

HPP, sendo recentemente considerada a Hb <10 g/dL como corte. Essa abordagem apresenta limitações, visto que fatores como anemia prévia, morosidade da liberação dos exames e a hemodiluição fisiológica da gestação interferem na avaliação dos resultados. Alguns estudos avaliaram que o Índice de Choque (Shock Index, SI $\geq 1,0$), demonstrou valor apenas na identificação de deterioração clínica já estabelecida, atuando como marcador de gravidade, e não como ferramenta de diagnóstico precoce. A única medida efetiva para tratar os casos de HPP grave é a transfusão sanguínea e algumas associações recomendam a indicação de transfusão sanguínea com valores de Hb < 7 g/dL. Todavia, existem diretrizes que consideram essa conduta arbitrária e alertam para o risco de transfusões desnecessárias quando baseada apenas nesse parâmetro. As condutas são baseadas no atendimento ao trauma, devido à falta de estudos específicos em obstetrícia, como a administração simultânea de Concentrado de Hemácias (CH), Plasma Fresco Congelado (PFC) e Concentrado de Plaquetas (CP) na proporção 1:1:1. O concentrado de fibrinogênio e o crioprecipitado são hemocomponentes em investigação devido à sua depleção durante episódios de hemorragia, por isso foi levantada a hipótese de que sua reposição poderia reduzir a extensão do sangramento, porém os estudos realizados até o momento não demonstraram desfechos clínicos favoráveis significativos. **Conclusão:** As indicações de TS da HPP ainda são amplas, pouco padronizadas e fundamentadas em critérios clínicos subjetivos. Os parâmetros atualmente utilizados para guiar a conduta transfusional revelam limitações importantes e não têm se mostrado eficazes para o diagnóstico precoce ou para a tomada de decisão de forma precisa. Em razão da escassez de ensaios clínicos randomizados recentes, as revisões sistemáticas e meta-análises disponíveis não oferecem evidências robustas o suficiente para sustentar, com segurança, as condutas transfusionais adotadas. Tal situação reforça a necessidade urgente de estudos de alta qualidade metodológica que subsidiem decisões mais seguras, objetivas e embasadas em evidência científica no manejo de TS da HPP.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105408>

ID – 2033

HIDROXIUREIA E TERAPIAS EMERGENTES NA ANEMIA FALCIFORME: UMA COMPARAÇÃO ENTRE MECANISMOS E RESULTADOS CLÍNICOS

IS Andrade, MZ Rodrigues, LBS Contreiras,
BT Campos, LS de Oliveira, PPCdO Silva,
GHdSA Glória, NV Gimenes, AFM Fiorillo,
GP Gutierrez

Universidade Católica de Brasília (UCB), Brasília,
DF, Brasil

Introdução: Dentre as diferentes abordagens terapêuticas para a Anemia Falciforme (AF), destaca-se a utilização da

Hidroxiureia (HU). Contudo, Terapias Emergentes (TE) vêm ganhando relevância e ocupando espaço do sistema de saúde, apresentando resultados clínicos importantes. **Objetivos:** Analisar o uso da HU e das terapias emergentes no tratamento da AF, considerando seus mecanismos de ação, eficácia e perspectivas terapêuticas. Compreender a função consolidada da HU e avaliar o potencial da terapia e edição gênica, do uso do RNA terapêutico e dos indutores de Hemoglobina Fetal (HbF), com ênfase na viabilidade de ampliação do acesso no sistema público de saúde. **Material e métodos:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada nas bases de dados LILACS e SciELO. Foram incluídas revisões, meta-análises, ensaios clínicos, livros e documentos técnicos publicados entre 2018 e 2025, nos idiomas português e inglês. Utilizaram-se os descritores: “hidroxiureia”, “anemia falciforme” e “mecanismos”. **Discussão e conclusão:** Hidroxiureia constitui-se como tratamento padrão da AF no Brasil. Em relação à eficácia clínica, há uma variação de 68% a 84% de redução de crises, o que demonstra um bom desempenho na redução das manifestações da doença. A análise bibliográfica apresenta TE promissoras, porém pouco exploradas, tais quais: terapia gênica, técnicas de RNA terapêutico e novos indutores de HbF. A única opção curativa atualmente para a AF é o transplante de células-tronco hematopoieticas, entretanto, devido a limitação de compatibilidade, apenas 25% dos casos possuem doadores compatíveis. O tratamento com HU é o padrão vigente e o mais acessível dentre as opções terapêuticas para a AF. Devido aos seus benefícios, como o aumento da HbF, Hb e do VCM, seu uso reduz a frequência das hospitalizações e complicações advindas da AF. Contudo, porque a HU não é curativa, terapias de maior especificidade têm emergido. Entre elas, a terapia gênica contribui para o aumento da hemoglobina funcional. A edição gênica consiste na correção da mutação responsável pela produção da HbS. O uso de moléculas de RNA sintético inibe genes que reduzem a produção de HbF, e novos indutores de HbF reduzem a falcização das hemácias. Tais terapias têm perspectiva de resposta duradoura, apesar de o transplante de células-tronco hematopoieticas ser a única opção com potencial curativo comprovado para AF. Porém, há a dificuldade de inseri-las de forma universal e equitativa no SUS, devido ao alto custo, à infraestrutura insuficiente e à ausência de regulamentação. Comparativamente, reafirma-se a HU como terapia padrão de eficácia comprovada. Todavia, com a finalidade de potencializar os tratamentos e reduzir as manifestações clínicas da doença falciforme, é essencial investir na implementação das TE no SUS. A HU permanece como o tratamento mais eficaz e acessível da AF, com benefícios na redução das manifestações clínicas da doença. No entanto, as TE demonstram grande potencial terapêutico, especialmente pela possibilidade de eficácia prolongada. Sua efetivação, contudo, é limitada por entraves econômicos e estruturais. São necessárias políticas públicas voltadas à viabilização das TE no SUS, a fim de garantir equidade no acesso aos tratamentos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.105409>