

Portaria Nº 00949729 de 10 de Junho de 2025

O(A) Chefe de Gabinete EM EXERCÍCIO do(a) SECRETARIA DO PLANEJAMENTO - SEPLAN, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto no(a) art. 119, §1º, da Lei nº 6.677, de 26 de setembro de 1994, c/c Emenda Constitucional nº 20, de 15 de dezembro de 1998, **resolve** averbar, nos registros funcionais do(s) servidor(es) do Quadro de Pessoal do(a) SEPLAN:

Processo	Matrícula	Nome	Cargo	Quinquênio	Dias
01717962025000129383	21222391	IRENILDES BATISTA DE SOUZA	Técnico admi-nistrativo	01.07.1993 a 30.06.1998	180

Finalidade:Contagem Licença Prêmio em dobro para fins de aposentadoria

KALYANNE BRAZ AYRES MENDES
SECRETARIA DO PLANEJAMENTO

SECRETARIA DA SAÚDE

PORTARIA Nº 475, DE 16 DE ABRIL DE 2025

Torna pública a decisão de incorporar, no âmbito do Estado da Bahia, a ampliação do acesso à Enoxaparina para Gestantes e Puérperas com Risco de Tromboembolismo Venoso, conforme Protocolo de Acesso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

A SECRETÁRIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA, no uso de suas atribuições legais, **RESOLVE**:

Art. 1º Ampliar, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o acesso ao tratamento com enoxaparina para gestantes e puérperas com risco de trombose, conforme Protocolo de Acesso da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Art. 2º Fica aprovado o Protocolo Estadual para Ampliação do Acesso à Enoxaparina para Gestantes e Puérperas com Risco de Tromboembolismo Venoso, Anexo Único da presente portaria.

Parágrafo único. O Protocolo de Acesso, objeto deste artigo, contém conceitos gerais, critérios de inclusão e de exclusão, informações sobre tratamento e monitoramento dos pacientes em uso da tecnologia ora ampliada.

Art..3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ROBERTA SILVA DE CARVALHO SANTANA
Secretária da Saúde

ANEXO ÚNICO

Protocolo Estadual para Ampliação do Acesso à Enoxaparina para Gestantes e Puérperas com Risco de Tromboembolismo Venoso

1. INTRODUÇÃO

O tromboembolismo venoso (TEV) é uma doença cardiovascular aguda que representa uma das principais causas de morbimortalidade materna no mundo, com incidência de aproximadamente 1 a 2 para cada 1.000 na população geral [1, 2]. A trombose venosa profunda (TVP) está associada a 66,67% dos casos de TEV, sendo 33,33% por tromboembolia pulmonar (TEP), fortemente associada à mortalidade precoce [3].

Os principais fatores que resultam em trombose venosa na gravidez consistem na tríade clássica de Virchow, que predispõe à alterações hemodinâmicas a partir da indução de vasodilatação pela progesterona, da compressão mecânica vascular causada pelo útero gravídico, e da lesão vascular associada ao parto ou à hipertensão venosa. Para proteger a mulher de uma hemorragia durante o parto, o sistema de coagulação se torna mais ativo. Este estado pró-coagulante decorre do aumento dos fatores de coagulação II, VII, VIII e X, do aumento da produção de fibrina e da diminuição da atividade fibrinolítica. Estas características predisponentes se expressam no início do primeiro trimestre da gravidez e aumentam de forma contínua, com maior elevação durante o período pós-parto precoce [1, 4]. Diante disto, a gestação está associada a um aumento do risco de 4 a 5 vezes de ocorrer TEV, com aumento em cerca de 20 vezes durante o puerpério [5].

Além da gestação e puerpério, outros fatores, como o uso de anticoncepção hormonal, idade avançada e obesidade estão associados ao aumento do risco de TEV nas mulheres [1, 4]. Ademais, as complicações relacionadas à trombose na gravidez variam desde alterações cutâneas e edema, à pré-eclâmpsia, desprendimento placentário, restrição de crescimento fetal, parto prematuro e aborto espontâneo de repetição [2]. Deve-se balancear o risco individual de TEV com o risco de eventos adversos da anticoagulação para decidir sobre a conduta para a trombopprofilaxia farmacológica [6]. Portanto, a prevenção do TEV em gestantes e puérperas é centrada na terapia com anticoagulantes para mulheres que possuem fatores de risco adicionais à gestação, tal como trombofilias, não sendo recomendado a anticoagulação de maneira universal [7]. "Trombofilia" descreve qualquer fator ou situação que aumenta a predisposição à formação de trombos ou coágulos no sangue [8]. Podem ocorrer trombofilias hereditárias, como: mutação do fator V Leiden, mutação da protrombina, deficiências de proteína C, de proteína S e de antitrombina III [1]; e trombofilias adquiridas, como a Síndrome Antifosfolipídica (SAF), uma doença autoimune pró-trombótica, caracterizada principalmente por evidência laboratorial persistente de anticorpos antifosfolípide (AAF) e por sua associação à perda obstétrica [9].

Para terapia anticoagulante, as heparinas de baixo peso molecular (HBPM) são adequadas para prevenção e tratamento de TEV em gestantes e lactantes, pois não ultrapassam a barreira placentária e apresentam menores riscos de sangramento, de alergia, trombocitopenia e osteoporose [1]. A enoxaparina, atualmente sem registro da autoridade sanitária para tratamento ou profilaxia de TEV em gestantes, frequentemente é citada como a HBPM de escolha para profilaxia trombótica na gestação e puerpério, sendo comumente associada à aspirina em gestantes com SAF [5, 6, 10]. Métodos não farmacológicos - como meias de compressão graduada, ou de compressão pneumática intermitente, mobilização precoce, e a vigilância clínica - podem também ser empregados para a prevenção [6]. Contudo, a escolha do tratamento pode variar, dependendo das diretrizes clínicas locais e das individualidades do paciente. No âmbito mundial, muitas diretrizes concordam sobre a avaliação dos fatores de risco para TEV no início da gravidez, sendo as mulheres classificadas com maior risco de TEV recomendadas a receberem a anticoagulação. No entanto, estas diretrizes não alcançam um consenso sobre os grupos de maior risco de TEV e o tipo de anticoagulação a oferecer, incluindo a dose, o momento da intervenção e a duração do tratamento [2, 5, 6, 11-14].

2. CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)

- D68.8 Outros defeitos especificados da coagulação
- I82.0 Síndrome de Budd-Chiari
- I82.1 Tromboflebite migratória
- I82.2 Embolia e trombose de veia cava
- I82.3 Embolia e trombose de veia renal
- I82.8 Embolia e trombose de outras veias especificadas
- O22.3 Flebotrombose profunda na gravidez
- O22.5 Trombose venosa cerebral na gravidez

NOTA: Para fins deste Protocolo, os códigos acima especificados são aplicáveis a casos de gestantes e puérperas com riscos para eventos tromboembólicos.

3. METODOLOGIA DE BUSCA

Para as pesquisas foram utilizadas as plataformas de buscas PubMed, The Cochrane Library e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS Saúde), além da base de dados Embase. As palavras-chave utilizadas estão apresentadas no **Apêndice 1**. Os termos chave e seus respectivos sinônimos foram adaptados a partir dos sistemas de indexação MeSH (Medical Subject Headings), DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e Emtree.

Foram selecionados 174 artigos e 7 Diretrizes para leitura completa, entre 1980 e 2024.

4. DIAGNÓSTICO

O rastreamento de trombofilias a partir de exames laboratoriais não está indicado para todas as gestantes [5].

A investigação de trombofilias deve ser efetuada apenas em casos de:

- a) História pessoal de TEV, sem teste de trombofilia prévio [2];
- b) História familiar de trombofilia hereditária em parentes de primeiro grau (apenas investigar trombofilias hereditárias) [2];
- c) Antecedente familiar de TEV em parentes de primeiro grau antes de 50 anos (apenas investigar trombofilias hereditárias) [5];
- d) História clínica compatível com Síndrome Antifosfolipídeo, conforme os critérios apresentados no Tópico 4.2 [2].

4.1 Diagnóstico de Trombofilia Hereditária (TH)

Caso o paciente apresente os critérios para o rastreamento de TH, os exames para a pesquisa devem ser idealmente realizados antes da gestação, e são estes: Fator V Leiden; mutação G20210A no gene da protrombina; dosagem de antitrombina III; dosagem de proteína C funcional; e dosagem de proteína S livre ou dosagem de proteína S funcional [2].

As trombofilias hereditárias são divididas em:

- Alto Risco: Caracterizada pela mutação homozigótica para o fator V Leiden; mutação homozigótica para o gene da protrombina; deficiência da antitrombina III; mutações heterozigóticas associadas [5]; e
- Baixo Risco: Caracterizada pela mutação heterozigótica para o fator V Leiden; mutação heterozigótica para o gene da protrombina; deficiência da proteína C ou da proteína S [5].

4.2 Diagnóstico de Síndrome Antifosfolipídeo - SAF

O diagnostico é caracterizado pela presença de, ao menos, um critério clínico associado a, pelo menos, um critério laboratorial, conforme abaixo:

4.2.1 Critérios clínicos

- a) Um ou mais episódios de trombose venosa/arterial, ou de pequenos vasos, em qualquer tecido ou órgão, confirmada por exame de imagem ou histopatologia, sem evidência de inflamação na parede do vaso [15]; ou
- b) Histórico de óbito fetal, sem causa aparente, com dez semanas ou mais e feto morfologicamente normal, documentado por ultrassonografia ou exame macroscópico direto [5, 15] ; ou
- c) Histórico de, pelo menos, três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas), sem causa aparente (excluídas as causas anatômicas, hormonais e genéticas) [5]; ou
- d) Histórico de parto prematuro (até 34 semanas) consequente à pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária [5]; ou
- e) Histórico de descolamento prematuro de placenta (DPP) sem causa predisponente definida [5].

4.2.Critérios Laboratoriais

Os critérios a seguir devem estar presentes em duas ou mais ocasiões, e com intervalo mínimo de 12 semanas [2]:

a) Anticoagulante lúpico (AL), de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia (ISTH) [2]; ou
b) Anticardiolipinas (ACL) IgG ou IgM em títulos moderados (>40 unidades de GPL/MPL ou percentil > 99) a altos (>80 unidadesde GPL/MPL) mensurados por ELISA padronizado [2, 15]; ou
c) Anti-beta2glicoproteína1 (anti-β2-GP1) IgG ou IgM em títulos > percentil 99, mensurada por teste ELISA padronizado [2].
A interpretação de títulos baixos de ACL deve ser feita com cautela, pois podem ocorrer em gestantes normais, surgindo de forma transitória, como diante de traumas, infecções, ou pela própria gravidez, e não têm potencial trombogênico [5]

NOTA: *O intervalo entre o evento clínico e o marcador laboratorial apresentados como critérios neste **Tópico 4.2** não pode ser inferior a 12 semanas nem superior a 5 anos [5]. Títulos baixos de anticorpos, como o aCL, devem ser interpretados com cuidado. Pode ocorrer de forma transitória em gestantes sem critérios para SAF e sem potencial trombogênico, após infecções, traumas, uso de medicamentos, trombozes de outras etiologias, e durante a gravidez.*

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídas neste Protocolo as gestantes ou puérperas com:

- a) História pessoal de TEV (exceto se TEV associado a fator desencadeante que não tenha relação com hormônios ou gravidez); ou
- b) Diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente; ou
- c) Diagnóstico de TH de alto risco; ou
- d) Diagnóstico de TH de baixo risco; ou
- e) Cenários especiais (**Quadro 1**)

6. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas deste Protocolo as gestantes e puérperas com:

- a) Hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras HBP; ou
- b) Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável; ou
- c) História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente.

7. TRATAMENTO PROFILÁTICO

Este Protocolo Estadual baseia-se em esquemas de anticoagulação com vistas à prevenção de eventos tromboembólicos durante o período gestacional e puerpério.

A administração da dose profilática de enoxaparina deve ser ajustada de acordo com o peso corporal da paciente (**Tabela 1**), e realizada por via subcutânea.

Tabela 1 - Dose profilática de enoxaparina sódica

Peso	Dose profilática
Até 89 kg	40 mg/dia
90 - 129 kg	60 mg/dia
A partir de 130 kg	80 mg/dia

Fonte: adaptada a partir de [2]

A administração da dose plena de enoxaparina deve ser ajustada de acordo com o peso corporal da paciente descrito na **Tabela 2**, realizada por via subcutânea.

Tabela 2 - Dose plena de enoxaparina sódica

Peso da gestante	Dose plena de enoxaparina sódica
Até 69 kg	60 mg de 12 em 12 horas
A partir de 70 kg	80 mg de 12 em 12 horas

Fonte: [2]

NOTA: *A dose plena não pode ultrapassar 160 mg/dia.*

7.1 Dose profilática durante o pré-natal e por até seis semanas no pós-parto

Indicada para gestantes com:

- a) História pessoal de TEV [5] (exceto se TEV associado a fator desencadeante que não tenha relação com hormônios ou gravidez);
- b) Trombofilia hereditária de baixo risco com história pessoal de TEV [5] (exceto se TEV associado a fator desencadeante que não tenha relação com hormônios ou gravidez);
- c) Trombofilia hereditária de alto risco, sem história pessoal de TEV [5];
- d) SAF sem antecedentes de trombose, com história prévia de morbidade obstétrica. O AAS 100 mg deve estar associado [2];

7.2 Dose profilática no pós-parto por até seis semanas

No pós-parto, indica-se a anticoagulação profilática com enoxaparina nos casos de gestante com:

- a) Trombofilia hereditária de baixo risco: anticoagular por 7 a 10 dias do puerpério. Recomenda-se vigilância clínica e uso de meias elásticas durante a gestação [5];

7.3. Dose Plena

Indica-se a anticoagulação plena com enoxaparina durante a gravidez e por até 6 semanas do pós-parto nos casos de:

- a) Diagnóstico de SAF com antecedente de trombose venosa/arterial. O AAS 100mg deve estar associado à enoxaparina [2];
- b) Dois ou mais episódios de TEV prévios [2];
- c) Trombofilia de alto risco com história pessoal de TEV [5] (exceto se TEV associado a fator desencadeante que não tenha relação com hormônios ou gravidez);

8. ANTICOAGULAÇÃO PARA CENÁRIOS ESPECIAIS

8.1 Para os cenários especiais, seguir as condutas abaixo de acordo com a soma dos fatores de risco presentes no Quadro 1:

- a) Pré-parto:
 - Se a pontuação for ≥4, considerar a anticoagulação com enoxaparina a partir do primeiro trimestre;
 - Se a pontuação for igual a 3, considerar a anticoagulação com enoxaparina a partir da 28ª semana.

- b) Pós-parto:
 - Se pontuação for igual a 2, considerar a anticoagulação com enoxaparina no puerpério por até 6 semanas.

NOTA: *Pacientes assistidos por este Protocolo a partir do **Quadro 1**, poderão ter acesso à dose plena caso haja um somatório ≥4 e apresentação do(s) critério(s) abaixo:*

- TEV prévio;
- Válvula cardíaca mecânica;
- Esteja sob anticoagulação prolongada.

**Os demais cenários especiais terão acesso apenas à dose profilática.
*A soma dos pontos (pt) apresentados no **Quadro 1** pode ocorrer entre os fatores de risco de uma mesma coluna, e/ou colunas diferentes.*

Quadro 1 - Fatores de risco para TEV.

4 pontos	3 pontos	2 pontos	1 ponto
-Covid 19: casos moderados a graves ativos que estejam em auto-isolamento domiciliar, ou hospitalização [16];	-Anemia falciforme [17, 25]	-TEV prévio associado a fator desencana-deante que não esteja associado a hormônios ou gravidez/puerpério [2, 17]	-Trombofilias de baixo risco [17];
-Cadiopatia com disfunção ventricular grave [17];		-IMC ≥ 40 kg/m2 [17, 26];	-Qualquer procedimento cirúrgico na gestação ou no puerpério, exceto cesárea [17]; Procedimento este, que necessite de um longo período acamado.
-Cardiopatia com dilatação severa das câmaras cardíacas [17];		-Idade ≥ 40 anos [17];	-Varizes de grosso calibre1 [17]
-Hipertensão arterial pulmonar [18, 19];		-Infecção grave atual (infecção puerperal, pielonefrites, pneumonias, sepse [17, 28, 29]	-Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia atual [32, 33]
-FIV complicada por Síndrome do Hiperestímulo Ovariano (1º trimestre apenas) [14].		-Paraplegia [17];	-Gestação múltipla atual [17];
-Prótese mecânica valvar [20, 21]		-Cesárea em trabalho de parto [14]	-Paridade ≥ três [17];
-Câncer de estômago, pulmão, pâncreas [17], ginecológicos, e leucemia aguda [22]		-Quimioterapia dentro de 6 meses [31]	-Natimorto ou óbito fetal [26] atual e sem causa aparente [17];
-Doença reumatológica aguda, ou Lupus Eritomatoso Sistêmico ou Doença inflamatória intestinal (colite ulcerativa e doença de Crohn) em atividade, e que tenha necessitado de hospitali-zação durante a gestação/puerpério [17, 23, 24];			-Parto pré-termo (< 37 semanas) na gestação atual [14];
-Proteinúria nefrótica (≥3,5 g/24h) prévia à concepção, ou durante o primeiro trimestre [17].			-Hemorragia superior a 1 L ou transfusão durante o parto e/ou puerpério [14, 17]
			-IMC ≥ 30 kg/m2 [32, 34]
			-Doenças autoimunes sistêmicas com AAF positivos2 [35]
			-Anticoagulante lúpico positivo2 [36, 37].

1- Varizes maiores que 1 cm de diâmetro e presentes nas pernas e acima do nível do joelho.
2- Positivo em dois resultados de exame consecutivos no período gestacional/puerperal (de acordo com os critérios do Tópico 4.2.2).
Fonte: Elaboração própria.

9. FÁRMACOS

Neste Protocolo, são preconizadas as seguintes apresentações dos medicamentos:

- Enoxaparina sódica - solução injetável de 40 mg/0,4 mL e de 60 mg/0,6 mL;
- Ácido acetilsalicílico (AAS) - comprimidos de 100 mg;

9.1 Contraindicações

9.1.1. Enoxaparina

- Hipersensibilidade à enoxaparina sódica, à heparina e seus derivados, inclusive outras heparinas de baixo peso molecular [10];
- História de trombocitopenia induzida por heparina mediada por imunidade (HIT) nos últimos 100 dias ou na presença de anticorpos circulantes* [10];
- Hemorragias ativas de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável, incluindo acidente vascular cerebral hemorrágico recente, úlcera gastrointestinal, presença de neoplasia maligna com alto risco de sangramento, cirurgia recente no cérebro, cirurgia espinhal ou oftalmológica, varizes esofágicas conhecidas ou suspeitas, malformações arteriovenosas, aneurismas ou anormalidades vasculares intraespinhais ou intracerebrais importantes [10];
- Anestesia raquidiana ou peridural ou anestesia locorregional quando a enoxaparina sódica é usada para tratamento nas 24 horas anteriores [10].

NOTA: A utilização de enoxaparina em pacientes com história de HIT mediada por imunidade nos últimos 100 dias ou na presença de anticorpos circulantes está contraindicada. Os anticorpos circulantes podem persistir vários anos, deve ser avaliado o balanço risco- benefício.

9.1.2. Ácido acetilsalicílico:

- Hipersensibilidade a salicilatos ou qualquer outro componente da fórmula [38];
- Moléstias ulcerosas gastroduodenais [38];
- Crianças com influenza viral ou varicela [38];
- Toda doença hemorrágica constitucional ou adquirida [38];
- Riscos hemorrágicos, nos três últimos meses de gravidez [38].

10. CONDUTAS GERAIS

Orientar às gestantes a prática de atividade física e o uso de meias elásticas durante toda a gestação, o parto e o puerpério [5]. É contraindicado o uso de profilaxia mecânica em gestantes/puérperas, quando: ajuste incorreto (restringe o fluxo sanguíneo); condições inflamatórias da perna; obesidade mórbida (onde não é possível obter ajuste correto); deformidade grave em membros inferiores; edema severo das pernas; doença arterial periférica grave ou neuropatia periférica (ex: em diabéticos) [8].

Nas pacientes que receberem a anticoagulação (principalmente no caso da dose plena), recomenda-se o parto programado para ajuste da medicação e redução de risco hemorrágico e trombótico. Se possível, programar entre 37 e 40 semanas. Pacientes que estejam sob uso de anticoagulação oral, devem substituí-la por HBPM em dose plena durante a gestação, ou por 75% desta dose [5].

A enoxaparina deve ser suspensa 12-24 horas antes do procedimento nos cenários de cesariana programada, para as doses profiláticas e plenas, respectivamente, medidas que permitirão a raquianestesia ou peridural, sendo reintroduzida 8-12 horas depois, independente da via do parto, avaliando o risco hemorrágico, assim como o AAS [5, 39]. O AAS deve ser interrompido 1-2 semanas antes do parto, recomenda-se a sua manutenção até 36 semanas, a depender do prognóstico de parto [5]. Deve-se orientar às pacientes que, caso apresentem contrações uterinas ou perda de líquido amniótico, não apliquem a dose de heparina e se direcionem imediatamente ao hospital referente ao parto [5].

A duração da anticoagulação pode durar toda a gestação e por 10 dias no pós-parto, assim como pode ser estendida por seis semanas pós-parto, dependendo do fator de risco para TEV presentes [5].

NOTA: Vale destacar, que no contexto deste protocolo, a enoxaparina apenas poderá ser dispensada para até 6 semanas do pós-parto.

10.1 Advertências

10.1.1. Enoxaparina

Enoxaparina deve ser utilizada com cautela caso exista alto risco de hemorragia, como alterações na hemostasia, histórico de úlcera péptica, acidente vascular cerebral isquêmico recente, hipertensão arterial severa não controlada, retinopatia diabética, neurocirurgia ou cirurgia oftálmica recente, ou uso concomitante de medicamentos que afetem a hemostasia [10].

Há relatos de hematoma intraespinhal (acúmulo de sangue dentro da coluna espinhal) com o uso concomitante de enoxaparina e anestesia espinhal/peridural ou punção lombar, resultando em paralisia prolongada ou permanente. São eventos raros, com a administração de doses iguais ou inferiores a 40 mg/dia. Doses mais elevadas podem elevar este risco, assim como o uso de cateter epidural no pós-operatório, traumatismo ou punções espinhais repetidas, com histórico de cirurgia ou deformidade espinhal, ou caso ocorra interação com drogas que alteram a hemostasia [10].

O uso de heparina geralmente não é recomendado em pacientes com endocardite infecciosa aguda devido ao risco de hemorragia cerebral. Se esse uso for considerado absolutamente necessário, a decisão deverá ser tomada somente após uma cuidadosa avaliação individual de risco-benefício [10].

Necrose cutânea e vasculite cutânea foram relatadas com HBPMs e devem levar à interrupção imediata do tratamento [10].

Pacientes com insuficiência renal possuem um maior risco de hemorragia, assim como quando insuficiência hepática. Nestes pacientes, recomenda-se monitoramento clínico cuidadoso e ajuste de dose caso insuficiência renal severa [10].

Especialmente em pacientes com *diabetes mellitus*, insuficiência renal crônica, acidose metabólica pré-existente, e aqueles que já tomam outros medicamentos que aumentam o potássio, quando sob uso de heparinas, pode ocorrer hipercalcemia (monitorar o potássio plasmático regularmente) [10].

Há a possibilidade de ocorrer redução do cálcio ósseo durante o uso de HBPM, com risco de osteoporose. Recomenda-se aporte nutricional de 1,5g de cálcio/dia, somado à suplementação de carbonato/citrato de cálcio 500 mg ao dia, associado à vitamina D [5].

É contraindicada quando a gestante estiver sob o uso de fármacos que potencializam anticoagulação: ácido acetilsalicílico, prednisona, cloroquina, antidepressivos (inibidor seletivo da recaptação de serotonina), anti-inflamatórios [8].

10.1.2 Ácido acetilsalicílico

Usar o AAS com cautela, caso: hipersensibilidade a analgésicos, agentes anti-inflamatórios ou antirreumáticos, ou na presença de outras alergias; história de úlceras gastrintestinais, incluindo úlcera crônica ou recorrente, ou história de sangramentos gastrintestinais; tratamento concomitante com anticoagulantes; pacientes com comprometimento da função renal ou da circulação cardiovascular; comprometimento da função hepática [38].

O uso do AAS pode ocasionar broncoespasmo e crises de asma ou outras reações de hipersensibilidade, diante dos fatores de risco: asma pré-existente, rinite alérgica, pólipos nasais ou doença respiratória crônica. O efeito inibitório da agregação plaquetária do AAS persiste por vários dias após a sua administração, aumentando a tendência para sangramentos durante e após intervenções cirúrgicas (inclusive cirurgias de pequeno porte, como por exemplo, extrações dentárias) [38].

Podem ocorrer reações adversas gastrintestinais sob uso do AAS: dor abdominal, azia, náusea, vômitos, úlcera, perfuração gastroduodenal, e hemorragia gastrointestinal oculta ou evidente (hematêmese, melena) que pode causar anemia por deficiência de ferro. Assim como: aumento das transaminases; tontura e zumbido; reações de hipersensibilidade (urticária, reações cutâneas, reações anafiláticas, asma e edema de Quincke) [38].

O AAS reduz a excreção do ácido úrico, podendo desencadear crises de gota em pacientes predispostos, mesmo em doses pequenas. Em pacientes que sofrem de deficiência grave de glicose-6-fosfato desidrogenase pode induzir à hemólise. Fatores que podem aumentar o risco de hemólise são: dose elevada, febre ou infecções agudas [38].

11. MONITORAMENTO

O hemograma completo (validade de 90 dias) deve ser solicitado antes do início do tratamento, e após o início do anticoagulante, solicitado a cada 3 meses [2]. Deve-se interromper a anticoagulação caso a contagem plaquetária se encontre em 30 a 50% do valor inicial [10].

Adicionalmente, antes do início do tratamento deverá ser solicitado o exame de creatinina sérica e taxa de filtração glomerular (TFG) (validade de 90 dias) para todas as gestantes. A periodicidade da creatinina ficará a critério médico, e o TFG é indicado apenas para a 1ª solicitação do acesso à enoxaparina, a fim de reconhecer pacientes com TFG abaixo de 30 mL/min e poder avaliar com cautela o uso da enoxaparina [2].

NOTA: O risco de HIT é maior em pacientes pós operatórios e em pacientes com câncer. Caso ocorram sintomas clínicos sugestivos de HIT (novo episódio de tromboembolismo arterial/venoso, reações alérgicas ou anafiláticas no tratamento, lesão cutânea dolorosa no local da injeção), ou caso suspeita de trombose, a contagem plaquetária deve ser medida. É importante a conscientização dos pacientes sobre a importância dos sintomas relacionados para que informem aos profissionais de saúde [10].

12. REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Para a abertura do processo, o paciente ou representante, com apresentação de declaração autorizadora, deverá comparecer nas unidades estaduais designadas pelo gestor estadual juntamente com os documentos e exames necessários para a solicitação da enoxaparina.

Devem ser aplicados os critérios de inclusão e exclusão deste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento. A partir do conhecimento do diagnóstico de trombofilias, ou de risco aumentado para trombofilias deve-se encaminhar a paciente para a Atenção Especializada, mesmo que durante a programação da gestação. O acompanhamento deve ocorrer de forma simultânea aos cuidados da Atenção Primária.



As gestantes sob tratamento com anticoagulante durante o pré-natal devem ter o parto assistido em unidade hospitalar. A fim de evitar maiores riscos de trombose e hemorragia, caso possível, não realizar parto cesáreo e/ou procedimentos cirúrgicos.

Deve-se verificar na Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (REsME) vigente em qual componente da assistência farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

Para a abertura do processo para solicitação de enoxaparina será necessário a entrega de:

- Exames de comprovação do estado gestacional: dosagem de B-hCG urinário ou dosagem de B-hGC sérico (validade 3 meses);
- Ultrassonografia transvaginal ou pélvica (laudo - validade 3 meses);
- Hemograma (validade 3 meses);
- Contagem de plaquetas (validade 3 meses);
- Creatinina sérica (validade 3 meses);
- Taxa de filtração glomerular (TFG) (validade 3 meses)
- Exames específicos que comprovem a(s) condição(ões) clínica(s).
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;
- Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;
- Cópia do comprovante de residência (em nome do paciente ou responsável legal pelo paciente);
- Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente (renovação semestral);
- Prescrição médica devidamente preenchida, assinada, carimbada pelo médico e que obedeçam as normas sanitárias vigentes para o tipo de medicamento solicitado.
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade - TER - assinado e carimbado pelo médico e assinado pelo paciente.
- Relatório do Ginecologista ou Médico Assistente com CID-10, condições clínicas, data prevista para o parto e informações de tratamento (se profilático ou terapêutico).
- Formulário de Acesso aos Medicamentos para Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente.

Mediante a entrega dos documentos e exames, haverá o cadastro da paciente e avaliação sobre os critérios de inclusão a serem atendidos. Para continuidade do tratamento, a paciente renova semestralmente os documentos e exames conforme o fluxo de acesso designado pelo gestor estadual, até o final da gestação, com seu médico assistente.

A dispensação da enoxaparina está condicionada à comprovação da gravidez em cada dispensação. Para puérperas, será aceita a Declaração de nascido vivo ou óbito fetal para o tratamento no pós-parto, por até 6 semanas.

13. TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER

O paciente ou seu responsável legal devem estar cientes sobre os potenciais riscos, benefícios e efeitos colaterais associados ao uso dos medicamentos preconizados neste Protocolo, levando-se em consideração as informações contidas no TER (Anexo I).

REFERÊNCIAS

1. MIDDELDORP, S.; NAUE, C.; KOHLER, C. Thrombophilia, Thrombosis and Thromboprophylaxis in Pregnancy: For What and in Whom? **Hamostaseologie**, v. 42, n. 1, p. 54-64, 2022. DOI: 10.1055/a-1717-7663 .
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, no âmbito do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
3. ALBRICKER, A. C. L. et al. Diretriz Conjunta sobre Tromboembolismo Venoso - 2022. **Arq Bras Cardiol**. v. 118, n. 4, p. 797-857. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretriz-conjunta-sobre-tromboembolismo-venoso-2022/>. ISSN 0066-782X .
4. SEYAM, OMAR BS; FRISHMAN, WILLIAM H. MD; ARONOW, WILBERT S. MD, FACC, FAHA. Pregnancy-Associated Venous Thromboembolism. **Cardiology in Review**, v. 10, 2024. DOI: 10.1097/CRD.0000000000000700 .
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas.
6. **Manual de gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. p. 490-498, 506.
7. MIDDLETON, P. SHEPHERD, E. GOMERSALL, J. Venous thromboembolism prophylaxis for women at risk during pregnancy and the early postnatal period. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2021. DOI: 10.1002/14651858.CD001689.pub4.
7. SAAD, A.; SAFARZADEH, M.; SHEPHERD, M. Anticoagulation Regimens in Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, v. 50, n. 1, p. 241-249, 2023. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2022.10.010>
8. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 58: Prevenção do tromboembolismo na gestante hospitalizada e no puerpério. São Paulo: **FEBRASGO**, 2021. p. 10, 32-33.
9. SHI, T; GU, Z; DIAO, Q. Meta-analysis on aspirin combined with low-molecular-weight heparin for improving the live birth rate in patients with antiphospholipid syndrome and its correlation with d-dimer levels. **Medicine** (Baltimore), v. 100, n. 25, 2021. doi: 10.1097/MD.0000000000002624
10. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Ghemaxan (enoxaparina sódica)**. Consultas. Bulário eletrônico. Gov.br [On-line], 2020. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?numeroRegistro=133480003>
11. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). Thromboembolism in

- Pregnancy: Practice Bulletin N. 196. **American College of Obstetricians and Gynecologists**, 2018. Disponível em: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/07/thromboembolism-in-pregnancy>
12. BATES, S. M. et al. American Society of Hematology 2018 guidelines for management of venous thromboembolism: venous thromboembolism in the context of pregnancy. **Blood Advances**, v. 22, n. 2, p. 3317- 3359. Disponível em: doi: 10.1182/bloodadvances.2018024802.
 13. NICE. Venous thromboembolism in over 16s: reducing the risk of hospital-acquired deep vein thrombosis or pulmonary embolism (NG89). **NICE**, 2018. Disponível em: www.nice.org.uk/guidance/ng89 .
 14. RCOG. Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-Top Guideline Number 37. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. p 1-40, 2015. https://www.rcog.org.uk/media/m4mbpjwii/gtg-no37a-2015_amended-2023.pdf
 15. MIYAKIS, L. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). **Journal of Thrombosis and Haemostasis**. v. 4, n. 2, 2006. Disponível em: [https://www.jthjournal.org/article/S1538-7836\(22\)12142-2/fulltext#articleInformation](https://www.jthjournal.org/article/S1538-7836(22)12142-2/fulltext#articleInformation).
 16. LEAL D, FERREIRA J, MANSILHA A. Thromboembolic risk in pregnant women with SARS-CoV-2 infection: A systematic review. **Taiwan J Obstet Gynecol**, v.61, n. 6, 2022. DOI: 10.1016/j.tjog.2022.06.012.
 17. BARROS, V. I.; IGAI, A.; M. BAPTISTA, F. et al. Venous thromboembolism risk score during hospitalization in pregnancy: results of 10694 prospective evaluations in a clinical trial. **Clinics**, v. 78, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.clinsp.2023.100230> .
 18. REGITZ-ZAGROSEK, VERA; ROOS-HESELINK, JOLIEN W.; BAUERSACHS, JOHANN; et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: the Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal**, v. 39, n. 34, p. 3165-3241, 2018. Disponível em: 10.1093/eurheartj/ehy340 .
 19. HUANG, S. DESANTIS, E. R. H. Treatment of pulmonary arterial hypertension in pregnancy, **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 64, n. 18, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.2146/ajhp060391>
 20. XU, Z.; FAN, J. et al. Anticoagulation Regimens During Pregnancy in Patients With Mechanical Heart Valves: A Systematic Review and Meta-analysis. **Canadian Journal of Cardiology**, v. 32, n. 10, 2016. Disponível em: [https://onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(15\)01581-0/abstract#articleInformation](https://onlinecjc.ca/article/S0828-282X(15)01581-0/abstract#articleInformation)
 21. D'SOUZA, R. et al. Anticoagulation for pregnant women with mechanical heart valves: a systematic review and meta-analysis. **Eur Heart J**. v. 14, n. 38, 2017. doi: 10.1093/eurheartj/ehx032 .
 22. FOLKINS, S.; MILLER, A.; NASH, C. Risk of venous thromboembolism in pregnant patients with active malignancy: A systematic review and meta-analysis. **Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica**, v. 103, n. 4, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/aogs.14712> .
 23. KIM, Y. H. et al. The risk of venous thromboembolism in women with inflammatory bowel disease during pregnancy and the postpartum period. **Medicine**, v. 98, n. 38, 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6756775/>
 24. NGUYEN GC, SAM J. Rising prevalence of venous thromboembolism and its impact on mortality among hospitalized inflammatory bowel disease patients. **Am J Gastroenterol**. v. 103, n. 9, 2008. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18684186/>. DOI:10.1111/j.1572-0241.2008.02052.x .
 25. NOUBIAP, J. et al. Sickle cell disease, sickle trait and the risk for venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. **Thromb J**. v. 16, n. 27, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30305805/>. DOI: 10.1186/S12959-018-0179-Z .
 26. IRKUS, R. A. et al. Risk factors for venous thromboembolism in 1.3 million pregnancies: a nationwide prospective cohort. **PLoS One**. v. 9, n. 5, 2014. Disponível em: DOI 10.1371/journal.pone.0096495.
 27. SKEITH, L. et al. Risk of venous thromboembolism in pregnant women with essential thrombocythemia: a systematic review and meta-analysis, **Blood**, v. 129, n. 8, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006497120336648?via%3Dihub> .
 28. SHIELDS, A. D. et al. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #67: Maternal sepsis. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v. 229, n. 3, 2023. Disponível em: [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(23\)00327-7/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(23)00327-7/fulltext).
 29. WANG, C. et al. Heparin therapy reduces 28-day mortality in adult severe sepsis patients: a systematic review and meta-analysis. **Crit Care**, v. 18, n. 563, 2014. Disponível: <https://doi.org/10.1186/s13054-014-0563-4>
 31. HASE E. A.; BARROS V. I.; IGAI, A. M. et al. Risk assessment of venous thromboembolism and thromboprophylaxis in pregnant women hospitalized with cancer: Preliminary results from a risk score. **Clinics**, v. 73, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.6061/clinics/2018/e368> .
 32. HE, L. et al. Risk factors related to venous thromboembolism in pregnant women: a meta-analysis. **Int Angiol**. v. 43, n. 3, 2024 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39041782/>. doi: 10.23736/S0392-9590.24.05141-1 .
 33. HAVERS-BORGERSEN, E. et al. Preeclampsia and Long-Term Risk of Venous Thromboembolism. **JAMA Netw Aberto**. v. 6, n. 11, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10656639/>. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2023.43804.
 34. MAHMOUD, A. et al. Prepregnancy overweight and obesity and long-term risk of venous thromboembolism in women. **Sci Rep**. v. 13, n. 1, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10480468/>. DOI: 10.1038/s41598-023-41186-2.
 35. MARZIELE, A. et al. Antiphospholipid autoantibody detection is important in all patients with systemic autoimmune diseases. **Journal of Autoimmunity**, v. 115, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0896841120301487?via%3Dihub>
 36. GRYGIEL-GÓRNIK, B. MAZURKIEWICZ, L. Positive antiphospholipid antibodies: observation or treatment? **Journal of Thrombosis and Thrombolysis**, v. 56, 2023. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11239-023-02834-6>

37. RUFFATTI, A. et al. Risk factors for a first thrombotic event in antiphospholipid antibody carriers: a prospective multicentre follow-up study. **Annals of the Rheumatic Diseases**. v. 70, n. 6, 2011. Disponível em: <https://ard.bmj.com/content/70/6/1083?70%2F6%2F1083%3B70%2F6%2F1083=&70%2F6%2F1083=>. DOI 10.1136/ard.2010.142042.
38. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Ácido acetil salicílico**. Consultas. Bulário eletrônico. Gov.br [On-line], 2023. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#!/bulario/q/?nomeProduto=acido%20acetilsalicilico>.
39. KORKES, H. A. et al. Protocolo assistencial da Clínica Obstétrica. São Paulo: **Pontifícia Universidade Católica de São Paulo** (PUC-SP), 2019

ANEXO I

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE (TER)

Enoxaparina sódica e ácido acetilsalicílico

Eu, (nome da gestante ou do seu representante legal), declaro ter sido informada(o) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso da enoxaparina sódica e do ácido acetilsalicílico (aspirina ou AAS), indicados para o tratamento profilático de trombofilia.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico (nome do médico que prescreve). Assim, declaro que fui claramente informada(o) de que o medicamento que passo a receber pode trazer a melhora dos sintomas e redução das complicações. E que também fui claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- Evento adverso mais comum: hemorragia que pode ocorrer em qualquer local do corpo, principalmente na presença de fatores de risco associados, como lesões orgânicas suscetíveis a sangramento, procedimentos invasivos ou uso de associações medicamentosas que afetam a coagulação.
- Outros eventos adversos menos comumente relatados em ensaios clínicos foram: trombocitose, trombocitopenia, hematoma, dor local, aumento das enzimas hepáticas, urticária, prurido, eritema e reação alérgica.

Fui também claramente informada(o) que devo comunicar a qualquer profissional de saúde, que faço uso de terapia anticoagulante, principalmente no caso de realização de procedimentos em que haja risco de hemorragia (por exemplo, procedimentos odontológicos ou médico-cirúrgicos).

Estou ciente de que o(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestante com trombofilia, comprometendo- me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido.

Sei também que continuarei (a gestante continuará) a ser atendida, inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato: () Sim () Não
Meu tratamento constará do seguinte medicamento:
() Enoxaparina sódica injetável de 40mg/0,4mL () Enoxaparina sódica injetável de 60mg/0,6mL
() ácido acetilsalicílico (aspirina ou AAS) - comprimidos de 100mg

Local:
Data:

Nome do paciente: Cartão SUS:
Nome do responsável legal: RG.
Assinatura do paciente ou do responsável legal
Assinatura e carimbo do Médico Responsável: CRM: UF:

Observação: Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário/responsável legal.

APÊNDICE 1

PALAVRAS-CHAVE E OPERADORES BOLEANOS UTILIZADOS PARA APLICAR NOS MÉTODOS DE BUSCA DE CADA BASES DE DADOS:

- GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO AND HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR OR ENOXAPARINA.
- SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO OVARIANA AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO
- COVID 19 AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO
- CANCER AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO
- QUIMIOTERAPIA AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO
- HIPERTENSÃO ARTERIAL PULMONAR OR HIPERTENSÃO PULMONAR AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

7. VÁLVULA CARDÍACA MECÂNICA AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

8. FIBRILAMENTO ATRIAL AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

9. CIANOSE OR HIPOXIA AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

10. POLICITEMIA AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

11. DOENÇAS MIELODISPLÁSICAS-MIELOPROLIFERATIVAS AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

12. APENDICITE AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

13. COLECISTITE AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

14. INFECÇÃO AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

15. SEPSE AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

16. PARTO PRE-TERMO AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

17. ÓBITO FETAL AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

18. ÍNDICE DE MASSA CORPORAL AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

19. ANTICORPO ANTIFOSFOLÍPIDE AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

20. CESÁREA AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

21. PRE-ECLAMPSIA AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

22. TRANSFUSÃO SANGUÍNEA AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

23. PROTEINÚRIA AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND TROMBOEMBOLISMO VENOSO

24. TROMBOEMBOLISMO VENOSO PROVOCADO AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR OR ENOXAPARINA

25. TROMBOEMBOLISMO VENOSO RECORRENTE AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR OR ENOXAPARINA

26. LUPUS ERITOMATOSO SISTÊMICO AND GESTAÇÃO OR PUERPÉRIO AND HEPARINA DE BAIXO PESO MOLECULAR OR ENOXAPARINA

APÊNDICE 2

ORIENTAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS DISPENSAR MEDICAMENTOS PARA A PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES E PUÉRPERAS

CRITÉRIOS PARA O ACESSO:

- () **História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV)**
(Anexar exame de imagem: ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética).
- () **Trombofilia hereditária de alto risco**
(Anexar laudo laboratorial: mutação homozigótica para o fator V de Leiden; mutação homozigótica para o gene da protrombina; deficiência da antitrombina III; mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas).
- () **Trombofilia hereditária de baixo risco**
(Anexar laudo laboratorial: mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; mutação heterozigótica para o gene da protrombina; deficiência da proteína C ou da proteína S e presença de anticorpo antifosfolípideo na ausência de eventos clínicos).
- () **Síndrome Antifosfolípideo (SAF)**
(Anexar laudo laboratorial: anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM).

CRITÉRIOS PARA O ACESSO A PARTIR DOS CENÁRIOS ESPECIAIS:

- () **Presença de prótese mecânica valvar - 4 pontos**
(Anexar exame de imagem: ecocardiograma ou radiografia de tórax).
- () **Diagnóstico de CoVID-19 moderada a grave - 4 pontos**
(Anexar e x a m e s d e i m a g e m : laudo laboratorial: teste de RT-PCR para detecção do SARS-CoV-2, saturação de oxigênio, radiografia de tórax ou tomografia computadorizada, função renal e hepática, PCR, ferritina, interleucina-6, D-dímero).
- () **Diagnóstico de Síndrome de Hiperestímulo Ovariano - 4 pontos**
(Anexar e x a m e d e i m a g e m : ultrassonografia transvaginal).



() **Diagnóstico de Neoplasias Malignas - 4 pontos**
Hematológicas (Anexar laudo laboratorial: biópsia de medula óssea). **Pâncreas** (Anexar laudo laboratorial: Ecoendoscopia com biópsia). **Estômago** (Anexar laudo laboratorial: Endoscopia digestiva alta com biópsia). **Pulmão** (Anexar laudo laboratorial: biópsia pulmonar).
Ginecológicos(Anexar laudo laboratorial: biópsia).
() **Presença de nefropatia nefrótica - 4 pontos**
(Anexar laudo laboratorial: exame de urina de 24 horas).
() **Cadiopatia com disfunção ventricular grave - 4 pontos**
(Anexar exame de imagem: ecocardiogramatranstorácico ou ressonância magnética).
() **Cardiopatia com dilatação severa das câmaras cardíacas (≥ 60mL/m²) - 4 pontos**
(Anexar exame de imagem: ecocardiograma transtorácico ou ressonância magnética).
() **Diagnóstico de doenças reumatológicas ou intestinais inflamatórias ativas, com necessidade de internação - 4 pontos**
(Anexar relatório médico com a justificativa da internação, data de admissão e de data/previsão de alta, além do laudo laboratorial: marcadores inflamatórios - PCR, VHS - e autoanticorpos).
() **Hipertensão arterial pulmonar - 4 pontos**
(Anexar o exame: cateterismo cardíaco direito, ou ecocardiograma)
() **Diagnóstico de Doença Falciforme - 3 pontos**
(Anexar laudo laboratorial: PCR para detecção da mutação).
() **Diagnóstico de infecção grave atual (infecção puerperal, pielonefrites, pneumonias, sepse) - 2 pontos**
(Anexar laudo laboratorial: hemograma completo, hemocultura, PCR, função renal e hepática)
(Anexar exame de imagem: para casos de apendicite e colecistite, tomografia computadorizada de abdomen; casos de pneumonia, radiografia de tórax ou tomografia computadorizada)
() **Diagnóstico de Trombocitemia Essencial - 2 pontos**
(Anexar laudo laboratorial: hemograma e teste genético).
() **IMC ≥ 40 kg/m² - 2 pontos**
(Anexar cálculo do IMC detalhado e atual).
() **Paraplegia - 2 pontos**
(Anexar a história clínica)
() **Idade ≥ 40 anos - 2 pontos**
(Anexar a história clínica)
() **Cesárea de emergência - 2 pontos**
(Anexar registros hospitalares e história obstétrica, que confirmem o procedimento e sua urgência)
() **Quimioterapia dentro de 6 meses - 2 pontos**
(Anexar registros hospitalares e história clínica, que confirmem o procedimento)
() **História de TEV prévio associado a fator desencadeante que não esteja associado a hormônios ou gravidez/puerpério - 2 pontos**
(Anexar exame de imagem: ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ouressonância magnética).
() **Trombofilia hereditária de baixo risco - 1 ponto**
(Anexar laudo laboratorial: mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; mutação heterozigótica para o gene da protrombina; deficiência da proteína C ou da proteína S e presença de anticorpo antifosfolípideo na ausência de eventos clínicos).
() **Presença de hemorragia < 1L - 1 ponto**
(Anexar a história clínica, registros transfusionais, quando pertinente, hemograma)
() **IMC ≥ 30 kg/m² - 1 ponto**
(Anexar cálculo do IMC detalhado e atual).
() **Qualquer procedimento cirúrgico na gestação ou no puerpério, exceto cesárea, e que necessite de um longo período acamado - 1 ponto**
(Anexar a história clínica com documentação de procedimentos cirúrgicos realizados)
() **Varizes de grosso calibre - 1 ponto**
(Anexar exame de imagem e exame físico: inspeção das varizes e ultrassonografia com Doppler)
() **Pré-eclâmpsia atual - 1 ponto**
(Anexar laudo de exames laboratoriais: função renal e hepática, contagem de plaquetas, proteinúria)
() **Gestação múltipla atual - 1 ponto**
(Anexar laudo de exames de imagem: ultrassonografia obstétrica)
() **Multiparidade ≥ três partos prévios - 1 ponto**
(Anexar história obstétrica a partir de: ultrassonografias obstétrica)
() **Natimorto sem causa aparente na gestação atual - 1 ponto**
(Anexar registro do evento)
() **Parto pré-termo, < 37 semanas - 1 ponto**
(Anexar registro de idade gestacional do parto)
() **Presença anticoagulante lúpico positivo (AAF) - 1 ponto**
(Anexar laudo laboratorial: anticoagulante lúpico).
() **Doenças autoimunes sistêmicas com AAF positivo - 1 ponto**
(Anexar exame de diagnóstico da doença autoimune, somado ao laudo laboratorial: anticoagulante lúpico ou anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG eIgM).

TERAPIA INDICADA:

() **Anticoagulação profilática durante a gravidez e até seis semanas no pós-parto.**
- Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg/dia ou 60 mg/dia, dependendo do peso corporal da paciente.
() **Anticoagulação profilática a partir do terceiro trimestre até seis semanas no pós-parto.**
- Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg ou 60 mg dependendo do peso corporal da paciente.
() **Anticoagulação profilática por até 6 semanas no pós-parto.**
- Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg ou 60 mg dependendo do peso corporal da paciente.
() **Anticoagulação profilática por 7 a 10 dias no pós-parto.**
- Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg ou 60 mg dependendo do peso corporal da paciente.

() **Anticoagulação profilática durante a gravidez e até seis semanas no pós-parto + AAS**
- Enoxaparina sódica injetável 40 mg/dia ou 60 mg/dia dependendo do peso corporal da paciente + AAS comprimido 100 mg/dia.
() **Anticoagulação plena durante a gravidez e até seis semanas no pós-parto.**
- Enoxaparina sódica injetável de 60 mg ou 80 mg dependendo do peso corporal da paciente, a cada 12h, não podendo ultrapassar 160 mg/dia.
() **Anticoagulação plena durante a gravidez e até seis semanas no pós-parto + AAS**
-Enoxaparina sódica injetável de 60 ou 80 mg dependendo do peso corporal da paciente, a cada 12h, não podendo ultrapassar 160 mg/dia, + AAS comprimido 100 mg/dia.

NOTA: Será recomendada a anticoagulação plena, com dose dependente do peso corporal da paciente, administrada a cada 12h, não podendo ultrapassar 160 mg/dia nos casos apresentados no Tópico 7.3, e nos cenários especiais que houve um somatório da pontuação dos fatores de risco ≥4 com apresentação concomitante de TEV prévio e/ou válvula cardíaca mecânica, e/ou caso esteja sob anticoagulação prolongada.

Observações:

1) Para todas as gestantes, no **ato da primeira dispensação** deve ser apresentado e anexado ao processo o laudo de pelo menos um dos exames de comprovação do estado gestacional: dosagem de B-hCG urinário, dosagem de B- hGC sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica; posteriormente, **a cada 3 meses**, deverá ser apresentado laudo de médico assistente ou ginecologista responsável pelo pré-natal da gestante atestando sua condição clínica e **necessidade** de uso de enoxaparina.

2) No **laudo médico** devem constar as seguintes informações: nome da paciente, número de identidade, idade gestacional, descrição da condição clínica (informações sobre o diagnóstico da trombofilia) e justificativa da necessidade de anticoagulação, nome do médico responsável e data de emissão do laudo.

3) Este documento não substitui o Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME).

PORTARIA Nº 14/2025

A Diretora Geral Do Hospital Geral Santa Tereza, no uso de suas atribuições, de acordo com o Decreto Simples e tendo como base a Portaria nº 1.238 de 20 de dezembro de 2024 emitida e assinada pela Secretária de Saúde do Estado da Bahia Sra. Roberta Silva, no Diário Oficial do Estado da Bahia, resolve:

Artigo 1º- Fica determinado que nenhum servidor lotado em **SETORES ESSENCIAIS** não poderá ausentar-se do serviço durante o seu horário de trabalho, nem após seu término, sem a presença de seu substituto.
Artigo 2º- O Servidor escalado que faltar ao serviço no período de **19/06/2025 a 25/06/2025**, sem a prévia justificativa, principalmente aquele cuja ausência venha causar prejuízo à assistência ao paciente, será punido com sanções disciplinares nos termos do Artigo 187 da Lei 6677/94, de 26/09/1994.
Artigo 3º- O Servidor que apresentar Atestado Médicos ou Licenças Médicas concedidas mediante atestados expedidos por profissionais Médicos e Odontólogos, deverão informar imediatamente a sua chefia imediata e encaminhar para o e-mail rh.hgst@saude.ba.gov.br, posteriormente entregar ao Setor De Recursos Humanos/RH onde só serão aceitos acompanhados de Relatório Médico.
Artigo 4º- Os coordenadores e/ou equivalentes deverão zelar pelo fiel cumprimento desta portaria, dando ciência a todos os servidores que lhe são subordinados.
Artigo 5º- Esta Portaria entrará em vigor a partir da data de sua publicação.
Ribeira do Pombal - BA, 11 de junho de 2025.
Ana Flávia Rehem Viana Cruz
Diretora Geral - HGST

TERMO DE CESSÃO DE USO Nº **880/2025** CEDENTE: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA/ CESSIONÁRIO: **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BOM JESUS DA LAPA** OBJETO: VEÍCULO **PLACA TGS9D86** TOMBO 744460 PROCESSO Nº 019.5120.2025.0103556-07.

TERMO DE CESSÃO DE USO Nº **753/2025** CEDENTE: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA / CESSIONÁRIO: **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PALMAS DE MONTE ALTO** OBJETO: BENS PERMANENTES PROCESSO Nº 019.5120.2025.0053425-27.

TERMO DE CESSÃO DE USO Nº **878/2025** CEDENTE: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA / CESSIONÁRIO: **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CATOLÂNDIA** OBJETO: VEÍCULO **PLACA TGT1J44** TOMBO 742885 PROCESSO Nº 019.5110.2025.0086626-66.

TERMO DE CESSÃO DE USO Nº **855/2025** CEDENTE: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA/ CESSIONÁRIO: **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE CORONEL JOÃO SÁ** OBJETO: BENS PERMANENTES PROCESSO Nº 019.5120.2025.0028624-14.

TERMO DE CESSÃO DE USO Nº **853/2025** CEDENTE: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA / CESSIONÁRIO: **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IBIRAPITANGA** OBJETO: BENS PERMANENTES PROCESSO Nº 019.5120.2025.0082514-17.

TERMO DE CESSÃO DE USO Nº **877/2025** CEDENTE: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA / CESSIONÁRIO: **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTANÓPOLIS** OBJETO: VEÍCULO **PLACA TGS2E81** TOMBO 744453 PROCESSO Nº 019.5110.2025.0104297-61.

TERMO DE CESSÃO DE USO Nº **858/2025** CEDENTE: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA / CESSIONÁRIO: **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE IBIRAPITANGA** OBJETO: BENS PERMANENTES PROCESSO Nº 019.5120.2025.0082322-00.