



**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

**FLUXO DE ACESSO - PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTE  
COM TROMBOFILIA**

**PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2021**

| <b>MEDICAMENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• ENOXAPARINA SÓDICA – SOLUÇÃO INJETÁVEL DE 40MG/0,4ML</li><li>• ENOXAPARINA SÓDICA 60 MG/0,6 ML SOLUÇÃO INJETÁVEL</li></ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do paciente;</li><li>• Cópia de documento de identidade e CPF do paciente;</li><li>• Cópia do comprovante de residência;(conta de luz, água, ou telefone em nome do paciente ou responsável legal pelo paciente)</li><li>• Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado (LME), adequadamente preenchido (renovar SEMESTRALMENTE);</li><li>• Prescrição médica devidamente preenchida, assinada e carimbada pelo médico. (As prescrições médicas devem obedecer as normas sanitárias vigentes para cada tipo de medicamento solicitado.(<a href="#">LEI Nº 13.732, DE 8 DE NOVEMBRO DE 2018</a>; <a href="#">PORTARIA 344, de 1998</a>; <a href="#">RESOLUÇÃO – RDC Nº 20, DE 5 DE MAIO DE 2011</a> e outros).</li><li>• Termo de Esclarecimento e Responsabilidade -TER; assinado pelo médico e paciente.</li><li>• Formulário de Acesso aos Medicamentos para Prevenção do Tromboembolismo venoso em Gestantes com Trombofilia, devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico Assistente.</li><li>• Relatório do Ginecologista ou Médico Assistente informando o CID-10, data prevista para o parto e informações de o tratamento (se profilático ou terapêutico).</li></ul> |



## GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

### EXAMES PARA ACESSO AOS MEDICAMENTOS

#### Exames obrigatórios para todos os casos:

- Exames de comprovação do estado gestacional: dosagem de B-hCG urinário **ou** dosagem de B-hGC Sérico;(para indivíduos com potencial gestacional, excetuando-se aqueles com histórico de histerectomia ou esterilidade comprovada). (validade 3 meses) **ou**
- 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 para cada caso: Anexar pelo menos um exame que comprove a doença.**

##### **Para Tromboembolia Hereditária de baixo risco (CID D68.8):**

- Fator V de Leiden; (pode ser antigo)
- Mutação G20210A no gene da protrombina; (pode ser antigo)
- Dosagem de proteína C funcional e dosagem de proteína S livre ou dosagem de proteína S funcional; (pode ser antigo)
- Dosagem de anticorpo antifosfolípido.(pode ser antigo)

##### **Para Tromboembolia Hereditária de alto risco (CID-10: D68.8):**

- Fator V de Leiden; (pode ser antigo)
- Mutação G20210A no gene da protrombina; (pode ser antigo)
- Antitrombina III. (pode ser antigo)

##### **Para Síndrome Antifosfolípido – SAF (CID-10: D68.8):**

#### **Presença de pelo menos um critério clínico associado a pelo menos um critério laboratorial.**

- Anexar laudo laboratorial: anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM) (pode ser antigo)
- Anticoagulante lúpico detectado de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia (ISTH), (pode ser antigo)
- Anticardiolipinas IgG ou IgM mensurados por teste ELISA padronizado; ou
- Anti-beta2glicoproteína1 IgG ou IgM mensurada por teste ELISA padronizado.

##### **Para os casos de história pessoal de Tromboembolismo Venoso – TEV (CID-10: I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3, O22.5):**

- Ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética, nos casos de história pessoal de tromboembolismo venoso (TEV). (Validade indeterminada)

### EXAMES DE MONITORAMENTO

- Hemograma. **Periodicidade:** trimestralmente.
- Contagem de plaquetas. **Periodicidade:** sempre que houver suspeita de trombose durante a terapia.
- Creatinina sérica. **Periodicidade:** a critério médico

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

**UNIDADES DE CADASTRO****Capital e Região Metropolitana****CIMEB - Centro de Infusões e Medicamentos Especializados da Bahia****Parque Solar Boa vista****End: Av. Laurindo Régis , s/nº - Engenho Velho de Brotas, Salvador - BA, CEP 40250-240****Tel: da Farmácia: 3116-4935/31171645****Horário: 8h às 18h****E-mail:cimeb@saude.ba.gov.br****INTERIOR****Bases Regionais de Saúde e Núcleos Regionais de Saúde (antigas DIRES)****CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS  
RELACIONADOS À SAÚDE (CID-10)**

D68.8 Outros defeitos especificados da coagulação (trombofilia, síndrome do anticorpo antilipídeo)

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

**Atenção:** Para consultar as atualizações dos medicamentos e CID-10 desta patologia, acessar o SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA UNIFICADA DE PROCEDIMENTOS (SIGTAP): <http://sigtap.datasus.gov.br/>.

**OBSERVAÇÕES**

- **As gestantes com risco aumentado para trombofilia devem ser encaminhadas para atenção especializada para o devido tratamento do quadro, a fim de que morbidades sejam minimizadas e mortalidade materna, fetal e peri-natal seja evitada. As gestantes, que tiveram o diagnóstico de trombofilia previamente à gestação e que já utilizavam ou não medicamento, também devem ser acompanhadas em serviço especializado. Gestantes em uso de anticoagulante, prescrito antes da vigência deste Protocolo, deverão ser reavaliadas quanto aos critérios de sua inclusão nele estabelecidos. A gestante que for encaminhada deve manter o acompanhamento concomitante com a equipe da Atenção Primária para garantir um cuidado adequado e integral. A troca de informações entre a Atenção Primária e serviços especializados por meio de instrumentos de “referência e contra referência” é essencial para definir a qualidade do cuidado ofertado.**
- **Gestantes sob uso de anticoagulante durante o pré-natal devem ter o parto assistido em unidade hospitalar. Considerando que o parto cesáreo tem risco de TEV quatro vezes maior que o parto vaginal, recomenda-se que a via de parto deverá seguir os critérios obstétricos.**
- **De acordo com o PCDT/ PORTARIA CONJUNTA Nº 23, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2021 . 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 (atualizado) dosagem de B-HCG urinário, ou dosagem de BhGC sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica.**



## GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA

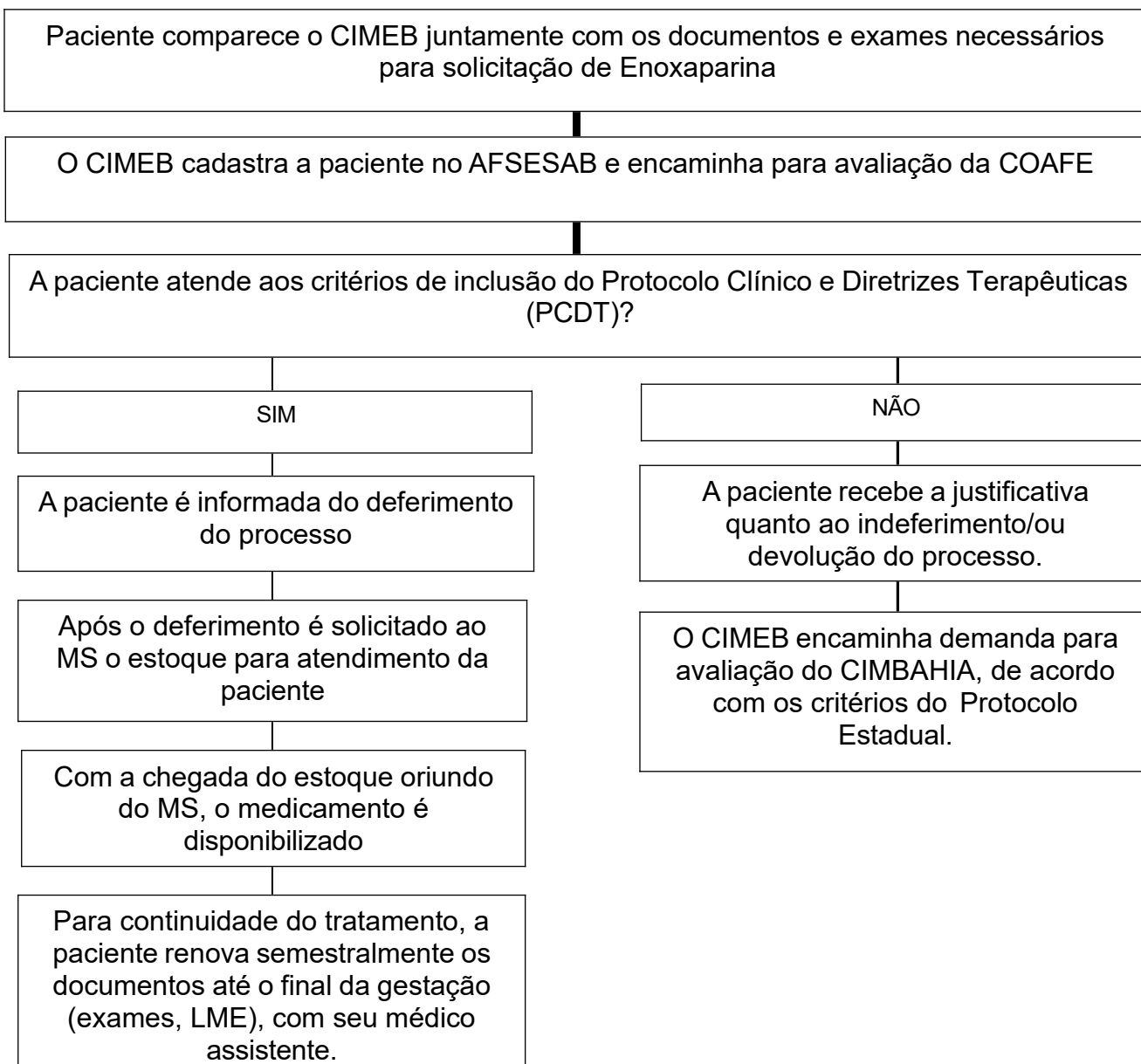
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

### DESCRIÇÃO DO FLUXO PARA SALVADOR





**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB

Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Diretoria de Assistência Farmacêutica – DASF

Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada - COAFE

**FLUXO DOS PROCEDIMENTOS PARA NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE- NRS E/OU  
BASES REGIONAIS DE SAÚDE- BRS (Antigas DIRES)**

