

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 1/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

SUMÁRIO

Sumário

SUMÁRIO	1
1. SIGLAS E CONCEITOS	2
2. OBJETIVO (S)	2
3. JUSTIFICATIVAS	3
4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	3
5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES	4
6. CLASSIFICAÇÃO	4
7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO	5
8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS	7
9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO	8
10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA	11
11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA	13
12. FLUXOS	16
13. MONITORAMENTO	16
14. REFERÊNCIAS	18
15. DOCUMENTOS RELACIONADOS	19
16. HISTÓRICO DE REVISÃO	19

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 2/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

1. SIGLAS E CONCEITOS

ALT – Alanina Aminotransferase

AST – Aspartato Aminotransferase

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

FAN – Fator Antinuclear

LDH – Lactato Desidrogenase

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HBV – Vírus da Hepatite B

HCV – Vírus da Hepatite C

HC-UFU – Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV – Vírus Linfotrópico de Células T Humanas

IgG – Imunoglobulina G

IgM – Imunoglobulina M

IVIg – Imunoglobulina Humana Intravenosa

PTI – Púrpura Trombocitopênica Imune

TAP – Tempo de Atividade da Protrombina

TTPA – Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

TSH – Hormônio Tireoestimulante

2. OBJETIVO (S)

2.1 Objetivo Primário

Alinhar o cuidado prestado no HC-UFU às melhores práticas e diretrizes nacionais, em especial as preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Rede EBSERH.

- :: EM ELABORAÇÃO :: -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 3/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

2.2 Objetivos secundários

- Padronizar o diagnóstico da Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI);
- Reduzir o risco de sangramentos clinicamente significativos nos pacientes;
- Orientar a indicação e a escolha terapêutica conforme a gravidade do quadro;
- Garantir segurança, racionalidade e efetividade no cuidado ao paciente com PTI.

3. JUSTIFICATIVAS

A PTI é uma doença hematológica autoimune caracterizada por trombocitopenia isolada e risco variável de sangramento, podendo evoluir com complicações graves e potencialmente fatais. A ausência de um teste diagnóstico específico e a necessidade de exclusão de causas secundárias tornam o manejo clínico complexo e dependente de avaliação criteriosa e padronizada (PROVAN et al., 2010; NEUNERT et al., 2019). A implementação de um protocolo assistencial institucional visa padronizar o atendimento, reduzir variações na prática clínica, promover o uso racional de recursos terapêuticos e garantir maior segurança ao paciente, contribuindo para a melhoria dos desfechos clínicos e para a adesão às diretrizes nacionais e internacionais vigentes (BRASIL, 2020; PROVAN et al., 2019).

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

A definição clara dos critérios de inclusão e exclusão é fundamental para garantir que este protocolo seja aplicado à população correta, maximizando a segurança e a eficácia das diretrizes aqui estabelecidas.

4.1 Critérios de Inclusão

Serão incluídos neste protocolo os pacientes que atendam aos seguintes critérios:

- Pacientes com diagnóstico confirmado de PTI, conforme os critérios diagnósticos definidos na seção 8;
- Presença de trombocitopenia isolada ($< 100.000/mm^3$);
- Presença de sintomas hemorrágicos ou contagens plaquetárias que indiquem risco clínico e necessidade de tratamento.

- : | **EM ELABORAÇÃO** | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 4/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

4.2 Critérios de Exclusão

Serão excluídos da aplicação deste protocolo os pacientes que apresentem:

- Trombocitopenias secundárias a outras condições clínicas, como neoplasias hematológicas, infecções ativas (HIV, HCV), uso de fármacos, doenças autoimunes sistêmicas (ex: Lúpus Eritematoso Sistêmico) ou hiperesplenismo;
- Crianças e adolescentes;
- Contraindicação absoluta aos medicamentos preconizados neste protocolo.

5. ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS, RESPONSABILIDADES

Compete à equipe multiprofissional envolvida no cuidado ao paciente com PTI:

- **Médico assistente:** realizar avaliação clínica, estabelecer diagnóstico, indicar e ajustar tratamento conforme protocolo;
- **Equipe de enfermagem:** monitorar sinais vitais, sangramentos, efeitos adversos e garantir a administração segura das terapias;
- **Farmácia clínica:** orientar quanto ao uso racional dos medicamentos e monitorar eventos adversos;
- **Equipe multiprofissional:** atuar de forma integrada visando à segurança do paciente e à continuidade do cuidado.

6. CLASSIFICAÇÃO

A classificação da PTI é essencial para a estratificação de risco, a definição do prognóstico e a tomada de decisão terapêutica. A doença é categorizada com base em dois critérios principais: o tempo de evolução desde o diagnóstico e a gravidade das manifestações clínicas.

6.1 Classificação Temporal

A classificação temporal permite diferenciar as fases da doença, o que tem implicação direta na expectativa de resolução espontânea e na escolha do tratamento.

Tabela1. Classificação temporal da PTI

Classificação	Definição
PTI recentemente diagnosticada	Até 3 meses do diagnóstico
PTI persistente	Duração entre 3 e 12 meses
PTI crônica	Duração superior a 12 meses

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 5/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

6.2 Classificação de Gravidade

A classificação de gravidade orienta a necessidade de intervenção terapêutica imediata, focando na prevenção de sangramentos relevantes.

Tabela 2. Classificação de Gravidade da PTI

Gravidade	Características
Não grave	Ausência de sangramento ou presença apenas de manifestações cutâneas leves (petéquias, equimoses).
Grave	Presença de sangramento clinicamente relevante que exige intervenção imediata, ou ocorrência de nova hemorragia que necessite de terapia adicional.

7. HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

A avaliação clínica do paciente com suspeita ou diagnóstico de PTI deve ser minuciosa, sistematizada e direcionada à confirmação da trombocitopenia isolada, à identificação de sinais de gravidade e à exclusão de causas secundárias. Como se trata de um diagnóstico de exclusão, a anamnese e o exame físico assumem papel central no manejo inicial e no seguimento clínico (PROVAN et al., 2010; NEUNERT et al., 2019).

7.1 Caracterização do sangramento

A investigação do padrão hemorrágico é essencial para estratificação de risco e tomada de decisão terapêutica. Deve-se avaliar:

- Tipo de sangramento (cutâneo, mucoso, visceral ou sistema nervoso central);
- Frequência, duração e intensidade dos episódios;
- Presença de sangramentos espontâneos ou desencadeados por traumas mínimos;
- História prévia de sangramentos graves ou necessidade de transfusões.

Sangramentos mucosos ou viscerais são considerados indicadores de maior gravidade clínica, independentemente da contagem plaquetária isolada (NEUNERT et al., 2019; COOPER; GHANIMA, 2019).

7.2 História medicamentosa e exposições

Deve ser realizada revisão detalhada do uso atual e prévio de medicamentos e exposições potencialmente associados à trombocitopenia, incluindo:

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 6/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Heparina, antibióticos, anticonvulsivantes e anti-inflamatórios;
- Fitoterápicos e suplementos;
- Vacinações recentes;
- Exposição a toxinas ou drogas ilícitas.

A identificação de trombocitopenia induzida por fármacos é fundamental para exclusão diagnóstica e prevenção de condutas inadequadas (PROVAN et al., 2019; AUDIA et al., 2017).

7.3 História infecciosa e doenças associadas

A anamnese deve investigar antecedentes de infecções virais recentes ou crônicas, com destaque para:

- Infecções respiratórias ou gastrointestinais recentes;
- Histórico de HIV, HCV ou HBV;
- Infecção prévia por *Helicobacter pylori*, quando aplicável.

Além disso, deve-se investigar doenças autoimunes, neoplasias hematológicas e antecedentes familiares de distúrbios hematológicos, que podem sugerir causas secundárias de trombocitopenia (CINES; BLANCHETTE, 2002; GODEAU; MICHEL, 2017).

7.4 Avaliação clínica geral e comorbidades

É essencial identificar comorbidades que possam influenciar o risco hemorrágico ou a escolha terapêutica, como:

- Hipertensão arterial sistêmica;
- Doença hepática ou renal;
- Doenças cardiovasculares;
- Gestação.

Essas condições podem modificar o limiar terapêutico e impactar diretamente o prognóstico do paciente com PTI (COOPER; GHANIMA, 2019).

7.5 Exame físico direcionado

O exame físico deve ser completo e direcionado, com especial atenção para:

- Pele e mucosas: pesquisa de petéquias, equimoses, púrpura, sangramento gengival;
- Avaliação de cavidade oral e nasal;

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 7/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Pesquisa de linfadenomegalias e esplenomegalia;
- Avaliação neurológica sumária, especialmente em pacientes com cefaleia, alteração do nível de consciência ou déficit focal.

A presença de esplenomegalia significativa ou linfadenomegalias generalizadas sugere diagnósticos alternativos à PTI primária e deve motivar investigação adicional (PROVAN et al., 2010; RODEGHIERO et al., 2009).

7.6 Avaliação evolutiva e acompanhamento clínico

Durante o seguimento, a história clínica deve ser atualizada periodicamente para:

- Avaliar resposta terapêutica;
- Identificar recorrência ou progressão de sangramentos;
- Detectar precocemente efeitos adversos dos tratamentos instituídos.

A avaliação clínica seriada é considerada um dos pilares do manejo seguro e eficaz da PTI, especialmente em quadros persistentes ou crônicos (NEUNERT et al., 2019; LAMBERT; GERNSHEIMER, 2017).

8. EXAMES DIAGNÓSTICOS INDICADOS

O diagnóstico da PTI é fundamentalmente de exclusão. Isso significa que não existe um marcador laboratorial específico para confirmar a doença. A confirmação diagnóstica depende de uma investigação criteriosa para descartar todas as outras causas potenciais de trombocitopenia, garantindo que o tratamento seja direcionado e seguro.

Critérios Diagnósticos: A confirmação requer a presença dos seguintes achados:

- Trombocitopenia isolada (< 100.000 plaquetas/mm³);
- Hemograma com contagem de leucócitos e níveis de hemoglobina normais;
- Esfregaço de sangue periférico sem alterações morfológicas que sugiram outras patologias (ex: pseudotrombocitopenia, microangiopatias);
- Exclusão de causas secundárias de trombocitopenia.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 8/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

8.1 Exames Complementares

Para excluir outras condições, a seguinte investigação laboratorial é recomendada:

Tabela 3. Exames complementares para PTI

Exame	Finalidade
Hemograma	Confirmar a trombocitopenia isolada e avaliar outras séries celulares.
Esfregaço periférico	Excluir pseudotrombocitopenia e outras alterações morfológicas.
Sorologias (HIV, HBV, HCV, HTLV)	Investigar causas infecciosas de trombocitopenia secundária.
Provas de hemólise (LDH, bilirrubinas, contagem de reticulócitos)	Excluir associação com anemia hemolítica autoimune ou com outras anemias hemolíticas, como anemias hemolíticas microangiopáticas (ex: púrpura trombocitopênica trombótica, síndrome hemolítico-urêmica).
FAN e autoanticorpos (anti-coagulante lúpico, anti-cardiolipina IgM e IgG, anti-Beta2-glicoproteína IgM e IgG)	Investigar doenças autoimunes sistêmicas (ex: Lúpus), quando houver suspeita clínica.
TSH	Avaliar função tireoideana.
TAP e TTPA	Investigar outras causas de plaquetopenia (coagulação intravascular disseminada, doença hepática).
Ultrassonografia de abdome	Investigar esplenomegalia.
Aspirado/Biópsia de medula óssea	Reservado para casos selecionados: considerar em pacientes com mais de 60 anos, citopenias associadas, achados atípicos no exame físico ou falha terapêutica inexplicada.

9. TRATAMENTO INDICADO E PLANO TERAPÊUTICO

O princípio fundamental do tratamento da PTI é reduzir o risco de sangramento clinicamente significativo, e não necessariamente normalizar a contagem de plaquetas. A decisão de iniciar a terapia, bem como a escolha do tratamento, deve ser individualizada, baseando-se na gravidade do sangramento, na contagem plaquetária e no contexto clínico geral do paciente. As opções terapêuticas incluem corticosteroides, imunoglobulina intravenosa, esplenectomia e agentes de segunda linha nos casos refratários, conforme diretrizes vigentes (NEUNERT et al., 2019; COOPER; GHANIMA, 2019).

9.1 Emergências

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 9/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Uma emergência em PTI é definida pela presença de sangramento grave, como hemorragia intracraniana ou sangramento mucoso (digestivo, geniturinário ou respiratório) com instabilidade hemodinâmica ou respiratória. A conduta deve ser imediata e agressiva:

1. **Internação Imediata:** O paciente deve ser admitido em unidade apropriada (Enfermaria ou UTI, conforme a gravidade).
2. **Corticoterapia Intravenosa:** Administrar metilprednisolona em altas doses (1g/dia por 3 dias ou 15 mg/kg a 30 mg/kg durante 3 dias.).
3. **Imunoglobulina Humana Intravenosa (IVIg):** Administrar IVIg (0,8 a 1 g/kg por dia, por um a dois dias) para promover um aumento rápido da contagem de plaquetas. Repete-se a dose no segundo dia caso a contagem de plaquetas permaneça abaixo de 50.000/mm³.
4. **Transfusão de Plaquetas:** Reservada para casos de sangramento com risco iminente de vida, pois as plaquetas transfundidas serão rapidamente destruídas pelos autoanticorpos. Recomenda-se quantidade três vezes maior do que a usual, em vista da destruição rápida das plaquetas que ocorre na PTI (3 unidades para cada 10 kg).

9.2 Tratamento em Adultos

Nos adultos, a tendência à cronicidade exige uma abordagem baseada em limiares plaquetários mais definidos, devido ao menor índice de remissão espontânea.

- **Observação:** Pacientes com contagem de plaquetas entre 20.000/mm³ e 30.000/mm³ e sem sangramento ativo podem ser apenas observados, considerar tratamento apenas em casos de manifestações clínicas.
- **Primeira Linha:** O tratamento é indicado para pacientes com plaquetas < 20.000/mm³ ou com plaquetas < 30.000/mm³ na presença de sangramento. A terapia inicial consiste em corticosteroides: Prednisona (0,5 a 2mg/kg/dia por no máximo 6 semanas) ou Dexametasona (40 mg/dia, por 4 a 8 dias).
- **Falha Terapêutica/Sangramento Significativo:** A IVIg é indicada em caso de falha da corticoterapia ou na presença de sangramento mucoso significativo. Pode ser utilizada em 1ª linha se corticoterapia estiver contraindicada ou em combinação com corticoide para rápido incremento plaquetário. Dose: 1g/kg/dia por 1 ou 2 dias consecutivos, podendo ser repetida se necessário, 400mg/Kg/dia por 5 dias.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001
		Página 10/19
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão: Versão:
		Próxima revisão:

- **Doença Crônica Refratária:** A esplenectomia é a principal opção de segunda linha para pacientes que não respondem ao tratamento, ou se tornam dependentes de corticosteroides, devendo ser evitada nos primeiros 12 meses de doença pela chance de remissão espontânea.

Tabela 4. Definição em tempo da resposta inicial ao tratamento

Tratamento	Dose	Tempo de Resposta
Prednisona	1mg/kg/dia por 2 – 4 semanas	4 – 14 dias
Dexametasona	40 mg/dia por 4- 8 dias	2 – 14 dias
IVIg	400 mg/kg/dia por 5d 1g/kg/dia por 1-2 dias	1 – 4 dias
Rituximab	375mg/m ² /semana por 4 doses	1 – 8 semanas
Esplenectomia	Não se aplica	1 – 24 dias
Eltrombopag	25 – 75mg/dia VO	15 dias (> 80% com dose 50 – 75mg/d aumentam o valor das plaquetas)
Romiplostin	1 – 10mcg/Kg/semana SC	1 – 4 semanas se plaquetas <30.000 para atingir >50.000
Fostamatinib	100mg/2x/dia	15 dias

9.3 Doença Refratária

A doença refratária é definida pela falha terapêutica após a esplenectomia ou pela presença de contraindicação ao procedimento em pacientes com PTI grave e sintomática. As opções terapêuticas devem seguir uma linha de sucessão, conforme a resposta e a tolerância.

Tabela 5. Medicação e indicação terapêutica em caso de doença refratária

Medicamento	Indicação Terapêutica	Dose Terapêutica
Azatioprina	Tratamento inicial para doença refratária.	Adultos: 150 mg/dia, VO, diariamente.
Ciclofosfamida	Alternativa à azatioprina no tratamento inicial da doença refratária.	Adultos: 150 mg/dia, VO, diariamente.
Eltrombopague	Indicado após falha terapêutica com	Adultos: dose inicial de 50 mg, VO, uma vez ao dia. Ajustar dose para atingir contagem de plaquetas > 50.000/mm ³ até dose máxima de 75 mg/dia. Para pacientes com

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001
		Página 11/19
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão: Versão:
		Próxima revisão:

	azatioprina ou ciclofosfamida.	ascendência asiática, incluindo aqueles com insuficiência hepática, a dose inicial deve ser de 25 mg, VO, uma vez ao dia.
Danazol	Indicado para adultos após falha do eltrombopague.	Adultos: 400 mg/dia a 800 mg/dia, VO, diariamente.
Vincristina	Reservada para casos de falha ou refratariedade aos demais agentes.	Adultos: 1,4 mg/m ² (até a dose máxima de 2 mg), EV, uma vez por semana, por quatro semanas consecutivas, a cada seis semanas.

9.5 PTI na Gestação

O manejo da gestante com PTI exige uma abordagem multidisciplinar, envolvendo as equipes de Hematologia, Obstetrícia, Anestesia e Neonatologia. O tratamento é indicado quando a contagem de plaquetas está abaixo de 20.000/mm³-30.000/mm³ (especialmente nos dois primeiros trimestres) ou na presença de sangramento. As terapias de preferência, por sua segurança para o feto, são os corticosteroides e a IVIg. O objetivo é manter uma contagem plaquetária segura para a mãe e para o parto. Após o início do tratamento, o acompanhamento contínuo e o monitoramento rigoroso são cruciais para o sucesso terapêutico.

10. CRITÉRIOS DE MUDANÇA TERAPÊUTICA

A mudança terapêutica no manejo PTI deve ser orientada por critérios clínicos, laboratoriais e de segurança, priorizando a prevenção de sangramentos clinicamente significativos e a redução de eventos adversos relacionados ao tratamento. A decisão deve ser individualizada e baseada em diretrizes nacionais e internacionais atualizadas (NEUNERT et al., 2019; PROVAN et al., 2019).

10.1 Falha terapêutica primária

Considera-se falha terapêutica primária a ausência de resposta clínica ou laboratorial após tratamento de primeira linha, caracterizada por:

- Não elevação da contagem plaquetária para valores $\geq 30.000/\text{mm}^3$ ou ausência de duplicação da contagem basal após 7 a 14 dias de corticoterapia;
- Persistência ou surgimento de sangramento clinicamente relevante, independentemente da contagem plaquetária;
- Necessidade recorrente de terapias de resgate em curto intervalo de tempo.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 12/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

Nessas situações, está indicada a progressão para terapias de segunda linha ou estratégias alternativas (NEUNERT et al., 2019).

10.2 Perda de resposta ou recaída

A recaída é definida pela queda sustentada da contagem plaquetária abaixo de níveis considerados seguros ou reaparecimento de sangramento após resposta inicial ao tratamento. Deve-se considerar mudança terapêutica quando houver:

- Redução da contagem plaquetária para $< 30.000/\text{mm}^3$ associada a manifestações hemorrágicas;
- Dependência de doses elevadas ou prolongadas de corticosteroides para manutenção de resposta;
- Recorrência frequente de episódios hemorrágicos.

A perda de resposta sustenta a necessidade de escalonamento terapêutico, especialmente em pacientes com doença persistente ou crônica (PROVAN et al., 2019; LAMBERT; GERNSEIMER, 2017).

10.3 Progressão da gravidade clínica

A progressão do quadro hemorrágico constitui critério absoluto para reavaliação imediata da conduta, incluindo:

- Evolução de sangramentos cutâneos para mucosos ou viscerais;
- Ocorrência de sangramento com repercussão hemodinâmica ou neurológica;
- Necessidade de internação ou suporte intensivo.

Nesses casos, recomenda-se intensificação ou modificação imediata da terapêutica, independentemente da fase da doença (COOPER; GHANIMA, 2019).

10.4 Toxicidade, contraindicações ou intolerância medicamentosa

A mudança terapêutica é mandatária quando houver:

- Eventos adversos graves ou persistentes relacionados ao tratamento (ex.: hiperglicemia grave, infecções oportunistas, hepatotoxicidade);
- Contraindicação absoluta ou relativa ao uso continuado do medicamento;
- Intolerância clínica que comprometa adesão ou segurança do paciente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 13/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

A avaliação risco-benefício deve ser contínua, com priorização de esquemas terapêuticos mais seguros (PROVAN et al., 2019).

10.5 Critérios relacionados ao tempo de doença

A evolução temporal da PTI também orienta a mudança terapêutica:

- Persistência da trombocitopenia por mais de 3 meses com necessidade de tratamento contínuo;
- Evolução para PTI crônica (> 12 meses) com falha ou dependência de terapias de primeira linha;
- Falha terapêutica após esplenectomia ou contraindicação ao procedimento.

Nessas situações, devem ser consideradas terapias de segunda ou terceira linha, conforme perfil clínico e disponibilidade institucional (NEUNERT et al., 2019; PROVAN et al., 2010).

10.6 Critérios relacionados à qualidade de vida

A mudança terapêutica pode ser considerada quando:

- Limitação significativa das atividades diárias devido a sangramentos recorrentes;
- Impacto psicossocial relevante associado à doença ou ao tratamento;
- Necessidade frequente de atendimentos de urgência.

A avaliação da qualidade de vida é reconhecida como componente importante na tomada de decisão terapêutica em PTI crônica (LAMBERT; GERNSEIMER, 2017).

10.7 Reavaliação multiprofissional

Toda mudança terapêutica deve ser precedida, sempre que possível, de:

- Reavaliação diagnóstica para exclusão de causas secundárias;
- Discussão multiprofissional envolvendo hematologia, clínica médica e farmácia clínica;
- Registro detalhado da decisão no prontuário.

11. CRITÉRIOS DE ALTA OU TRANSFERÊNCIA

O paciente poderá receber alta ou ser transferido quando apresentar:

11.1 Critérios clínicos para alta hospitalar

O paciente poderá receber alta hospitalar quando atender todos os seguintes critérios:

- Ausência de sangramento ativo clinicamente significativo por período mínimo de 24 a 48 horas;
- Estabilidade hemodinâmica e clínica mantida;
- Resolução ou controle adequado das manifestações hemorrágicas cutâneas ou mucosas;

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 14/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Ausência de sinais neurológicos sugestivos de sangramento intracraniano.

A decisão de alta deve priorizar a condição clínica do paciente, e não exclusivamente a contagem plaquetária isolada (COOPER; GHANIMA, 2019).

11.2 Critérios laboratoriais para alta

Do ponto de vista laboratorial, considera-se adequado para alta:

- Contagem plaquetária $\geq 30.000/\text{mm}^3$, desde que associada à estabilidade clínica;
- Tendência sustentada de elevação das plaquetas após tratamento instituído;
- Ausência de queda abrupta da contagem plaquetária nas últimas avaliações.

Valores plaquetários inferiores a esse limiar podem ser aceitos em pacientes assintomáticos, desde que haja plano de acompanhamento rigoroso (NEUNERT et al., 2019).

11.3 Critérios terapêuticos

Antes da alta, é obrigatório:

- Definição clara do esquema terapêutico em uso, incluindo dose, duração e plano de desmame, quando aplicável;
- Avaliação e registro de possíveis efeitos adversos relacionados à terapia;
- Orientação ao paciente quanto à adesão ao tratamento e sinais de alerta.

O tratamento deve estar estabilizado e adaptado ao contexto ambulatorial (PROVAN et al., 2019).

11.4 Critérios de segurança e seguimento ambulatorial

A alta hospitalar somente deve ser concedida se houver:

- Acompanhamento ambulatorial previamente agendado, preferencialmente com hematologia;
- Condições clínicas e sociais que permitam acesso rápido ao serviço de saúde em caso de sangramento;
- Orientações escritas sobre sinais de alerta (ex.: cefaleia intensa, sangramento persistente, hematúria, melena).

A ausência de garantia de seguimento seguro deve postergar a alta ou indicar transferência para unidade apropriada (BRASIL, 2020).

11.5 Critérios para transferência de unidade assistencial

A transferência do paciente deve ser considerada nas seguintes situações:

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 15/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- Necessidade de cuidados em unidade de terapia intensiva (UTI) devido a sangramento grave ou instabilidade clínica;
- Necessidade de avaliação ou intervenção especializada indisponível na unidade de origem;
- Complicações associadas ao tratamento que demandem suporte de maior complexidade.

A transferência deve ser realizada de forma organizada, com comunicação prévia entre as equipes e documentação completa do quadro clínico e terapêutico (NEUNERT et al., 2019).

11.6 Critérios específicos para populações especiais

Em populações especiais, os critérios devem ser individualizados:

- **Gestantes:** alta condicionada à estabilidade materna e planejamento conjunto com obstetria;
- **Idosos:** avaliação ampliada do risco de quedas e comorbidades;
- **Pacientes com PTI refratária:** alta somente após estabilização clínica e plano terapêutico bem definido.

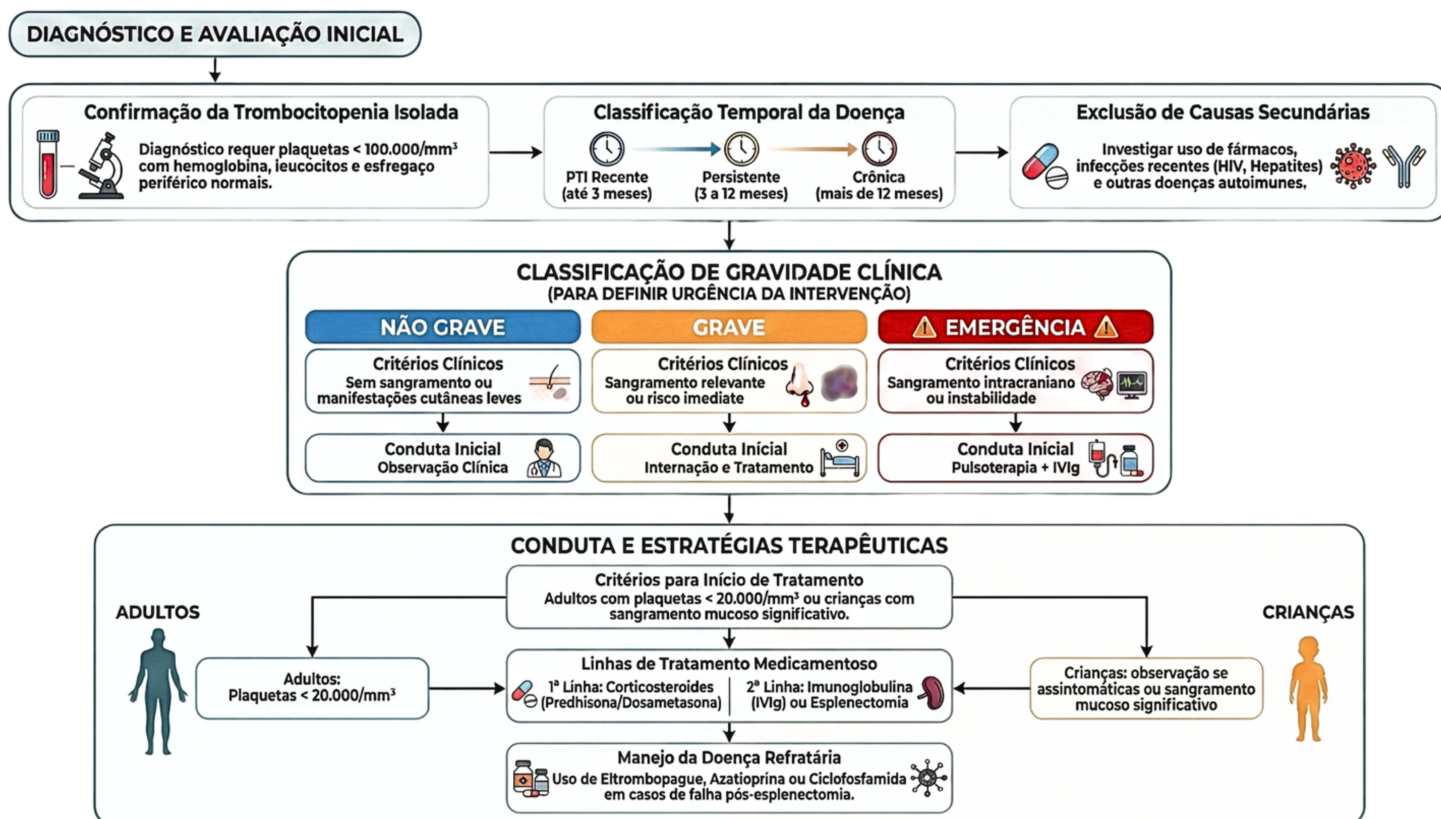
11.7 Documentação obrigatória

Toda alta ou transferência deve conter registro em prontuário de:

- Diagnóstico e classificação da PTI;
- Evolução clínica e resposta terapêutica;
- Plano de seguimento e orientações fornecidas ao paciente.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001
		Página 16/19
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão: Versão:
		Próxima revisão:

12. FLUXOS



13. MONITORAMENTO

O monitoramento rigoroso é um componente essencial do cuidado ao paciente com PTI. Ele permite avaliar a resposta terapêutica, detectar precocemente efeitos adversos dos medicamentos e ajustar o plano de cuidados, garantindo a segurança do paciente a longo prazo.

13.1 Monitorização Geral:

- Avaliação seriada da contagem de plaquetas. A frequência deve ser individualizada: diária em casos agudos/graves, semanal ou mensal em quadros estáveis;
- Vigilância contínua de sinais e sintomas de eventos hemorrágicos;
- Monitoramento de efeitos adversos gerais dos medicamentos (ex: hiperglicemia e hipertensão com corticosteroides).

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 17/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

13.2 Monitorização Específica por Fármaco (Doença Refratária): Para os medicamentos utilizados na doença refratária, é necessária uma monitorização específica para toxicidade:

- **Azatioprina:** Dosagem de aminotransferases (TGO/TGP) a cada 8 semanas. Hemograma para monitorar leucopenia/neutropenia.
- **Ciclofosfamida:** Hemograma a cada 2 semanas para avaliar leucopenia. Dosagem de creatinina mensalmente.
- **Eltrombopague:** Avaliação da função hepática (ALT, AST, bilirrubina) antes do início, a cada 2 semanas durante o ajuste de dose e mensalmente após estabilização. Contagem de plaquetas semanal no início do tratamento.
- **Danazol:** Provas de função hepática e perfil lipídico mensalmente nos primeiros 3 meses e, após, a cada 6 meses. Ultrassonografia abdominal anual.
- **Vincristina:** Hemograma a cada 6 semanas e monitorização clínica rigorosa para sinais de neuropatia periférica.

Os critérios para suspensão do tratamento incluem a manutenção de uma contagem de plaquetas acima de 30.000/mm³ sem sangramento ativo e estabilidade clínica sustentada, permitindo a descontinuação ou redução gradual dos fármacos.

Para avaliar a efetividade deste protocolo e a adesão às diretrizes propostas, serão monitorados os seguintes indicadores de qualidade. Esses indicadores permitem a análise crítica dos resultados assistenciais e a identificação de oportunidades de melhoria contínua no cuidado ao paciente com PTI.

13.3 Indicadores de qualidade

Taxa de sangramento grave:

- **Métrica:** (Número de pacientes com sangramento grave) / (Número total de pacientes em tratamento sob o protocolo) x 100.
- **Meta:** < 5% ao ano.

Adesão ao protocolo:

- **Métrica:** (Número de prontuários com condutas em conformidade) / (Número de prontuários auditados) x 100.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 18/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

- *Meta:* > 90% de conformidade.

Eventos adversos relacionados ao tratamento:

- *Métrica:* Registro e classificação (grau 1-5) de todos os eventos adversos documentados.
- *Meta:* Análise trimestral pela farmácia clínica e serviço de hematologia.

14. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Púrpura Trombocitopênica Idiopática**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). **Protocolo Assistencial: Púrpura Trombocitopênica Imune (PTI)**. Brasília: EBSERH, s.d.

PROVAN, D. et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. **Blood**, Washington, v. 115, n. 2, p. 168–186, 2010.

NEUNERT, C. et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. **Blood Advances**, Washington, v. 3, n. 23, p. 3829–3866, 2019.

PROVAN, D. et al. Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. **Blood Advances**, Washington, v. 3, n. 22, p. 3780–3817, 2019.

CINES, D. B.; BLANCHETTE, V. S. Immune thrombocytopenic purpura. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 346, n. 13, p. 995–1008, 2002.

AUDIA, S. et al. Pathogenesis of immune thrombocytopenia. **Autoimmunity X**

GODEAU, B.; MICHEL, M. Immune thrombocytopenic purpura in adults. **Current Opinion in Hematology**, Philadelphia, v. 24, n. 5, p. 448–454, 2017.

COOPER, N.; GHANIMA, W. Immune thrombocytopenia. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 381, n. 10, p. 945–955, 2019.

LAMBERT, M. P.; GERNESHEIMER, T. B. Clinical updates in adult immune thrombocytopenia. **Blood**, Washington, v. 129, n. 21, p. 2829–2835, 2017.

RODEGHIERO, F. et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children. **Blood**, Washington, v. 113, n. 11, p. 2386–2393, 2009.

- : | E M E L A B O R A Ç Ã O | : -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.

Tipo do Documento	PROTOCOLO ASSISTENCIAL	PRO.XXX.001	
		Página 19/19	
Título do Documento	ATENDIMENTO AO PACIENTE COM PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)	Emissão:	Próxima revisão:
		Versão:	

PSAILA, B.; BUSSEL, J. B. Immune thrombocytopenia. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, Philadelphia, v. 21, n. 4, p. 743–759, 2007.

MCMILLAN, R. The pathogenesis of chronic immune thrombocytopenic purpura. **Seminars in Hematology**, Philadelphia, v. 44, n. 4, supl. 5, p. S3–S11, 2007.

15. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Não se aplica.

16. HISTÓRICO DE REVISÃO

Nº versão	Data	Descrição das alterações
00	00/00/0000	Publicação Inicial

APROVAÇÕES	Nome	Cargo	Assinatura	Data
Elaboração/ Revisão				
Análise				
Validação		Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade		
Aprovação		Chefe de Unidade/Setor		
Aprovação		Chefe de Divisão/Setor		
Aprovação		Gerência imediata		
Homologação		Analista da Unidade de Gestão da Qualidade		

- :: EM ELABORAÇÃO :: -

Documentos oficiais do HC-UFU deverão passar pela Unidade de Gestão da Qualidade para homologação e publicação na intranet.

Unidade de Gestão da Qualidade (34) 3218-2858 – uquali.hc-ufu@ebserh.gov.br

Documento de uso exclusivo nas áreas de abrangência do Hospital de Clínicas da UFU, com ausência de valor quando impresso.