



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

PARECER TÉCNICO/TJES/NAT Nº 1414/2020

Vitória, 04 de dezembro de 2020.

Processo Nº [REDACTED]  
[REDACTED] impetrado por  
[REDACTED].

O presente Parecer Técnico visa atender a solicitação de informações técnicas da 2ª Vara da Comarca de Afonso Cláudio – MM. Juiz de Direito Dr. Izaqueu Lourenço da Silva Júnior – sobre o medicamento: **Enoxaparina 40 mg**.

**I – RELATÓRIO**

1. De acordo com inicial, há aproximadamente 3 meses, a Autora por ter sofrido aborto considerado espontâneo em 20 dezembro de 2019, consultou o médico ginecologista Dr Aluiz Carlos a fim de consultar sobre nova tentativa de engravidar. O exame de ultrassonografia constatou que o embrião, com então 8 semanas, se encontrava sem vida. Na época não teve complicações e nem diagnósticos de outros problemas associados, uma vez que um aborto pode ser considerado normal pela literatura sem necessidade de grandes investigações, e assim, foi realizado procedimento de curetagem em 26 de dezembro de 2019, sem intercorrências. Ao final de consulta apesar de clinicamente bem, sem sintomas de patologias foi solicitado novos exames como forma de prevenção para avaliação de quaisquer problemas. Ao chegar resultado em 15 de setembro de 2020, em nova consulta para avaliação dos exames, foi constatado FAN (fator anti nuclear) reagente com nuclear pontilhado fino denso (AC-2), sendo encaminhada à especialista reumatologista Dra Lidia Balarini. Aparentemente não apresentava sintoma significativo de doença autoimune na qual o exame havia acusado, porém havia uma diarreia persistente em investigação com característica de intolerância a lactose (especialidade da gastroenterologista Dra.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

Giovana Gomes). Foram solicitados novos exames, realizados em 19 de setembro de 2020. E, antes dos resultados, ocorreu o exame de BHCG positivo em 27 de outubro de 2020 (confirmação de nova gravidez), em seguida avaliação dos exames pelo Dra. Lidia Balarine, onde constatou trombofilia adquirida - SAF (doença do sistema imunológico que ataca erroneamente proteínas normais do sangue, a síndrome do anticorpo antifosfolípido podendo causar coágulos de sangue dentro das artérias, veias e órgãos, também pode provocar aborto e morte fetal em gestantes), sendo imediatamente medicada pela obstetra Dra. Valeska Miguel e decidido pelo uso de anticoagulantes orais e injetáveis (AAS 100 mg e Enoxaparina 40 mg subcutâneo diariamente). Com a inesperada gravidez, procurou-se profissional médico para iniciar o pré-natal. Os exames iniciais infelizmente apontaram problemas que tornaram gravidez de alto risco, conforme demonstra o laudo médico anexo, que aponta a incidência de deficiências classificadas pelo CID D68.4 Deficiência adquirida de fator de coagulação; D84.9 Imunodeficiência não especificada e Z35 Supervisão de gravidez de alto risco. O tratamento já foi iniciado com injeções diárias de Enoxaparina 40mg sub cutâneo que só serão interrompidas após o parto, totalizando cerca de 300 aplicações. Consta que a autora protocolizou pedido de fornecimento do medicamento Enoxaparina 40 mg uso injetável subcutâneo, junto à Secretaria Estadual de Saúde localizada em Venda Nova do Imigrante, no dia 12/11/2020, e teve o pedido foi negado, duas vezes.

2. Consta Laudo de solicitação de enoxaparina 40 mg, para a paciente com diagnóstico de trombofilia, emitido em 06/11/2020.
3. Às fls. 25 consta prescrição do medicamento ora pleiteado.
4. Constam resultados de exames, como histopatológico e Beta-HCG, bem como resultado de ANTI-Beta 2 GLICOPROTEINA I (IgM): 14,0 Elia U/mL; CARDIOLIPINA IGM AUTO ANTICORPOS: 89,0 MPL U/mL em 29/10/2020; FAN HEP-2-PESQUISA DE AUTO-ANTICORPOS CONTRA ANTIGENOS INTRACELULARES: NUCLEO reagente; CARDIOLIPINA IGM AUTO ANTICORPOS: 111,0 MPL U/mL em 19/09/2020 e ANTI



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

GLIADINA DEAMINADA IGA: 14,0 Elia U/mL em 21/09/2020.

5. Às fls. 43 consta laudo emitido pela reumatologista Dra. Lidia Balarini da Silva CRM-ES 11158, que informa “Paciente com história de infertilidade em investigação, um aborto de primeiro trimestre e sem história de trombose. No entanto, na investigação de infertilidade veio com ANTICARDIOLIPINA IGM REPETIDAMENTE EM ALTOS Títulos E ANTI-BETA 2 GLICOPROTEINA 1 POSITIVO (DUPLA POSITIVIDADE DE MARCADORES DE SINDROME DO ANTICORPO ANTIFOSFOLIPIDEO). Mesmo que esta paciente não preencha os critérios de classificação clínico para SAF, solicito ao auditor que considere que: - o título do IGM é alto repetidamente; - paciente com FAN positivo de padrão patológico (nuclear pontilhado fino com placa negativo e título 1/320); - tem positividade também do anti-Beta 2 glicoproteína 1; - já teve uma perda gestacional. Diante do que explicamos acima, a reumatologia em consenso com a obstetra que a acompanha concordam em indicar o início de heparina em dose profilática durante toda a gestação. Associada a AAS.
6. Consta às fls. 44 laudo médico emitido em 20/11/2020 com informação de paciente gestante de alto risco, portadora de anticorpo IGM para cardiolipina com altos títulos, FAN positivo, apresenta risco de trombose na gestação. O uso da enoxaparina vai prevenir risco materno e fetal.
7. Consta indeferimento da solicitação administrativa com informação de que a paciente não apresenta diagnóstico comprobatório conforme solicitado em pendências relatadas em análise anterior, sendo que a mesma possui dois critérios laboratoriais e nenhum clínico que se enquadre no PCDT.

## II – ANÁLISE

### DA LEGISLAÇÃO

1. Considerando o disposto na **Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998**, que estabelece a Política Nacional de Medicamentos e define as diretrizes, as



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

- prioridades e as responsabilidades da Assistência Farmacêutica para os gestores federal, estadual e municipal do Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Com base na diretriz de Reorientação da Assistência Farmacêutica contida no Pacto pela Saúde, publicado pela **Portaria GM/MS nº 399, de 22 de Fevereiro de 2006**, o Bloco da Assistência Farmacêutica foi definido em três componentes: (1) Componente Básico; (2) Componente de Medicamentos Estratégicos; e (3) Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Esse último componente teve a sua denominação modificada pela Portaria GM/MS nº 2981, republicada no DOU em 01 de dezembro de 2009, para Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
  3. A Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, regulamentou o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, como parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, tendo como objetivo a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde, revogando todas as portarias vigentes, exceto as que publicaram os PCDT. Já a **Portaria GM/MS nº 1.554, de 30 de julho de 2013**, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), é a que regulamenta o elenco atual do CEAF.
  4. A dispensação dos medicamentos do CEAF é realizada de acordo com o acompanhamento farmacoterapêutico previsto pelos protocolos de tratamento publicados pelo Ministério da Saúde que são desenvolvidos com base nos critérios da Medicina Baseada em Evidências e têm como objetivo estabelecer claramente os critérios de diagnóstico de cada doença, o tratamento preconizado com os medicamentos disponíveis nas respectivas doses corretas, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados, e a racionalização da prescrição e do



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

fornecimento dos medicamentos.

## DA PATOLOGIA

1. A **Trombofilia** é a propensão ao desenvolvimento de eventos tromboembólicos, devido a anormalidades do sistema de coagulação, que predispõem a formação de coágulos no sistema circulatório. O Tromboembolismo Venoso (TEV) é a manifestação mais comum da trombofilia. O TEV é uma das principais causas de morbimortalidade materna e pode apresentar como complicações a Trombose Venosa Profunda (TVP) e o Tromboembolismo Pulmonar.
2. O risco de TEV na gravidez é aumentado, devido à presença de trombofilias adquiridas e hereditárias. A **trombofilia adquirida**, mais importante, responsável pelo aumento de risco de TEV na gravidez é a **Síndrome Antifosfolípídeo (SAF)** que pode cursar com manifestações venosas e arteriais. A síndrome do anticorpo anti-fosfolípídeo (SAF) caracteriza-se pela produção de anticorpos que interferem na coagulação sanguínea.
3. As **trombofilias hereditárias** são responsáveis por 50% dos casos de TEV associada à gravidez e tem maior relação com manifestações venosas. As formas de trombofilia hereditária em ordem de importância na gravidez são: **mutações genéticas no fator V de Leiden; mutação no gene da protrombina; deficiências de antitrombina, de proteína C e de proteína S.** A mutação da Metileno tetrahydrofolato redutase (MTHFR) não é mais considerada uma trombofilia.
4. O diagnóstico da **trombofilia hereditária** deve ser feito com os seguintes exames: Fator V de Leiden, mutação G20210A no gene da protrombina, dosagem de proteína C funcional e dosagem de proteína S livre ou dosagem de proteína S funcional. As trombofilias hereditárias são divididas em:
  - 4.1 **Alto risco:** mutação homocigótica para o fator V de Leiden; mutação homocigótica



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

para o gene da protrombina; deficiência da antitrombina III; mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas, Síndrome Antifosfolípídeo (SAF);

4.2 **Baixo risco:** mutação heterozigótica para o fator V de Leiden; mutação heterozigótica para o gene da protrombina; deficiência da proteína C ou da proteína S.

5. O rastreamento de trombofilias hereditárias não está recomendado para pacientes apenas com complicações obstétricas (abortamentos, pré-eclâmpsia, perda fetal).

6. A **Síndrome Antifosfolípídeo (SAF)** é diagnosticada pela presença de pelo menos um critério clínico associado a pelo menos um critério laboratorial.

6.1 Critérios clínicos:

- Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite);
- Histórico de pelo menos três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente;
- Histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológica-mente normal e sem causa aparente ou;
- Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária.

6.2 Critérios laboratoriais (devem estar presentes em duas ou mais ocasiões com intervalo mínimo de 12 semanas):

- **Lúpus anticoagulante (anticoagulante lúpico) detectado de acordo com as recomendações da Sociedade Internacional de Trombose e**



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

**Hemostasia;**

- **Anticardiolipinas IgG ou IgM em títulos moderados (>40) a altos (>80) por teste ELISA padronizado, ou;**
  - **Anti-beta2glicoproteína1 IgG ou IgM por teste ELISA padronizado acima do percentil 99.**
7. As pacientes portadoras de anticorpos antifosfolídeos sem eventos clínicos (trombóticos ou obstétricos) deverão ser tratadas de forma similar às pacientes com trombofilia hereditária de baixo risco.

**DO TRATAMENTO**

1. A profilaxia não farmacológica recomendada durante a gravidez e no puerpério compreende uso de meias de compressão, hidratação adequada, evitar viagens terrestres e aéreas de longas distâncias (mais de 4 horas), imobilização prolongada de membros inferiores.
2. Em conjunto com as medidas não farmacológicas, o Manual Técnico sobre Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde recomenda que a anticoagulação profilática seja iniciada em gestantes com síndrome antifosfolípide (SAF) ou trombofilia hereditária.
3. O tratamento e a profilaxia do tromboembolismo venoso na gravidez centram-se na utilização do ácido acetilsalicílico (AAS), além das heparinas não fracionada e de baixo peso molecular, sendo a primeira heparina recomendada apenas quando não houver a possibilidade de uso daquela de baixo peso molecular.
4. Dentre os medicamentos padronizados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) para tratamento de TEV, apenas o AAS tem uso recomendado para gestantes em âmbito ambulatorial, uma vez que a varfarina é contraindicada nessa condi-





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

ção. O uso de anticoagulantes orais (varfarina) é atualmente desaconselhado durante a gestação, pelo potencial teratogênico e maior risco de sangramento por intoxicação cumarinica. Podem, quando indicados, serem introduzidos no puerpério, pois são compatíveis com o aleitamento.

5. Gestantes com trombofilia devem receber profilaxia já na segunda fase do ciclo menstrual de possível concepção e esta deve ser mantida, caso a gestação aconteça. Se a gestação ocorrer sem a profilaxia, ela deve ser iniciada o mais precocemente possível (BRASIL, 2012). Além da anticoagulação profilática, a anticoagulação terapêutica deve ser utilizada em gestantes que tiveram episódios tromboembólicos até 30 dias antes da última menstruação ou a qualquer tempo durante a gestação.
6. Durante a gravidez são usadas as heparinas porque estas não cruzam a placenta. Há dois tipos de heparina: a heparina não fracionada (obtida do intestino do porco) e a heparina de baixo peso molecular (obtida pela despolimerização da heparina não fracionada, tendo um peso molecular específico), como a Enoxaparina.

## **DO PLEITO**

1. **Enoxaparina sódica:** é um anticoagulante, utilizado para diminuir o risco de desenvolvimento de uma trombose venosa profunda e sua consequência mais grave, a embolia pulmonar. Indicada no Tratamento da trombose venosa profunda já estabelecida com ou sem embolismo pulmonar; Profilaxia do tromboembolismo venoso e recidivas, associados à cirurgia ortopédica ou à cirurgia geral; Profilaxia do tromboembolismo venoso e recidivas em pacientes acamados, devido a doenças agudas incluindo insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, infecções graves e doenças reumáticas; Prevenção da coagulação do circuito de circulação extracorpórea durante a hemodiálise; Tratamento da angina instável e infarto do miocárdio sem onda Q, administrado concomitantemente ao ácido acetilsalicílico.





**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

### III – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

1. **A Portaria nº 10, de 24 de janeiro de 2018**, torna pública a decisão de incorporar a **enoxaparina sódica 40 mg/ 0,4 ml** para o tratamento de gestantes com trombofilia no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo o prazo máximo para efetivar a oferta ao SUS em cento e oitenta dias.
2. **A PORTARIA CONJUNTA Nº 04, DE 12 DE FEVEREIRO DE 2020** aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, no âmbito do SUS.
3. Serão incluídas neste Protocolo as gestantes e puérperas com trombofilia e alto risco de desenvolvimento de TEV e com:
  - história pessoal de TEV e moderado a alto risco de recorrência (único episódio não provocado; TEV relacionado a gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não provocados);
  - **diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente;**
  - trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau;
  - trombofilia de alto risco e sem história pessoal ou familiar de TEV;
  - trombofilia de baixo risco e com TEV em parente de primeiro grau; ou
  - histórico pessoal de TEV com baixo risco de recorrência (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com anticoncepcional hormonal ou gravidez)
4. Apesar da incorporação pela CONITEC da Enoxaparina 40 mg, esse medicamento já se encontrava padronizado na Relação Estadual de Medicamentos do Componente Especializado (REMEME), inclusive na apresentação 60 mg, sendo disponibilizado pela rede estadual de saúde do Espírito Santo, através das Farmácias Cidadãs Estaduais,



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

conforme critérios de utilização predefinidos.

5. Assim, esclarecemos que o medicamento pleiteado está indicado para profilaxia de tromboembolismo venoso em gestantes com **síndrome antifosfolípide (SAF)** ou **trombofilia hereditária**, em conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde.
6. No presente caso consta que a paciente gestante de alto risco, portadora de anticorpo IGM para cardiolipina com altos títulos, FAN positivo, apresenta risco de trombose na gestação e que o uso da enoxaparina vai prevenir risco materno e fetal. médica assistente informa ainda que mesmo que esta paciente não preencha os critérios de classificação clínico para SAF, solicita ao auditor que considere que: - o título do IGM é alto repetidamente; - paciente com FAN positivo de padrão patológico (nuclear pontilhado fino com placa negativo e título 1/320); - tem positividade também do anti-Beta 2 glicoproteína 1; - já teve uma perda gestacional. Assim, a reumatologia em consenso com a obstetra que a acompanha concordam em indicar o início de heparina em dose profilática durante toda a gestação. Associada a AAS.
7. Mediante a documentação remetida a este Núcleo, verifica-se que consta indeferimento da solicitação administrativa com informação de que a paciente possui dois critérios laboratoriais e nenhum clínico que se enquadre no PCDT (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde).
8. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia de fevereiro de 2020, baseado nas melhores evidências científicas disponíveis, e conforme mencionado no tópico “Patologia” do presente parecer técnico científico, a Síndrome Antifosfolípídeo (SAF) é diagnosticada pela presença de, pelo menos, um critério clínico associado a pelo menos um critério laboratorial, conforme abaixo:

Critérios clínicos:



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

- Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (exame de imagem ou evidência histológica sem sinal de vasculite);
- Histórico de, pelo menos, três abortamentos precoces (com menos de 10 semanas) sem causa aparente;
- Histórico de óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológica-mente normal e sem causa aparente ou;
- Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária.

Critérios laboratoriais (devem estar presentes em duas ou mais ocasiões com inter-  
valo mínimo de 12 semanas):

- Lúpus anticoagulante (anticoagulante lúpico) detectado de acordo com as reco-mendações da Sociedade Internacional de Trombose e Hemostasia;
- Anticardiolipinas IgG ou IgM em títulos moderados (>40) a altos (>80) por teste ELISA padronizado, ou;
- Anti-beta2glicoproteína1 IgG ou IgM por teste ELISA padronizado acima do percentil 99.

As pacientes portadoras de anticorpos antifosfolipídeos sem eventos clínicos (trom-bóticos ou obstétricos) deverão ser tratadas de forma similar às pacientes com trombofilia hereditária de baixo risco.

9. Considerando a documentação encaminhada a este Núcleo, ressaltamos que apesar de não cumprir critérios clínicos, os resultados laboratoriais apresentados não devem se desconsiderados. Frente ao exposto conclui-se que apesar de a paciente não se enqua-drar nos critérios do Protocolo do Ministério da Saúde, há respaldo na literatura cien-



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

tífica para uso do medicamento enoxaparina em casos semelhantes ao que a aflige, sendo a decisão para prescrição e utilização de responsabilidade do médico prescriptor.

**REFERÊNCIAS**

U. A. P. et al. Novos anticoagulantes em cuidados intensivos. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2011000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103507X2011000100012&script=sci_arttext)>. Acesso em: 04 de dezembro de 2020.

DISTRITO FEDERAL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

Síndrome Anticorpo antifosfolípedes. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira. 2011. Disponível em: [https://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/sindrome\\_do\\_anticorpo\\_antifosfolipideo.pdf](https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/sindrome_do_anticorpo_antifosfolipideo.pdf). Acesso em: 04 de dezembro de 2020.

NATS. **Enoxaparina 40mg para profilaxia de abortamento de repetição em gestante**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/04/42fc7537434465765dc3ce0910c78d89.pdf>. Acesso em: 04 de dezembro de 2020.

Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**. Manual Técnico. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf). Acesso em: 04 de dezembro de 2020.



**Poder Judiciário**  
Estado do Espírito Santo  
Núcleo de Assessoramento Técnico – NAT

---

OLIVEIRA, A.L.M.L., et al. Profilaxia de tromboembolismo venoso na gestação. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v15n4/1677-5449-jvb-15-4-293.pdf>. Acesso em: 04 de dezembro de 2020.

FRANCO, R. F. TROMBOFILIAS HEREDITÁRIAS. Medicina, Simpósio: HEMOSTASIA E TROMBOSE. Capítulo III. Ribeirão Preto, 34: 248-257, jul./dez. 2001. Disponível em: [http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n3e4/trombofilias\\_hereditaria.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n3e4/trombofilias_hereditaria.pdf) Acesso em: 04 de dezembro de 2020.

MARQUES, M.A. et al. Pesquisa de marcadores de trombofilia em eventos trombóticos arteriais e venosos: registro de 6 anos de investigação. J Vasc Bras 2009, vol. 8, Nº 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n3/v8n3a07.pdf>. Acesso em: 24 de julho de 2020.  
Ministério da saúde: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/14/PCDTPreven----o-de-Tromboembolismo-Venoso-em-Gestantes-com-Trombofilia.pdf>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2020.

NATJUS/TJMG.RESPOSTA TÉCNICA.

<<https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/11039/1/RT%201759%20%282%29.pdf>>. Acesso em: 04 de dezembro de 2020.

FRANCO, R. F. TROMBOFILIAS HEREDITÁRIAS. Medicina, Simpósio: HEMOSTASIA E TROMBOSE. Capítulo III. Ribeirão Preto, 34: 248-257, jul./dez. 2001. Disponível em: [http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n3e4/trombofilias\\_hereditaria.pdf](http://www.fmrp.usp.br/revista/2001/vol34n3e4/trombofilias_hereditaria.pdf). Acesso em: 04 de dezembro de 2020.

MARQUES, M.A. et al. Pesquisa de marcadores de trombofilia em eventos trombóticos arteriais e venosos: registro de 6 anos de investigação. J Vasc Bras 2009, vol. 8, Nº 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n3/v8n3a07.pdf>. Acesso em: 04 de dezembro de 2020.