

uso de novas terapias, como o Emicizumabe, associada a um acompanhamento multidisciplinar estruturado no tratamento da hemofilia, tem proporcionado melhorias expressivas no controle de sangramentos, na redução da dor e no bem-estar global. Esse cuidado integrado promove não apenas melhor condicionamento físico, mas também autonomia e qualidade de vida para pacientes com hemofilia e inibidor.

Referências:

Hayran Y, et al. Effectiveness of physiotherapy on pain, strength, balance and hemarthrosis in patients with Haemophilic arthropathy: A randomized controlled trial. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2025;26(1).

Hilberink SR, et al. Effects of exercise in people with Haemophilia: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Research in developmental disabilities*. 2020;104(1).

Ozkan T, et al. Physiotherapy improves quality of life in people with Haemophilia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Haemophilia*. 2024;30(2).

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104907>

ID – 2819

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDE GESTACIONAL: UMA REVISÃO

M Marques Silva de Carvalho,
G Borges Alves dos Santos, C Ribeiro Borges,
B Lacerda de Souza

Universidade de Uberaba, Uberaba, MG, Brasil

Introdução: A Síndrome Antifosfolípide gestacional (SAF) é uma trombofilia adquirida e rara, caracterizada pela presença morbidade fetal e de pelo menos um anticorpos antifosfolípides: Anticoagulante Lúpico (LAC), Anticardiolipina (ACA) ou anti- $\beta 2$ Glicoproteína I ($\alpha \beta 2$ GP1), que ativam células e induzem inflamação, resultando em um estado pró-trombótico e pró-inflamatório. Dessa forma, pacientes portadoras de SAF podem apresentar complicações gestacionais importantes que englobam um vasto leque de complicações relacionadas ao binômio materno-fetal ao longo da gestação. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é avaliar os tratamentos de anticoagulação durante a gestantes portadoras de SAF, tendo em vista que a terapia é fundamental para melhorar os desfechos da gravidez. **Material e métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática com evidências científicas coletadas em 05 de agosto de 2025, utilizando os bancos de dados MEDLINE, PubMed e LILACS. Os descritores utilizados foram “anticoagulants”, “antiphospholipid syndrome” and “pregnancy”, combinados pelo operador booleano AND. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis online, publicados em português e inglês nos últimos 5 anos. Foram excluídos artigos não relacionados ao tema e literatura cinzenta. Foram encontrados 101 artigos originais, dos quais 37 foram pré-selecionados, e após leitura detalhada, 5 atenderam aos critérios estabelecidos. **Discussão e Conclusão:** A tromboprolifasia primária geralmente não é recomendada para

pacientes com anticorpos positivos para SAF sem histórico de trombose e sem resultados adversos na gravidez. Nessas pacientes, que apresentam situações de alto risco, como cirurgia, imobilização prolongada, puerpério e outros advenços como histórico de perda fetal no primeiro trimestre devem fazer uso de Ácido Acetilsalicílico (AAS) 81 a 100 mg/dia iniciados antes das 16ª semanas de gestação, sendo possível a associação com Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM) profilático, como a enoxaparina 40 mg subcutânea uma vez ao dia. Em casos com histórico anterior de complicações mediadas pela placenta ou pacientes positivas recorrentes para os três tipos de anticorpos (LAC, ACA e $\alpha \beta 2$ GP1), recomenda-se também com AAS com HBPM profilático. Pacientes com SAF com eventos trombóticos recomenda-se AAS e dose intermediária ou dose plena de HBPM. Devido à teratogenicidade de varfarina, não é aconselhado o seu uso durante a gestação. Além disso, as opções de Anticoagulantes Orais de Ação Direta (DOACs) não são também prescritos, pois não há dados suficientes para julgar a segurança da medicação durante a gravidez. Diante do que foi analisado, é possível observar que é necessário avaliar o histórico da paciente grávida portadora de SAF a fim de terminar com exatidão qual direcionamento do tratamento será seguido. Dessa forma, é imprescindível realizar um bom acompanhamento da paciente antes mesmo da concepção, se possível, para que assim o profissional de saúde possa tomar a melhor conduta para visar o bem-estar da paciente e da gestação. Além disso, é importante destacar que há necessidade de pesquisas sobre o uso dos DOACs nessa população tendo em vista que falta literatura acerca disso. Tendo em vista a gravidade e potencial de complicações relacionadas à patologia, observa-se uma carência de literatura e informações consistentes baseadas em evidências para um manejo adequado e seguro dos casos, principalmente quando a sua profilaxia.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104908>

ID – 2910

ACIDENTE VASCULAR HEMORRÁGICO (AVCH) COMO DESFECHO FATAL EM PACIENTE COM HEMOFILIA A ADQUIRIDA

JIDO dos Santos, AMMDS Ferreira,
ADMB Aguiar, ICS de Araújo, RA de Assis,
AM Vanderlei, MDCB Correia, LESL Leite,
CC Silva e Dutra, WAP Araújo Junior,
PBT Ernesto, GF de Sousa, FRDA Melo Filho

Fundação de Hematologia e Hemoterapia de Pernambuco (HEMOPE), Recife, PE, Brasil

Introdução: A hemofilia A adquirida é uma doença hemorrágica rara, com incidência mundial de 1 a 1,5 caso por milhão de habitantes. É uma doença de origem autoimune, caracterizada pela produção de autoanticorpos contra o Fator VIII (FVIII), sem histórico familiar de distúrbios hemorrágicos. Tem como fatores de risco: doenças autoimunes, neoplasias (sólidas ou hematológicas), uso de certos medicamentos, gestação e período pós-parto. **Descrição do caso:** Paciente de 57 anos, sexo feminino, hipertensa (em uso de anlodipino

e enalapril), admitida com relato de astenia, tontura e hematoma extenso em parede abdominal após queda da própria altura. Exame físico da admissão com mucosas hipocoradas e hematoma em abdome. Exames laboratoriais iniciais com anemia (hb: 6 g/dL, VCM=83.4, HCM=26.9), leucócitos e plaquetas normais, bem como INR normal (1.11), entretanto com TTPA ratio (3,39) e com o teste da mistura não houve correção. Dosagem de fator VIII: 0,5% e inibidor de fator VIII: 448 UB. Demais exames de investigação apenas com fator reumatoide positivo e tomografia computadorizada de tórax com nódulo pulmonar de 1,2 cm indeterminado. Foi iniciado fator VII 6 mg 12/12h por suspeita de hemofilia A adquirida, porém 07 dias depois, a paciente evoluiu com convulsão do tipo tônico-clônico generalizada, com tomografia de crânio constatando hematoma subdural e sangramento puntiforme frontobasal, com conduta conservadora. Após evento hemorrágico, fora trocado fator VII por Complexo Protrombínico Parcialmente Ativado (CCPA) a 85%, contudo a paciente evoluiu com novos hematomas em membros superiores. Após novo ajuste de CCPA para 95%, apresentou placas urticariformes e sensação de dispneia após infusão, com suspensão do complexo e retorno do fator VII, bem como início de prednisona (1 mg/kg/dia) e Ciclofosfamida (1 mg/kg/dia) (realizadas 04 doses, com intervalo de 07 dias cada). Após estabilização clínica e melhora sintomática, a paciente recebeu alta hospitalar, com acompanhamento ambulatorial da hematologia e neurologia, porém apresentou novo déficit neurológico em residência, quatro semanas após alta. Nova tomografia de crânio evidenciou novo AVCh, evoluindo para óbito horas depois. **Conclusão:** A hemofilia A adquirida é uma condição hemorrágica rara, potencialmente grave e de evolução imprevisível, que pode cursar com sangramentos espontâneos e de difícil controle, mesmo diante de tratamento especializado. A presença de inibidores contra o fator VIII impõe desafios terapêuticos significativos, demandando intervenção rápida e individualizada com agentes *bypass* e imunossuppressores. O caso descrito reforça que complicações como o acidente vascular cerebral hemorrágico podem ocorrer de forma abrupta e fatal, ressaltando a necessidade de diagnóstico precoce, manejo multidisciplinar e monitoramento rigoroso para reduzir o risco de eventos graves e melhorar o prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104909>

ID – 93

ADESÃO À PROFILAXIA COM FATORES DE COAGULAÇÃO EM ADOLESCENTES E ADULTOS COM HEMOFILIA

NM Beserra^a, RM Camelo^b, AOR Sacramento^c, ES Nascimento^d, RPG Machado^d, CMG Machado^d, SMC Dantas^d, SGM Rocha^d, LEM Carvalho^a, RPG Lemes^d

^a Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE), Fortaleza, CE, Brasil

^b Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil

^c Fundação HEMOMINAS, Belo Horizonte, MG, Brasil

^d Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil

Introdução: A hemofilia é a deficiência do fator de coagulação VIII (hemofilia A) e IX (hemofilia B). A característica mais comum da doença é a presença de sangramentos espontâneos, principalmente nas articulações. Esses sangramentos levam à artropatia, resultando em dor crônica, imobilidade e piora da qualidade de vida. O fator de coagulação continua sendo o agente terapêutico mais comum no tratamento da hemofilia. A profilaxia é recomendada para evitar hemorragias e preservar a saúde articular. Devido à farmacocinética variável dos fatores de coagulação, a prevenção de hemorragias pode não ser efetiva. Os melhores resultados da profilaxia estão relacionados com a elevada adesão ao tratamento, o que mantém o potencial hemostático do fator de coagulação administrado. **Objetivos:** O nosso objetivo foi identificar os determinantes da adesão à profilaxia com fatores de coagulação em Pessoas com Hemofilia (PcH). **Materiais e métodos:** Realizou-se um estudo transversal no Ambulatório de Coagulopatias do Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE), localizado em Fortaleza/Brasil, entre junho e outubro/2022. Foram incluídas as PcH A ou B sem inibidor com idade ≥ 14 anos que tinham prescrição de profilaxia com fatores de coagulação. A adesão ao tratamento foi medida pelo questionário *Validated Hemophilia Regimen Treatment Adherence Scale-Prophylaxis* (VERITAS-Pro), traduzido e validado para o português brasileiro. Dados demográficos, clínicos e terapêuticos foram coletados dos prontuários e por entrevista. A Qualidade de Vida (QdV) relacionada à saúde foi medida pelo questionário genérico Short Form 36 questions (SF-36). Variáveis contínuas foram expressas em mediana (Intervalo Interquartil [IIQ]) e variáveis categóricas foram expressas em número absoluto (porcentagem). **Resultados:** Entre as 78 PcH, a idade à inclusão foram 30,0 anos (20,8–39,0), 70 (90%) PcH tinham hemofilia grave, 46 (59%) relataram doença articular e 67 (86%) faziam infusão 3x/semana. A pontuação SF-36 total foram 70,3 (57,3–83,3), sendo menor para “Saúde geral” e “Dor corporal”, e maior para “Limitações funcionais física” e “Limitações funcionais emocionais”. A pontuação VERITAS-Pro foram 44,0 (35,0–50,0) e 70 (90%) PcH eram aderentes. O domínio “Lembrar” teve o melhor desempenho (73 [94%] PcH aderentes) e o domínio “Comunicação” teve o pior desempenho (41 [53%] PcH aderentes). A adesão à profilaxia foi associada à hemofilia A ($p=0,012$) e infusões $> 2\times/semana$ ($p=0,008$), mas não com SF-36. A adesão à profilaxia teve correlação inversa com a duração da profilaxia ($p=0,005$) e direta com saúde mental ($p=0,007$). **Discussão e Conclusão:** Observamos uma elevada prevalência de adesão à profilaxia com fatores de coagulação. Os fatores determinantes da adesão foram ter hemofilia A e fazer infusões $> 2\times/semana$, além de ter boa saúde mental. Curiosamente, estar em profilaxia há menos tempo, mas não a idade mais jovem, foi associado à adesão à profilaxia com fator de coagulação.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2025.104910>