



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL “Dr. Taminato Tion”



PROTOCOLO INSTITUCIONAL DOENÇA FALCIFORME NA EMERGÊNCIA

Reconhecimento, analgesia, estabilização e critérios de transferência



Figura 1. Esquema didático original: mecanismo simplificado da vaso-oclusão.

CÓDIGO DO PROTOCOLO

PMUE-HEM-001 | Aplicação: Pronto-Socorro Municipal / Sala Vermelha / equipe de transporte e regulação.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL “Dr. Taminato Tion”



1. OBJETIVO E ESCOPO

Padronizar o atendimento inicial de crianças, adolescentes e adultos com doença falciforme e complicações agudas, priorizando analgesia oportuna, reconhecimento da síndrome torácica aguda (STA), sepse, anemia aguda, AVC, priapismo e acionamento precoce da regulação quando o recurso definitivo não estiver disponível localmente.

REGRA DE SEGURANÇA

Crise dolorosa típica não deve ter analgesia atrasada para aguardar exames. Febre, hipoxemia, dor torácica, déficit neurológico, priapismo prolongado, choque ou queda aguda de hemoglobina mudam imediatamente o nível de risco.



Figura 2. Fluxo institucional simplificado de reconhecimento e destino inicial.

2. BASE CIENTÍFICA E DEFINIÇÕES

Este protocolo parte da transcrição “Anemia Falciforme na Emergência” e do Manual Municipal da Etapa 2. Para a versão institucional, recomendações de segurança foram confrontadas com o PCDT Doença Falciforme do Ministério da Saúde (Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 16/2024) e diretrizes da American Society of Hematology (ASH).

TERMO	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
CVO/VOE	Episódio agudo de dor por vaso-oclusão, após excluir sinais de complicação ou diagnóstico alternativo.
STA	Novo infiltrado pulmonar não atelectásico associado a quadro respiratório, dor torácica, febre e/ou hipoxemia.
Anemia aguda	Queda relevante da Hb em relação ao basal, com investigação de sequestro, aplasia, hemólise/hiper-hemólise ou sangramento.
Hb basal	Valor habitual fora de evento agudo; sempre procurar no prontuário ou perguntar ao paciente/família.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL “Dr. Taminato Tion”



3. TRIAGEM E PRIMEIROS 10 MINUTOS

- ABCDE; PA, FC, FR, temperatura, SpO₂ e escala de dor.
- Perguntar: genótipo, Hb basal, SpO₂ basal, plano analgésico habitual, uso prévio de opioide nas últimas 24 h, transfusões/alóanticorpos e hidroxiureia.
- Pesquisar ativamente: febre, tosse, dispneia, dor torácica, déficit neurológico, cefaleia nova intensa, priapismo, dor abdominal/aumento do baço, hematúria e sinais de choque.
- Acesso venoso quando quadro moderado/grave; monitor cardíaco/oximetria contínua se opioide parenteral repetido, hipoxemia, STA ou instabilidade.

META ASSISTENCIAL

Avaliar a dor e administrar medicação em até 60 minutos da chegada. Em dor grave, reavaliar frequentemente e titular o opioide conforme resposta, com vigilância de sedação e ventilação.

4. CRISE VASO-OCCLUSIVA DOLOROSA - CONDUTA OPERACIONAL

4.1 Analgesia

SITUAÇÃO	CONDUTA INICIAL
Plano individual disponível	Usar o esquema previamente eficaz, respeitando dose total já recebida e segurança clínica.
Dor leve/moderada	Dipirona 1 g IV/VO (adulto) ou 10-20 mg/kg/dose (pediatria; máx. 1 g/dose). Considerar AINE por curto período se função renal e risco hemorrágico permitirem.
Dor intensa / falha domiciliar	Morfina IV 0,1 mg/kg (faixa de referência 0,1-0,15 mg/kg; máximo inicial usual 10 mg). Se >50 kg e sem plano individual, 5-10 mg IV é faixa histórica de referência.
Acesso IV difícil	Considerar via subcutânea para opioide, conforme experiência e monitorização.
Persistência de dor grave	Reavaliar em 15-30 min no período de titulação; repetir/titular conforme resposta e efeitos adversos. Após controle, estabelecer doses programadas/PCA no ambiente adequado.

MORFINA - SEGURANÇA

Registrar dor, FR, SpO₂ e sedação antes e após doses. Reduzir dose/alongar intervalo em idosos, disfunção renal, depressão ventilatória ou associação com sedativos. Não usar meperidina/petidina como rotina.

4.2 Medidas associadas

- Corrigir desidratação e manter euvolemia; não hiper-hidratar rotineiramente.
- Oxigênio apenas se hipoxemia ou outra indicação.
- AINE pode ser adjuvante por curto período quando não houver DRC, sangramento, úlcera, alergia ou outra contraindicação.
- Não transfundir por dor não complicada isolada.
- Evitar corticosteroide sistêmico apenas para tratar CVO; usar somente quando houver indicação independente e clara.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL “Dr. Taminato Tion”



5. SÍNDROME TORÁCICA AGUDA (STA)

SUSPEITAR IMEDIATAMENTE

Dor torácica, febre, tosse, dispneia, queda da SpO₂ ou novo desconforto respiratório durante uma CVO devem ser tratados como possível STA até esclarecimento.

AÇÃO	PADRÃO INSTITUCIONAL
Imagem	RX de tórax. Se inicialmente normal e persistirem dor torácica/crise grave, repetir conforme evolução; POCUS pode ser complementar, não substituto automático.
Laboratório	Hemograma, reticulócitos, hemocultura se febre; outros conforme gravidade.
Oxigênio	Manter SpO ₂ ≥93% ou dentro de 3% do basal, conforme PCDT.
Volemia	Euvolemia; evitar bolus e hiper-hidratação de rotina.
Antibiótico	Cobrir germes típicos e atípicos conforme protocolo local: exemplo operacional ceftriaxona + azitromicina, ajustando idade, alergias e função renal.
Transfusão	Considerar transfusão simples se queda da Hb ≥1,5 g/dL do basal. Em progressão rápida/grave, discutir transfusão de troca ou simples urgente com referência/hemoterapia.
UTI/transferência	SpO ₂ <93%, necessidade crescente de O ₂ , desconforto respiratório, instabilidade ou progressão radiológica/clínica: CROSS imediato.

6. FEBRE / INFECÇÃO / SEPSE

- Paciente falciforme, especialmente criança, tem risco aumentado de infecção invasiva por asplenia funcional.
- Aplicar protocolo de sepse quando houver critérios; colher culturas quando indicado sem atrasar antibiótico no paciente séptico.
- Febre + sintomas respiratórios: investigar simultaneamente pneumonia e STA.
- Dor óssea focal atípica, edema e febre persistente: considerar osteomielite.

7. AVC / DÉFICIT NEUROLÓGICO AGUDO

TEMPO-DEPENDENTE

Acionar protocolo de AVC, neuroimagem e referência/hemoterapia simultaneamente. Não aguardar evolução clínica para iniciar regulação.

- Objetivo hematológico: transfusão urgente; preferir troca transfusional quando disponível, especialmente em AVC isquêmico agudo.
- Se troca não estiver imediatamente disponível e houver atraso relevante, discutir transfusão simples como ponte com serviço de referência, considerando Hb e risco de hiperviscosidade.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL “Dr. Taminato Tion”



- A presença de doença falciforme não constitui, por si só, proibição absoluta de trombólise IV no adulto. A decisão de reperfusão deve seguir critérios de AVC e discussão especializada, sem atrasar transfusão.
- Em crianças, trombólise IV não é recomendada como estratégia de rotina para AVC associado à DF.

8. PRIAPISMO

Priapismo doloroso persistente é emergência. Até 2 horas podem ser tentadas hidratação oral/venosa conforme estado, esvaziamento vesical, calor local e analgesia. Duração superior a 2-4 horas exige emergência, analgesia IV, avaliação urológica e contato com referência.

NÃO ATRASAR UROLOGIA

Transfusão não deve ser usada como manobra rotineira que atrase aspiração/irrigação ou tratamento urológico definitivo. O PCDT inclui transfusão de troca quando procedimento urológico não produz detumescência.

9. ANEMIA AGUDA / SEQUESTRO / APLASIA

ACHADO	PENSAR EM	CONDUTA
Hb baixa + reticulócitos altos + esplenomegalia/choque	Sequestro esplênico	Acesso venoso, suporte hemodinâmico, transfusão cautelosa e transferência.
Hb baixa + reticulócitos baixos	Crise aplástica	Investigar infecção viral; transfundir conforme repercussão; referência.
Queda Hb abaixo do pré-transfusional após transfusão recente	Hiper-hemólise	Contato imediato com hematologia/hemoterapia; evitar transfusões adicionais não discutidas.

10. TRANSFUSÃO - REGRAS DE SEGURANÇA

- Conhecer Hb basal e histórico de aloanticorpos.
- Preferir hemácias leucorreduzidas e compatibilização estendida conforme hemoterapia.
- Evitar elevar Hb excessivamente em HbSS/HbS β 0 pelo risco de hiperviscosidade; decisões devem ser individualizadas com hemoterapia.
- Não realizar sangria rotineira por Hb >10,5 g/dL durante CVO: essa proposta da aula não foi incorporada ao protocolo institucional.
- Indicações prioritárias para discussão transfusional: AVC/AIT, STA moderada/grave, anemia aguda sintomática, sequestro, aplasia grave, falência orgânica e situações selecionadas de priapismo refratário.

11. HIDROXIUREIA NO EVENTO AGUDO

Não iniciar hidroxiureia como analgésico de resgate. Em paciente que já usa, não suspender automaticamente por estar em CVO ou internado; verificar toxicidade hematológica, função renal/hepática, gestação e demais critérios do PCDT, discutindo com hematologia quando necessário.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL “Dr. Taminato Tion”



12. EXAMES POR SÍNDROME

SÍNDROME	EXAMES INICIAIS
CVO típica estável	Exames dirigidos; não atrasar analgesia.
CVO moderada/grave ou atípica	Hemograma + reticulócitos; função renal/eletrolitos conforme contexto.
STA	RX tórax, hemograma, reticulócitos, oximetria contínua; culturas se febre.
Anemia aguda	Hemograma, reticulócitos, tipagem/provas pré-transfusionais.
AVC	Protocolo de neuroimagem + exames do AVC; acionar hemoterapia.
Febre/sepsse	Hemograma, culturas e investigação de foco conforme protocolo de sepsse.

13. CRITÉRIOS DE CROSS / TRANSFERÊNCIA IMEDIATA

- AVC/AIT ou novo déficit neurológico.
- STA com SpO₂ <93%, necessidade crescente de O₂, desconforto respiratório, instabilidade ou provável necessidade de troca transfusional/UTI.
- Priapismo persistente >2-4 h sem recurso urológico definitivo local.
- Sequestro esplênico com choque/anemia relevante ou necessidade transfusional não disponível.
- Anemia aguda grave, hiper-hemólise, reação transfusional grave ou necessidade de hemoterapia especializada.
- Dor refratária que exige PCA/infusão analgésica ou monitorização não disponível.

INFORMAÇÕES PARA A REGULAÇÃO

Diagnóstico/genótipo se conhecido; idade/peso; Hb e SpO₂ basais; sinais vitais; início dos sintomas; escala de dor; Hb/reticulócitos atuais; RX; O₂ e analgesia já administrados; transfusões/aloanticorpos; motivo objetivo da transferência.

14. CRITÉRIOS DE ALTA

- Dor controlada com esquema oral factível e sem necessidade de opioide parenteral repetido.
- Sem febre de alto risco, hipoxemia, dor torácica/STA, déficit neurológico, anemia aguda ou priapismo persistente.
- Orientar retorno imediato por febre, dispneia, dor torácica, déficit neurológico, priapismo, síncope, palidez intensa ou dor refratária.
- Garantir seguimento com APS/hematologia e registrar o esquema que funcionou para futuras crises.

15. PRESCRIÇÃO-BASE DO ADULTO COM CVO GRAVE - MODELO

MODELO PARA ADAPTAÇÃO

1) Monitorização clínica/oximetria conforme gravidade. 2) Dipirona 1 g IV. 3) Morfina IV 0,1 mg/kg (máx. inicial usual 10 mg), titulando conforme resposta e protocolo; reavaliar dor/FR/SpO₂/sedação em 15-30



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITARIRI
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
PRONTO-SOCORRO MUNICIPAL “Dr. Taminato Tion”



min durante titulação. 4) SF 0,9% apenas se desidratação/necessidade clínica, evitando hiper-hidratação. 5) Oxigênio se hipoxemia. 6) Antiemético se necessário. 7) Hemograma + reticulócitos quando indicado pela gravidade/atipia. 8) Investigar imediatamente sinais de STA, sepse, AVC, anemia aguda ou priapismo.

A dose deve ser ajustada ao opioide já utilizado em casa, idade, função renal, ventilação e experiência prévia do paciente. Este modelo não substitui avaliação médica individual nem plano analgésico personalizado.

16. CHECKLIST DE SALA DE EMERGÊNCIA

✓	ITEM
☐	Dor medicada em até 60 min da chegada.
☐	Dor/FR/SpO ₂ /sedação reavaliadas após opioide.
☐	Febre e sintomas respiratórios pesquisados.
☐	Déficit neurológico e priapismo pesquisados.
☐	Hb basal e transfusões/aloanticorpos procurados.
☐	Hidratação sem sobrecarga.
☐	STA: alvo SpO ₂ ≥93% ou até 3% do basal.
☐	Critérios de CROSS avaliados precocemente.
☐	Plano de alta/retorno registrado se liberado.

17. REFERÊNCIAS E FONTES DAS ILUSTRAÇÕES

- Fonte-base do projeto: transcrição “Anemia Falciforme na Emergência”, aula do Dr. Felipe Melo, Serviço de Hematologia do HC, fornecida pelo solicitante.
- Brasil. Ministério da Saúde. PCDT Doença Falciforme. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 16, de 1º de novembro de 2024.
- American Society of Hematology. 2020 Guidelines for Sickle Cell Disease: Management of Acute and Chronic Pain; Transfusion Support; Cerebrovascular Disease.
- NHLBI. Evidence-Based Management of Sickle Cell Disease: Expert Panel Report, 2014.
- Ilustrações internas (Figuras 1 e 2): esquemas didáticos originais produzidos para este protocolo. Pesquisa visual de referência realizada em materiais do CDC/NIH e literatura de síndrome torácica aguda; nenhuma fotografia clínica externa foi incorporada ao arquivo para evitar ambiguidade de licença e identificação de pacientes.

STATUS

ETAPA 3 - PROTOCOLO INSTITUCIONAL, versão 1.0. Minuta técnica destinada à validação pela Direção Clínica/Responsável Técnico, Enfermagem, Farmácia e fluxo municipal de regulação/hemoterapia antes de publicação definitiva.