilirrubinemia indireta, redução da haptoglobina e aumento da LDH, com descrição de esquizócitos no exame de sangue e teste direto de antiglobulina negativo - ou teste direto de Coombs*) e trombocitopenia com ou sem trombose de evolução rápida, associada à rápida deterioração clínica. Em alguns casos, essas condições também podem apresentar alterações neurológicas, sintomas gastrointestinais, além de disfunção renal e cardíaca.
* O teste de Coombs direto pode dar um resultado positivo, e alguns dos testes sugestivos de hemólise podem não ser alterados devido à interferência de outros fatores.

Fonte: Elaborado pelos autores, com base em Scully et al. (2023)[29].

Os pacientes que apresentarem um ou mais dos achados mencionados acima devem ser encaminhados para serviços de urgência/emergência com suporte de hematologista, sempre que possível, uma vez que podemos estar diante de anemias microangiopáticas e trombocitopenias trombóticas, tais como: anemia hemolítica microangiopática, síndrome hemolítico-urêmica, púrpura trombocitopênica trombótica (PTT), trombocitopenia induzida pela heparina, trombocitopenia trombótica imune, além da síndrome do anticorpo antifosfolípide catastrófica.

Essas são condições hematológicas raras, porém de alta gravidade e mortalidade que devem ser diagnosticadas e tratadas com urgência. Na suspeita de PTT, enquanto se aguarda a vaga para transferência, deve-se discutir o caso com o hemoterapeuta (se houver) e considerar início de transfusão de plasma. A transferência do paciente deve ser feita para um hospital com capacidade para realização de plasmaférese.

Informações que devem ser descritas nos documentos de solicitação de transferência ou estar disponíveis para discussão com o hematologista

1. Sinais e sintomas (sintomas constitucionais, exame físico completo, incluindo exame abdominal, presença ou ausência de linfonodomegalia e outras alterações relevantes no exame físico);
2. Resultado do hemograma completo com contagem de reticulócitos, sempre que disponível (descreva o diferencial de leucócitos a hematoscopia, se houver) e contagem de plaquetas, com data;
3. Se houver linfonodomegalia, descreva as características dos linfonodos (localização, tamanho, consistência e fixação a planos profundos);
4. Resultados dos exames realizados, com data, para excluir causas secundárias. Se disponíveis, descreva: testes para os vírus da hepatite B e C, vírus da imunodeficiência humana, aminotransferases, creatinina, albumina, gama glutamil transferase, tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativada, fibrinogênio, proteínas totais e frações, hormônio estimulante da tireoide, vitamina B12 e lactato desidrogenase;
5. Anexe os resultados dos exames de imagem, de preferência, ou descreva seus resultados por completo, com a data (se realizados);
6. Liste todos os medicamentos em uso com dose, posologia e intervalo de administração;
7. Listar todas as comorbidades;
8. Para urgências relacionadas à doença falciforme, descreva os resultados dos testes de hemólise (reticulócitos, LDH, bilirrubina), quando disponíveis, com data; e os resultados da eletroforese de hemoglobina com data, se disponíveis;
9. Para eritrocitose e trombocitose, informe a presença ou ausência de sintomas constitucionais, sangramento, sintomas vasomotores, trombose prévia, presença ou ausência de esplenomegalia. Informe se o paciente tem um histórico compatível com uma causa secundária de eritrocitose (doença cardiorrespiratória, neoplasia, tabagismo, DPOC, apneia do sono, doença cardíaca). Informe a cinética do ferro, se disponível, para trombocitose;
10. Para coagulopatias, descreva o histórico de manifestações hemorrágicas — presença de menorragia, melena/hematêmese, equimose, petéquias, com frequência e

situações desencadeantes. Descrever se o paciente faz uso de anticoagulantes e/ou agentes antiplaquetários. Relate o histórico pessoal e familiar de distúrbios hemorrágicos (sim ou não). Se sim, indique o distúrbio, a gravidade e o grau de parentesco;

11. Para doenças que envolvam trombose, descreva o histórico de infecções, doenças autoimunes, gravidez, câncer, uso de heparina, vacinação e cirurgia recente[8].

Discussão

As urgências hematológicas são situações que exigem avaliação imediata e internação hospitalar em um centro com atendimento hematológico para diagnóstico e tratamento imediatos. O objetivo deste manuscrito é orientar os profissionais que atuam em unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento e hospitais gerais a suspeitarem das condições relacionadas às urgências hematológicas e procederem às medidas iniciais, visando ao diagnóstico e tratamento adequados dessas condições.

Este estudo foi justificado pela demanda de atendimento de urgência para algumas doenças hematológicas, que levam muito tempo para chegar ao atendimento terciário, com prejuízo na sobrevida dos pacientes. Selecionamos sete condições hematológicas urgentes, eleitas por uma equipe de hematologistas com experiência no diagnóstico e tratamento de doenças hematológicas no sistema público de saúde. Fornecemos uma lista de sinais, sintomas e exames laboratoriais de rotina para orientar o diagnóstico desses distúrbios e a abordagem imediata do tratamento e do encaminhamento.

Algumas das condições abordadas neste artigo foram previamente discutidas no Protocolo de Regulação Ambulatorial de Hematologia do Adulto da Universidade Federal do Rio Grande Sul, que abordou amplamente as condições hematológicas, incluindo alterações que podem ser avaliadas eletivamente em ambulatórios. Apresentando uma abordagem diferente, o presente estudo se concentra em condições hematológicas urgentes[8].

Uma revisão da literatura revelou alguns artigos que abordam as urgências hematológicas, principalmente do ponto de vista teórico[30-32]. Spring e Munshi (2022)[32] abordaram o gerenciamento de doenças hematológicas críticas que requerem admissão na unidade de terapia intensiva, concentrando-se principalmente em condições malignas. Halfdanarson et al. (2017)[31] publicaram uma revisão sobre as emergências oncológicas mais comuns (incluindo malignidades hematológicas) e forneceram orientações práticas para o manejo inicial dos pacientes com esses distúrbios.

Por fim, um artigo brasileiro, publicado há mais de 20 anos, também discutiu o manejo de pacientes com urgências hematológicas no contexto do Brasil[30]. Entretanto, além de focar predominantemente condições oncológicas, essas revisões não forneceram orientações práticas para o diagnóstico e o encaminhamento de pacientes com suspeita de urgências hematológicas.

Conclusão

As emergências e urgências hematológicas, tanto no contexto de suspeitas de neoplasias quanto de doenças não onco-hematológicas, representam um espectro de manifestações complexas que precisam de tratamento imediato. Embora essas condições não sejam vistas com frequência no dia a dia do sistema público de saúde, é essencial que sejam prontamente reconhecidas, permitindo a implementação imediata de medidas de suporte e o encaminhamento para atendimento especializado o mais rápido possível. Este artigo fornece uma orientação sobre as suspeitas de urgências hematológicas para profissionais de saúde que trabalham em unidades de atendimento básico e de emergência e em hospitais gerais.

Copyright

Copyright© 2025 Pinto et al. Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Licença Internacional que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.

Contribuição dos autores:

As contribuições dos autores estão estruturadas de acordo com a taxonomia (CRediT) descrita abaixo:

Conceptualização, Investigação, Metodologia, Visualização e Redação - revisão e edição: SM Rezende; AFDA Pinto. *Administração do projeto, supervisão e redação - rascunho original*: SM Rezende; AFDA Pinto. *Validação e Software*: Não se aplica. *Aquisição de recursos e financiamento*: SM Rezende. *Curadoria de dados e análise formal*: SM Rezende; AFDA Pinto; CL Sena; FN Lisboa; ABF Glória; RO de Paula e Silva; RE Emídio; EM Fagundes; PC Bastos. *Todos os autores leram e aprovaram a versão final do artigo.*

Referências

1. Zago MA, Falcão RP, Pasquini R, Spector N, Covas DT, Rego EM, editors. Tratado de hematologia. São Paulo: Atheneu; 2013.
2. Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2020.
3. Gould Rothberg BE, Quest TE, Yeung SJ, Pelosof LC, Gerber DE, Seltzer JA, et al. Oncologic emergencies and urgencies: A comprehensive review. CA Cancer J Clin. 2022 Nov;72(6):570-93. DOI: https://doi.org/10.3322/caac.21727.
4. Calado RT. The future of aplastic anemia treatment in Brazil: Lessons learned for global hematology. Semin Hematol. 2023 Set;60(4):200-3. DOI: https://doi.org/10.1053/j.seminhematol.2023.09.002.
5. Hasiak SA. Aplastic Anemia-Related Mortality in Brazil, 2000-2018. International Journal of Blood Research and Disorders [Internet]. 2022 Jan 24; [citado 2025 Mai 15];

9(1). Disponível em: https://clinmedjournals.org/articles/ijbrd/international-journal-of-blood-research-and-disorders-ijbrd-9-073.php?jid=ijbrd.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Doença falciforme: diretrizes básicas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012; [acesso em 2025 Maio 15]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_condutas_basicas.pdf.

7. Silva-Pinto AC, Costa FF, Gualandro SFM, Fonseca PBB, Grindler CM, Souza Filho HCR, et al. Economic burden of sickle cell disease in Brazil. PLoS One. 2022 Jun 16;17(6):e0269703. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269703.

8. Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde; Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS-UFRGS. Protocolos de Regulação Ambulatorial – Hematologia Adulto: versão digital 2023 [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS; 2016; [Acesso em 2025 Maio 15]. Disponível em: https://telessauders.ufrgs.br/protocolos/protocolo-de-hematologia-adulto.

9. Brasil. Ministério da Saúde. Regulação médica de emergências. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

10. Spring J, Munshi L. Hematology Emergencies in Critically Ill Adults: Benign Hematology. Chest. 2022 Mai;161(5):1285-96. DOI: https://doi.org/10.1016/j.chest.2021.12.650.

11. Lima ICC, Almeida BHA, Campos MGV. Análise da mortalidade por neoplasias hematológicas no Brasil no período de 2008-2017. Hematol Transfus Cell Ther. 2020 Nov;42:502–3.

12. Figueiredo-Pontes LL, Catto LFB, Chauffaille MLLF, Pagnano KBB, Madeira MIA, Nunes EC, et al. Diagnosis and management of acute promyelocytic leukemia: Brazilian consensus guidelines 2024 on behalf of the Brazilian Association of Hematology, Hemotherapy and Cellular Therapy. Hematol Transfus Cell Ther. 2024 Out/Dez;46(4):553-69. DOI: https://doi.org/10.1016/j.htct.2024.05.002.

13. Cairo MS, Bishop M. Tumour lysis syndrome: new therapeutic strategies and classification. Br J Haematol. 2004 Out;127(1):3-11. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1365-2141.2004.05094.x.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Gestão de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - CPCDT/CGGTS/DGITIS/SCTIE/MS. Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Mieloma Múltiplo. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

15. Bodine D, Berliner N. Introduction to the review series on "bone marrow failure". Blood. 2014;124(18):2755. DOI: https://doi.org/10.1182/blood-2014-08-587394.

16. Kulasekararaj A, Cavenagh J, Dokal I, Foukaneli T, Gandhi S; BSH Committee, et al. Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia: A British Society for Haematology Guideline. Br J Haematol. 2024 Mar;204(3):784-804. DOI: https://doi.org/10.1111/bjh.19236.

17. Bacigalupo A. How I treat acquired aplastic anemia. Blood. 2017;129(11):1428-36. DOI: https://doi.org/10.1182/blood-2016-10-749118.

18. São Paulo (SP). Secretaria Municipal de Saúde, Coordenação de Assistência Médica. Linha de cuidado da doença falciforme na atenção primária. São Paulo: SMS; 2021.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de eventos agudos na doença falciforme. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 46 p.

20. Figueiró AVM, Ribeiro RLR. Vivência do preconceito racial e de classe na doença falciforme. Saúde Soc. 2017 Mar;26(1):88–99.

21. Almanaseer A, Chin-Yee B, Ho J, Lazo-Langner A, Schenkel L, Bhai P, et al. An Approach to the Investigation of Thrombocytosis: Differentiating between Essential Thrombocythemia and Secondary Thrombocytosis. Adv Hematol. 2024 Fev 12;2024:3056216. DOI: https://doi.org/10.1155/2024/3056216.

22. Swerdlow SH. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues [Internet]. Lyon: International Agency For Research On Cancer; 2017; [citado 2026 Mar 12]. Disponível em: http://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Who-Iarc-Classification-Of-Tumours/Who-Classification-Of-Tumours-Of-Haematopoietic-And-Lymphoid-Tissues-2017.

23. Wouters HJCM, Mulder R, van Zeventer IA, Schuringa JJ, van der Klauw MM, van der Harst P, et al. Erythrocytosis in the general population: clinical characteristics and association with clonal hematopoiesis. Blood Adv. 2020 Dez 22;4(24):6353-63. DOI: https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020003323.

24. Rio de Janeiro (RJ). Secretaria Municipal de Saúde. SISREG – protocolo para o regulador: protocolo clínico de critérios para regulação de vagas ambulatoriais [Internet]. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde; 2015; [acesso em 2025 Maio 17]. Disponível em: https://web2.smsrio.org/minhasaudeRio/arquivos/SISREG%E2%80%93Protocolo_Regulador.pdf.

25. Johnson AB, Burns B. Hemorrhage [Internet]. NIH.gov. StatPearls Publishing; 2023; [citado 2026 Mar 12]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542273/.

26. Zojer N, Ludwig H. Hematological emergencies. Ann Oncol. 2007 Jan;18(Supl 1):i45-i48. DOI: https://doi.org/10.1093/annonc/mdl450.

27. Schulman S, Kearon C; Subcommittee on Control of Anticoagulation of the Scientific and Standardization Committee of the International Society on Thrombosis and Haemostasis. Definition of major bleeding in clinical investigations of antihemostatic medicinal products in non-surgical patients. J Thromb Haemost. 2005 Abr;3(4):692-4. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2005.01204.x.

28. Jackson SP, Darbousset R, Schoenwaelder SM. Thromboinflammation: challenges of therapeutically targeting coagulation and other host defense mechanisms. Blood. 2019;133(9):906–18. DOI: https://doi.org/https://doi.org/10.1182/blood-2018-11-882993.

29. Scully M, Rayment R, Clark A, Westwood JP, Cranfield T; BSH Committee. A British Society for Haematology Guideline: Diagnosis and management of thrombotic thrombocytopenic

purpura and thrombotic microangiopathies. Br J Haematol. 2023 Nov;203(4):546-63. DOI: https://doi.org/10.1111/bjh.19026.

30. Simões BP. Urgências em hematologia. Med (Ribeirão Preto). 1993;26(4):580–7.

31. Halfdanarson TR, Hogan WJ, Madsen BE. Emergencies in Hematology and Oncology. Mayo Clinic Proceedings [Internet]. 2017 Abr; [citado 2019 Mar 6]; 92(4):609–41. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025619617301398.

32. Spring J, Munshi L. Hematology Emergencies in Adults With Critical Illness: Malignant Hematology. Chest. 2022 Jul;162(1):120-31. DOI: https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.02.004.

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License.