

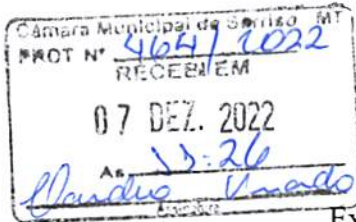


**PREFEITURA DE  
SORRISO**

CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

**OFÍCIO GAPRE Nº 353/2022.**

Sorriso/MT, 07 de dezembro de 2022.



Excelentíssimo Senhor Presidente, Senhores (as) Vereadores (as),

É com muita satisfação que me reporto a Vossa Excelência, a fim de responder os requerimentos e as indicações aprovadas pelos vereadores que compõem o nosso parlamento municipal na 40ª Sessão Ordinária de 2022.

Como forma de centralizarmos a distribuição e respostas da Prefeitura Municipal de Sorriso, tanto do Prefeito como dos Secretários requeridos, vamos encaminhar respostas de todos os Secretários neste documento assinado por mim, Prefeito, conforme segue:

**INDICAÇÃO Nº 905/2022 – Autoria: Diogo Kriguer, Damiani, Iago Mella, Rodrigo Machado e vereadores abaixo assinados.** - Indicamos que seja realizado o tratamento/troca, das caixas de areia das quadras de esportes e da quadra onde está o parquinho infantil, da praça Antenor Balbinot, no município de Sorriso-MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício SEMEL nº 1010/2022 da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer.

**INDICAÇÃO Nº 906/2022 – Autoria: Rodrigo Machado, Iago Mella, Damiani, Diogo Kriguer, Marlon Zanella e Zé da Pantanal.** - Indicamos a implantação de playground e academia ao ar livre, no Residencial Europark na área reversada para espaço público, no Município de Sorriso – MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício SEMEL nº 1010/2022 da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer.

**INDICAÇÃO Nº 907/2022 – Autoria: Damiani e vereadores abaixo assinados.** - Indicamos a aquisição de enoxaparina sódica 40 mg/ 0,4 ml pelo Município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício DAF 127/2022 do Departamento de Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento.

**INDICAÇÃO Nº 908/2022 – Autoria: Damiani e vereadores abaixo assinados.** - Indicamos a necessidade de que o Centro de Reabilitação Renascer mantenha atualizado e faça o acompanhamento dos pedidos para colocação de próteses dos pacientes encaminhados ao Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino – Cridac.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício SEMSAS nº 2123/2022 da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento.



Signatário 1: ARI GENEZIO LAFIN

Assinado com (Cer. Digital) por Ari Genezio Lafin em 07/12/2022 às 10:40 de Brasília

Para confirmar o estado desse documento consulte:

<https://application.kashimasoftware.com.br/assinador/servlet/Documento/consultar>

Código: htb30gZJNO



htb30gZJNO



# PREFEITURA DE SORRISO

CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

**INDICAÇÃO Nº 909/2022 – Autoria: Celso Kozak.** - Indico a aquisição de aparelho de Ultrassonografia para a Upinha da Zona Leste de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício SEMSAS n º 2127/2022 da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento.

**INDICAÇÃO Nº 910/2022 – Autoria: Damiani e vereadores abaixo assinados.**  
- Indicamos que seja construído um banheiro público na área de lazer do Bairro Taiamã I, município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício SEMEL n º 1010/2022 da Secretaria Municipal de Esporte e Lazer.

**INDICAÇÃO Nº 911/2022 – Autoria: Damiani e vereadores abaixo assinados.**  
- Indicamos a instalação de redutor de velocidade na Rua Iguaçu, esquina com a Rua Palmares, entre os Bairros Morada do Bosque I e II, município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício n º 800/2022/SEMSEP da Secretaria Municipal de Segurança Pública, Trânsito e Defesa Civil.

**INDICAÇÃO Nº 912/2022 – Autoria: Damiani e vereadores abaixo assinados.**  
- Indicamos a contratação de médico neuropediatra pelo Município de Sorriso/MT, para atuar no Ambulatório Médico Especializado – AME.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício SEMSAS n º 2434/2022 da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento.

**INDICAÇÃO Nº 913/2022 – Autoria: Celso Kozak.** - Indico a implantação de uma Usina Fotovoltaica Municipal, no Município de Sorriso-MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício n º 236/2022 – SEC/GAB/FAZ da Secretaria Municipal de Fazenda.

**INDICAÇÃO Nº 914/2022 – Autoria: Marlon Zanella e vereadores abaixo assinados.** - Indicamos a instalação de redutores de velocidade (quebra-molas) e placas de sinalização dos mesmos no cruzamento da Avenida Novo Horizonte com a Avenida Universitária, entre os bairros Rota do Sol e Santa Clara, no município de Sorriso/MT.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício n º 800/2022/SEMSEP da Secretaria Municipal de Segurança Pública, Trânsito e Defesa Civil.

**REQUERIMENTO Nº 260/2022 – Autoria: Damiani.** - Requer ao Excelentíssimo Senhor Ari Genézio Lafin, Prefeito Municipal e à Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento, informações acerca da previsão de retorno da realização dos procedimentos de pequeno porte cirúrgico, no Ambulatório Multiprofissional de Especialidades - AME.

Informamos aos nobres vereadores que a resposta de sua indicação está contida no ofício SEMSAS n º 2435/2022 da Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento.





**PREFEITURA DE  
SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

Sem mais para o momento, aproveitamos para elevar a Vossa Excelência, protestos de mais alto apreço.

Atenciosamente,

*Assinado Digitalmente*  
**ARI GENÉZIO LAFIN**  
Prefeito Municipal

Ao Senhor,  
**LEANDRO CARLOS DAMIANI**  
Presidente da Câmara Municipal de Sorriso  
Sorriso-MT





GESTÃO 2021/2024

# PREFEITURA DE SORRISO

CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OFICIO SEMEL Nº1010 /2022

Sorriso – MT 25 de novembro de 2022

Senhor Presidente

Venho através do presente enviar a Vossa Excelência, respostas sobre indicações referentes a 39ª e 40ª Sessão Ordinária do ano de 2022, conforme solicitação através dos Ofícios Circulares SMA nº323 e 327/2022, como segue:

**Indicação 899 /2022**

Agradecemos ao nobre vereador pela indicação e pela preocupação com nossos munícipes, informamos que será realizado um planejamento com levantamento de custos e viabilidade.

**Indicação 901/2022**

Agradecemos ao nobre vereador pela indicação e pela preocupação com nossos munícipes, informamos que será realizado um planejamento com levantamento de custos e viabilidade.

**Indicação 905/2022**

Agradecemos ao nobre vereador pela indicação e pela preocupação com nossos munícipes, informamos que será atendida a sua solicitação, será colocado a areia necessária e o tratamento da mesma com cal.

**Indicação 906/2022**

Agradecemos ao nobre vereador pela indicação e pela preocupação com nossos munícipes, informamos que será realizado um planejamento com levantamento de custos e viabilidade.

**Indicação 910/2022**

Agradecemos ao nobre vereador pela indicação e pela preocupação com nossos munícipes, informamos que será realizado um planejamento com levantamento de custos e viabilidade.

Sem mais para o momento, agradecemos antecipadamente vossa colaboração, aproveitando o ensejo para externar votos de consideração e respeito.

  
**EMILIO BRANDÃOJUNIOR**  
Secretário de Esportes e Lazer

A sua Excelência  
**LEANDRO CARLOS DAMIANI**  
Presidente da Câmara de Vereadores de Sorriso

Prefeitura Municipal de Sorriso  
Recebido em 25/11/22  
Hora 11:04  
Secretaria de Administração





# PREFEITURA DE SORRISO

CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

Ofício Nº 236/2022 – SEC/GAB/FAZ.

Sorriso – MT, 28 de novembro de 2022

Ao Senhor

**LEANDRO DAMIANI**

Presidente da Câmara de Vereadores

Sorriso - MT

**ASSUNTO: EM RESPOSTA A INDICAÇÃO Nº 913/2022.**

Ao cumprimentá-lo cordialmente, em resposta a indicação nº 913/2022 ao qual requer implantação de Usina Fotovoltaica no município de Sorriso, informamos que a Secretaria Municipal de Fazenda em conjunto com a Secretaria Municipal de Obras, está elaborando procedimento de contratação de Usina(s) Fotovoltaica(s) para atender os órgãos públicos municipais. Ademais o procedimento encontra-se em fase de definição de método de contratação.

Sendo que se apresentava para o momento, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que Vossa Senhoria considerar necessário, nesta oportunidade, reiteramos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

**MIRALDO GOMES DE SOUZA**

Secretário Adjunto de Fazenda

Prefeitura Municipal de Sorriso  
Recebido em 28/11/22  
Hora 10:44  
Secretaria de Administração



**PREFEITURA DE  
SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

**OFÍCIO Nº 800/2022/SEMSEP**

Sorriso/MT, 28 de novembro de 2022

Ao Ilmo. Senhor  
**BRUNO EDUARDO PECINELLI DELGADO**  
Secretário Adjunto Municipal de Administração  
Sorriso – MT

**Ilmo. Senhor:**

**A SECRETARIA MUNICIPAL DE SEGURANÇA PÚBLICA, TRÂNSITO E DEFESA CIVIL**, por intermédio do Secretário adjunto vem mui respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, em resposta ao **Ofício Circ. SMA nº 325 e 328/2022**, o qual solicita resposta à indicação a informar o que se segue:

**Indicação nº 892/2022** – Indica a instalação de redutor de velocidade na Rua Rio Negro, na altura da casa 08, quadra 11, bairro Nova Aliança I, município de Sorriso/MT.

**Indicação nº 911/2022** – Indica a instalação de redutor de velocidade na Rua Iguaçu, esquina com a Rua Palmares, entre os bairros Morada do Bosque I e II, município de Sorriso/MT.

**Indicação nº 914/2022** – Indica a instalação de redutores de velocidade (quebra-molas) e placas de sinalização dos mesmos no cruzamento da Av. Novo Horizonte com a Avenida Universitária, entre os bairros Rota do Sol e Santa Clara, no município de Sorriso/MT.

Comunicamos que as presentes indicações serão objeto de análise da Secretaria da Cidade, bem como do Departamento de Engenharia, de modo que se constatará viabilidade de instalação dos mesmos nos locais citados anteriormente.



**PREFEITURA DE**  
**SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

Sem mais para o momento, aproveitamos para reiterar nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,



**EMILIANO PREIMA**

Secretário Adjunto de Segurança Pública, Trânsito e Defesa Civil



**PREFEITURA DE  
SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO DE SORRISO – MT  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

OFÍCIO DAF 127/2022

Sorriso, 28 de novembro de 2022.

Prezado Presidente da Câmara de Vereadores Damiani

Cumprimentando-o cordialmente e aproveitando a oportunidade para responder a indicação nº 907/2022 que versa sobre a necessidade de aquisição de enoxaparina de 40 mg.

A enoxaparina é padronizada pela REMUME para atender as demandas de urgência e emergência da UPA e na pandemia foi incluída na “Recomendação técnica para terapêutica precoce em pacientes com suspeita ou confirmados com covid-19” com sinais e sintomas moderados classificando a Fase 2ª, para a trombopprofilaxia durante todo o período de internação, e quando houver fator de risco trombótico, deve-se considerar manter a medida por 7-14 dias após a alta hospitalar.

Atualmente o Estado fornece a enoxaparina para prevenção de tromboembolismo venoso em Gestantes com Trombofilia que apresenta os critérios clínicos e laboratoriais definidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas aprovado pela Portaria conjunta nº 23, de 21 de dezembro de 2021 do Ministério da Saúde.

O atual Secretário de Saúde solicitou a elaboração de protocolo para a dispensação da enoxaparina para gestantes que realizou o protocolo na farmácia de Alto Custo até a chegada do mesmo, com o objetivo de minimizar os riscos que a ausência do tratamento prévio para acarretar na paciente.

Segue em anexo o protocolo em vigor para a dispensação de enoxaparina para gestantes no âmbito municipal para conhecimento.

Sem mais para o momento, subscrevemos.

Atenciosamente



**PREFEITURA DE  
SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

Departamento  
Assistência Farmacêutica  
SORRISO

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO DE SORRISO – MT  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Priscilla Diel Bobrzyk  
Farmacêutica-Bioquímica - CRF-MT 3438  
Coordenadora da Assist. Farmacêutica  
SEMSAS - MT

Priscilla Diel Bobrzyk  
Farmacêutica-Bioquímica – CRF-MT 3438  
Departamento de Assistência Farmacêutica  
Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso

Silvio André Stolfo  
Secretário Municipal de Saúde e Saneamento  
Prefeitura Municipal de Sorriso



**PREFEITURA DE  
SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO



**PREFEITURA MUNICIPAL DE SORRISO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANEAMENTO**

**PROTOCOLO PARA DISPENSAÇÃO DE  
ENOXAPARINA PARA GESTANTES DA REDE  
PÚBLICA DE SAÚDE DE SORRISO**

**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA**

**2022**

## Sumário

|                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. APRESENTAÇÃO .....                                                   | 2  |
| 2. DIAGNÓSTICO .....                                                    | 3  |
| 2.1 Trombofilia Hereditária.....                                        | 4  |
| 2.2 Trombofilia Adquirida ou Síndrome Antifosfolípideo .....            | 4  |
| 3. TERAPÊUTICA .....                                                    | 5  |
| 3.1 Ácido acetilsalicílico .....                                        | 6  |
| 3.2 Enoxaparina.....                                                    | 8  |
| 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....                                           | 10 |
| 4.1 Documentação.....                                                   | 10 |
| 4.2 Outros exames e documentos.....                                     | 11 |
| 5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO .....                                          | 12 |
| 6. FLUXO DE DISPENSAÇÃO .....                                           | 13 |
| 7. CONSIDERAÇÕES .....                                                  | 14 |
| 8. REFERÊNCIAS.....                                                     | 15 |
| 9. ANEXOS .....                                                         | 16 |
| 9.1 LME .....                                                           | 16 |
| 9.2 Relação de exames e documentos para solicitação de enoxaparina..... | 17 |
| 9.3 Termo de Esclarecimento e Responsabilidade Enoxaparina e AAS.....   | 18 |
| 9.4 Formulário de solicitação de enoxaparina.....                       | 20 |
| 9.5 Termo de Esclarecimento e Ciência.....                              | 22 |

## 1. APRESENTAÇÃO

A trombofilia é a propensão ao desenvolvimento de eventos tromboembólicos, devido a anormalidades do sistema de coagulação, que predis põem à 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 (TEP).

As gestantes são 4 a 5 vezes mais propensas a desenvolver TEV do que as mulheres não grávidas. Durante a gravidez normal, há a presença dos três componentes da tríade de Virchow:

- a) Estase venosa pela diminuição do tônus venoso e obstrução do fluxo venoso pelo aumento do útero;
- b) Estado de hipercoagulabilidade com o aumento da geração de fibrina, diminuição da atividade fibrinolítica e aumento dos fatores de coagulação II, VII, VIII e X. Além disso, há uma queda progressiva nos níveis de proteína S e resistência adquirida à proteína C ativada;
- c) Lesão endotelial, devido à nidação, remodelamento vascular das artérias uteroespiraladas, com o parto e com a dequitação.

O estado de hipercoagulabilidade da gravidez protege a gestante de sangramentos excessivos durante o aborto e o parto. Apesar disso, a maioria das gestantes não precisa de anticoagulação, pois o risco de evento adverso com a anticoagulação supera o benefício.

Estima-se que a incidência global de TEV esteja entre 0,76 a 1,72 por 1.000 gravidezes. O tromboembolismo venoso é responsável por 9,3% das mortes maternas nos Estados Unidos. Em 2019, no Brasil, 8,3% dos óbitos maternos por causas obstétricas indiretas foram decorrentes de doenças do aparelho circulatório.

O risco de TEV na gravidez é aumentado, devido à presença de trombofilias adquiridas e hereditárias. A trombofilia adquirida, mais relevante, responsável pelo

aumento de risco de TEV na gravidez, é a Síndrome Antifosfolípídeo (SAF), que pode cursar com manifestações venosas e arteriais. As trombofilias hereditárias são responsáveis por 50% dos casos de TEV associada à gravidez e têm maior relação com manifestações venosas. As formas de trombofilia hereditária em ordem de relevância na gravidez são: mutações genéticas no fator V de Leiden; mutação no gene da protrombina; e deficiências de antitrombina, de proteína C e de proteína S.

A mutação da Metileno tetrahydrofolato redutase (MTHFR) não é mais considerada uma trombofilia de acordo com o Protocolo do Ministério da Saúde.

As complicações na gravidez relacionadas à trombose variam desde edema e alterações cutâneas até o desprendimento placentário, pré-eclâmpsia, restrição do crescimento fetal, parto prematuro e aborto espontâneo de repetição.

A identificação precoce de gestantes com risco aumentado para um evento tromboembólico e o encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado, além da coordenação do cuidado da gestante, dão à Atenção Primária um caráter essencial para um melhor resultado terapêutico e prognóstico dos casos, minimizando desfechos negativos relacionados à trombofilia.

## **2. DIAGNÓSTICO**

A avaliação para a trombofilia inclui exames laboratoriais e a identificação dos fatores de risco. O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível com a administração de anticoagulantes.

A avaliação laboratorial deve ser efetuada apenas em casos de:

- a) Mulheres com história pessoal de TEV, com ou sem fator de risco recorrente e sem teste de trombofilia prévio;
- b) Mulheres com história familiar de trombofilia hereditária em parentes de primeiro grau (apenas investigar trombofilias hereditárias); ou
- c) Mulheres com história clínica compatível com Síndrome Antifosfolípídeo.

## **2.1 Trombofilia Hereditária**

Para o diagnóstico devem ser solicitados os seguintes exames: Fator V de 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.

A investigação deve ser iniciada antes mesmo engravidar em pacientes que não estão em uso de anticoagulantes nem de terapia hormonal, devendo ser evitada a investigação de TEV na fase aguda da trombose, principalmente com os exames de proteína C, S e antitrombina III.

Há dois tipos de trombofilia hereditária:

- ✓ Alto risco: caracterizada pela 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, SAF.
- ✓ Baixo risco: caracterizada pela 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.

## **2.2 Trombofilia Adquirida ou Síndrome Antifosfolípideo**

Caracteriza-se pela presença de um ou mais anticorpos antifosfolípide positivos em dois exames, com intervalo mínimo de doze semanas entre eles, associados a pelo menos um dos seguintes critérios clínicos:

- ✓ Um ou mais episódios de trombose venosa ou arterial (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 morfolologicamente normal e sem causa aparente;

- ✓ Histórico de parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária.

#### Detecção dos anticorpos antifosfolípidos:

- ✓ O anticorpo anticardiolipina (IgG ou IgM) é considerado positivo quando o resultado encontrado estiver entre 40 e 60 unidades (moderadamente positivo) ou acima de 60 unidades (fortemente positivo);
- ✓ A presença do anticorpo antibeta-2-glicoproteína I (IgG ou IgM) indica maior potencial de manifestações clínicas do anticorpo anticardiolipina;
- ✓ O anticoagulante lúpico é considerado positivo quando a relação gestante/controle é superior a 1,20, mantida após diluição a 50%.

### 3. TERAPÊUTICA

Como as trombofilias predispõem ao desenvolvimento de eventos tromboembólicos, a conduta deve se basear em esquemas de anticoagulação com vistas à prevenção de tais eventos durante o período gestacional.

A conduta terapêutica para as mulheres portadoras de anticorpos antifosfolípidos sem eventos clínicos (trombóticos ou obstétricos) deverão ser tratadas de forma similar às pacientes com trombofilia hereditária de baixo risco.

Para gestantes com história pessoal de TEV e moderado a alto risco de recorrência (único episódio não provocado, TEV relacionado à gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio, ou múltiplos TEV prévios não provocados), diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente ou trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau. É indicado anticoagulação profilática durante a gestação e por até seis semanas no pós-parto.

Enquanto que nos casos de gestantes com 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). É indicado anticoagulação profilática por até seis semanas no pós-parto.

As portadoras de mutação C677T-MTHFR podem ser abordadas pela suplementação de ácido fólico e vitamina B6 antes da gravidez.

Já para gestantes com diagnóstico de SAF e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV é recomendada a anticoagulação plena.

Há duas opções de fármacos preconizadas neste protocolo para a terapêutica profilática: o ácido acetilsalicílico de 100 mg e a enoxaparina de 40mg.

### 3.1 Ácido acetilsalicílico

O ácido acetilsalicílico (AAS) de 100 mg pertence ao grupo de substâncias antiinflamatórias não-esteroides, com propriedades anti-inflamatórias e inibe a agregação plaquetária bloqueando a síntese do tromboxano A2 nas plaquetas.

Seu mecanismo de ação baseia-se na inibição irreversível da ciclooxigenase (COX-1). Esse efeito inibitório é especialmente acentuado nas plaquetas porque elas não são capazes de sintetizar novamente essa enzima. Acredita-se que o AAS tenha outros efeitos inibitórios sobre as plaquetas. Por essa razão é usado para várias indicações relacionadas com o sistema vascular.

Após a administração oral, o AAS é rápido e completamente absorvido pelo trato gastrointestinal. Durante e após a absorção, o AAS é convertido em ácido salicílico, seu principal metabólito ativo. Os níveis plasmáticos máximos de AAS são atingidos após 10 a 20 minutos e os de ácido salicílico após 1 hora. Tanto o ácido acetilsalicílico como o ácido salicílico ligam-se amplamente às proteínas plasmáticas e são rapidamente distribuídos por todas as partes do organismo.

O ácido salicílico passa para o leite materno e atravessa a placenta. O ácido salicílico é eliminado principalmente por metabolismo hepático; os metabólitos incluem o ácido salicílico, o glicuronídeo salicílico, o glicuronídeo salicílico, o ácido gentísico e o ácido gentísico. A cinética da eliminação do

ácido salicílico, é dependente da dose, uma vez que o metabolismo é limitado pela capacidade das enzimas hepáticas. Desse modo, a meia-vida de eliminação varia de 2 a 3 horas após doses baixas até cerca de 15 horas com doses altas. O ácido salicílico e seus metabólitos são excretados principalmente pela via urinária.

O AAS deve ser usado com cautela nos seguintes casos: hipersensibilidade a analgésicos, anti-inflamatórios ou antirreumáticos; histórico de úlceras gastrintestinais, incluindo úlcera crônica ou recidivante ou histórico de sangramentos gastrintestinais. Também se deve ter cautela com o uso concomitante de AAS e anticoagulantes, como cumarina e heparina, pois aumenta o risco de sangramento.

Além disso, deve-se ter atenção com pacientes com insuficiência renal ou pacientes com insuficiência cardiovascular, uma vez que o AAS pode aumentar o risco de dano renal ou insuficiência renal aguda. Em pacientes que sofrem com deficiência de G6PD (glicose-6-fosfato desidrogenase), doença hereditária que afeta as células vermelhas do sangue, o uso do AAS também pode induzir a hemólise (destruição das células sanguíneas) ou anemia hemolítica, com risco aumentado nos casos de dose alta, febre ou infecções agudas.

O uso concomitante de AAS e metotrexato em doses iguais ou maiores que 15 mg/semana de metotrexato é contraindicado.

O AAS pode desencadear broncoespasmo e induzir ataques de asma ou outras reações de hipersensibilidade. Em doses baixas, o ácido acetilsalicílico reduz a excreção do ácido úrico. Essa redução pode desencadear crises de gota em pacientes predispostos.

Produtos que contêm AAS não devem ser utilizados por crianças e adolescentes para quadros de infecções virais com ou sem febre, sem antes consultar um médico. Em certas doenças virais, especialmente as causadas por varicela e vírus influenza A e B, há risco da Síndrome de Reye, uma doença muito rara, mas com potencial risco para a vida do paciente, que requer ação médica imediata. O risco pode aumentar quando o AAS é administrado concomitantemente na vigência desta

doença embora a relação causal não tenha sido comprovada. Vômitos persistentes na vigência destas doenças pode ser um sinal de Síndrome de Reye.

O AAS, utilizado de forma isolada, é reservado para as mulheres portadoras de anticorpo anticardiolipina fracamente positivo, desde que haja antecedente clínico ou obstétrico. A dose preconizada é 80 a 100mg por dia via oral. O uso do AAS deve ser suspenso, no mínimo, duas semanas antes do parto. Assim, recomenda-se a manutenção da mesma até 34 a 36 semanas de idade gestacional (a depender do prognóstico de parto). Os riscos do seu uso periparto são sangramento no local da punção anestésica, com compressão medular e hematomas pós-parto na mãe, além de discrasias e sangramentos no neonato.

A associação do AAS e heparina em dose profilática deve ser prescrita para mulheres portadoras do anticorpo anticardiolipina moderadamente ou fortemente positivo, associado ou não ao antibeta2 glicoproteína I, e para mulheres portadoras do anticoagulante lúpico, da mutação C677T-MTHFR homozigota, das mutações G20210A-FII e fator V de Leiden, assim como para as portadoras da deficiência das proteínas C ou S. Também devem receber esse esquema de profilaxia as mulheres portadoras de fatores de trombofilia associados.

### 3.2 Enoxaparina

A enoxaparina sódica é uma heparina de baixo peso molecular obtida pela despolimerização alcalina do éster-benzil-heparina derivado da mucosa intestinal suína. Apresenta alta atividade anti-Xa (aproximadamente 100 UI/mg) e baixa atividade anti-IIa ou antitrombina (aproximadamente 28 UI/mg).

Essas atividades anticoagulantes são mediadas por antitrombina III, resultando em atividade antitrombótica em humanos. Além da sua atividade anti-Xa/IIa, as propriedades antitrombótica e anti-inflamatória da enoxaparina foram identificadas em indivíduos saudáveis e em pacientes, bem como em modelos não clínicos. Estes incluem inibição antitrombina III-dependente de outros fatores de coagulação, como o fator VIIa, indução da liberação do inibidor da Via do Fator

Tecidual endógeno, assim como uma liberação reduzida de fator de von Willebrand do endotélio vascular para a circulação sanguínea. Estes fatores são conhecidos por contribuir para o efeito antitrombótico global da enoxaparina.

A enoxaparina sódica é um fármaco de baixa depuração, com média de clearance plasmático anti-Xa de 0,74 L/h após infusão intravenosa de 1,5 mg/kg em 6 horas. A eliminação parece ser monofásica, com meia-vida de aproximadamente 4 horas após uma dose subcutânea única e até aproximadamente 7 horas após doses repetidas. A depuração (*clearance*) renal dos fragmentos ativos representa aproximadamente 10% da dose administrada e a excreção renal total dos fragmentos ativos e não-ativos é de 40% da dose.

A enoxaparina sódica deve ser administrada, exclusivamente, por via subcutânea, conforme as orientações contidas na bula do fabricante.

A dosagem vai depender do peso corporal da gestante, até 89 kg dose única diária de 40 mg, acima de 90 kg dose única diária de 60 mg durante a gestação e até no máximo 6 semanas de pós-parto.

A dosagem para a anticoagulação plena não pode ultrapassar de 160 mg por dia e vai depender do peso corporal da gestante sendo que até 69 kg, a dose é de 60 mg a cada 12 horas e acima de 70 kg a dose é de 80 mg a cada 12 horas.

Nos casos de gestante com diagnóstico de SAF, a enoxaparina de 40 mg pode ser associada ao AAS de 100 mg uma vez ao dia.

Assim como qualquer outra terapia anticoagulante, a enoxaparina deve ser utilizada com cautela em condições com alto risco de hemorragia, tais como: alterações na hemostasia; histórico de úlcera péptica; acidente vascular cerebral isquêmico recente; hipertensão arterial grave não controlada; retinopatia diabética; neurocirurgia ou cirurgia oftálmica recente; e uso concomitante de medicamentos que afetem a hemostasia.

Em caso de hemorragia, com perda de quantidade significativa de sangue e instabilidade hemodinâmica, a gestante em uso de enoxaparina deve ser encaminhada para unidades de urgência e emergência obstétricas, para avaliação e tratamento.

Os efeitos anticoagulantes podem ser em grande parte, neutralizados pela administração intravenosa lenta de protamina em ambiente hospitalar. A dose de protamina depende da dose de enoxaparina administrada, ou seja, 1 mg de protamina neutraliza parcialmente o efeito anticoagulante de 1 mg de enoxaparina, nas primeiras 8 horas após a administração. Caso seja necessária uma segunda dose de protamina (após 8 horas da primeira administração), é indicada a infusão de 0,5 mg de protamina para 1 mg de enoxaparina. Após 12 horas da injeção de enoxaparina, a administração da protamina pode não ser necessária. Entretanto, mesmo com doses elevadas de protamina, a atividade anti-Xa de enoxaparina nunca é completamente neutralizada, pois se alcança no máximo 60%, aproximadamente.

A enoxaparina é contraindicada em casos de hipersensibilidade ao fármaco, de história de trombocitopenia induzida por heparina mediada por imunidade (HIT) nos últimos 100 dias ou na presença de anticorpos circulantes e hemorragias ativas de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável, incluindo acidente vascular cerebral hemorrágico recente.

#### **4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Serão incluídas neste Protocolo as gestantes e puérperas residentes no município de Sorriso com trombofilia e:

- a) História pessoal de TEV;
- b) diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente;
- c) história familiar (parente de 1º grau) de trombofilia hereditária de alto risco;
- d) história familiar (parente de 1º grau) de trombofilia hereditária de baixo risco com TEV.

##### **4.1 Documentação**

- Prescrição médica do medicamento emitida pelo médico ginecologista ou hematologista da rede pública de saúde do município de Sorriso;

- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado a Assistência Farmacêutica – LME – com todos os campos preenchidos do 1 ao 17 obrigatoriamente, sem rasura e/ou alterações, com assinatura e carimbo do prescritor, dentro do prazo de validade de 60 dias após a emissão;
- Laudo médico contendo nome da paciente, idade gestacional a descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas, tratamentos prévios e histórico familiar ou pessoal de tromboembolismo venoso, síndrome antifosfolípideo e/ou trombofilia hereditária e justificativa da necessidade da anticoagulação;
- Cópia da Carteira de Identidade (RG);
- Cópia do Cartão do SUS;
- Comprovante de residência atual, de no máximo três meses;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade de enoxaparina de 40 mg/0,4 ml e AAS com todos os campos preenchidos e devidamente assinado pelo paciente ou responsável e pelo prescritor;
- Formulário de Solicitação de Enoxaparina sódica PCDT para Prevenção do Tromboembolismo venoso em gestantes com trombofilia;
- Termo de Esclarecimento e Ciência para a Secretaria Municipal de Saúde;
- Resultados de exames necessários de acordo com PCDT:
  - ✓ Contagem de plaquetas;
  - ✓ Dosagem de creatinina sérica;
  - ✓ Hemograma completo;
  - ✓ Dosagem de B-hCG urinário, dosagem de B-hCG sérico ou ultrassonografia transvaginal ou pélvica;

#### 4.2 Outros exames e documentos

A Farmácia do Componente Especializado Estadual pode exigir exames complementares dependendo da situação clínica da gestante para concluir a avaliação da solicitação da enoxaparina de acordo com o PCDT do Ministério da Saúde, tais como:

- ✓ Ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética, para pacientes com histórico pessoal de tromboembolismo venoso;
- ✓ Laudo laboratorial contendo anticoagulante lúpico e anticardiolipina IgG e IgM ou antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM, em caso de pacientes com SAF;
- ✓ Laudo laboratorial contendo mutação heterozigótica para o fator V de Leiden, mutação heterozigótica para o gene da protrombina, deficiência da proteína C ou da proteína S (livre ou funcional) e presença de anticorpo antifosfolípido na ausência de eventos clínicos, em caso de trombofilia hereditária de baixo risco;
- ✓ Laudo laboratorial contendo 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, em caso de trombofilia hereditária de alto risco;
- ✓ Laudo laboratorial informando ausência de mutação da metileno-tetra-hidrofolato redutase (MTHFR).

## 5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídas deste Protocolo as gestantes com:

- ✓ Hipersensibilidade à enoxaparina sódica
- ✓ Hemorragia ativa de grande porte e condições com alto risco de desenvolvimento de hemorragia incontrolável; ou
- ✓ História de acidente vascular cerebral hemorrágico recente.

## **6. FLUXO DE DISPENSAÇÃO**

A gestante deve comparecer ao Departamento de Assistência Farmacêutica vinculado a Secretaria Municipal de Saúde do município de Sorriso no setor de Alto-Custo com toda a documentação exigida anteriormente no item 4.1 da inclusão.

A documentação será conferida, certificar que os campos do LME de 1 a 17 foram todos preenchidos pelo médico de forma legível, conferir se todos os exames apresentados pela paciente estão de acordo com o PCDT.

Todo processo de solicitação de enoxaparina deverá ser digitalizado e lançado na planilha encaminhada para Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) no setor de cadastro, informando o nome completo da paciente, CPF, cartão SUS, o medicamento com a quantidade solicitada, e relacionar todos os documentos enviados. Os documentos originais serão encaminhados via malote para a SAF todas as terças-feiras.

Como é enoxaparina de 40 mg foi incorporada na REMUME para os atendimentos de urgência e emergência e para o tratamento profilático de tromboembolismo pós internação hospitalar por covid-19. Será permitido a dispensação da enoxaparina de 40 mg para gestantes que protocolaram a solicitação do medicamento para a Farmácia de Alto Custo Estadual com o intuito de iniciar o mais rápido possível a profilaxia e tratamento de trombose venosa profunda na gravidez para no máximo 60 dias.

Atendendo às diretrizes organizativas dos serviços de saúde (regionalização), a entrega e a dispensação de medicamentos da REMUME ficam limitadas as gestantes residentes no município de Sorriso e que, obrigatoriamente, possuam Cartão do SUS.

A prescrição da enoxaparina deverá ser obrigatoriamente emitida pelo médico ginecologista ou hematologista da rede pública de saúde do município de Sorriso, respeitando a instrução normativa em vigência SSA nº 001/2019 publicada através do decreto nº 195.

A dispensação deverá ser registrada no sistema informatizado no cadastro da paciente, informando o nome do prescriptor, a quantidade de enoxaparina entregue e

a duração do tratamento conforme a prescrição. Não é permitido a dispensação de enoxaparina sem prescrição médica ou particular.

A continuidade do tratamento até o pós-parto será disponibilizado pela Farmácia do Componente Especializado Estadual - SAF já que a enoxaparina é padronizada pela RESME.

A Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso não irá fornecer além do máximo permitido caso a solicitação seja indeferida pelo Estado por não apresentar os critérios clínicos e laboratoriais do PCDT.

## **7. CONSIDERAÇÕES**

A Comissão de Farmácia e Terapêutica de Sorriso vinculada a Secretaria Municipal de Saúde e Saneamento de Sorriso, com o objetivo de orientar os prescritores no diagnóstico e terapêutica para gestantes com trombofilia no âmbito municipal do SUS, torna público esse protocolo.

A CONITEC realizou um levantamento de estudos científicos sobre a eficácia, efetividade e segurança da enoxaparina em comparação com o AAS e as evidências demonstraram superioridade da enoxaparina em relação ao AAS para o maior número de nascidos vivos, e conseqüentemente menor taxa de abortos, entre as gestantes trombofílicas. Em relação às reações adversas, não foi constatado diferença entre as alternativas farmacológicas.

Vale ressaltar que na bula da enoxaparina não possui indicação para o uso em mulheres gestantes e apresenta categoria de risco B na gravidez. Os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas, ou então, os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas.

Sendo assim, a enoxaparina só pode ser utilizada por mulheres grávidas sob orientação médica e seu uso off-label para profilaxia do TEV em gestantes já está consolidado na prática médica. A hemorragia é o principal efeito adverso que pode ocorrer em qualquer local e 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.

## **8. REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério da Saúde. DGITS/SCTIE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Enoxaparina para gestantes com trombofilia – Relatório de Recomendação. Relatório nº 335 Janeiro/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria conjunta nº 23, de 21 de dezembro de 2021. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para a Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia, no âmbito do SUS.

GOODMAN, A. *As Bases Farmacológicas da Terapêutica*. 11. ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2006.

Sanofi Medley Farmacêutica Ltda. Clexane ® (enoxaparina sódica) Bula do profissional de saúde. 2020;1-30.

SORRISO, Decreto nº 195, de 20 de dezembro de 2019. Aprova a Instrução Normativa SSA nº 001/2019, que dispõe sobre as normas e procedimentos do Departamento de Assistência Farmacêutica, definindo a organização.

## 9. ANEXOS

9.1 LME

Em caso de dúvidas, envie email para: [ceal.dat@saude.gov.br](mailto:ceal.dat@saude.gov.br)

**SUS**

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1- Número do CNES\*  
2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante  
3- Nome completo do Paciente\*  
4- Nome da Mãe do Paciente\*  
5- Peso do paciente\*  
6- Altura do paciente\*  
7- Quantidade solicitada\*  
1º mês 2º mês 3º mês

8- CID-10\*  
9- Diagnóstico

10- Anamnese

11- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?  
☐ SIM Relatar: ☐ NÃO

12- Atestado de capacidade\*  
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?  
☐ SIM Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento  
☐ NÃO

13- Nome do médico solicitante\*  
14- Data da solicitação\*  
15- Assinatura e carimbo do médico\*

16- Campos Abaixo Preenchidos POR\*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante  
e CPF

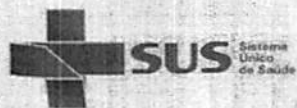
17- Raza/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*  
☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena Informar Etnia: ☐ Sem informação ☐ Parda

18- Número do documento do paciente  
19- CPF ou ☐ CNS  
20- Correio eletrônico do paciente

21- Telefone(s) para contato do paciente  
22- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

**\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**

## 9.2 Relação de exames e documentos para solicitação de enoxaparina



Sistema Único de Saúde  
Ministério de Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

Data de Emissão  
23/05/2022 11:09:24

### RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

PCDT: PREVENÇÃO DE TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA

CID: D68.8, I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3, O22.5

Produto: ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG SOL INJ (SER PREENC) 0.4 ML GRUPO 1.A

#### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

| Exames                                                                                                                                                                                                | Nova Solicitação | Adequação |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|
| Cópia do exame de contagem de Plaquetas                                                                                                                                                               | Sim              | Sim       |
| Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica                                                                                                                                                        | Sim              | Sim       |
| Cópia do exame de Hemograma completo                                                                                                                                                                  | Sim              | Sim       |
| Dosagem de B-hCG urinário OU dosagem de B-hCG sérico OU ultrassonografia transvaginal ou pélvica, no momento da dispensação                                                                           | Sim              | Sim       |
| Documentos                                                                                                                                                                                            | Nova Solicitação | Adequação |
| Laudo contendo descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas, tratamentos prévios e histórico familiar ou pessoal de tromboembolismo venoso, síndrome antifosfolípico e/ou Trombofilia Hereditária | Sim              | Sim       |
| Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido                                                                        | Sim              | Sim       |
| Prescrição médica devidamente preenchida                                                                                                                                                              | Sim              | Sim       |
| Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.                                                                                                                              | Sim              | Não       |
| Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)                                                                                                                                                               | Sim              | Não       |
| Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.                                                                                                                            | Sim              | Não       |

#### OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS

A entrega dos exames/documentos listados abaixo depende da situação clínica do paciente. Esses podem ser exigidos por esta unidade de saúde para que a avaliação da sua solicitação seja concluída. Verifique com seu médico a necessidade de entrega desses exames/documentos conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, específico para sua situação clínica.

##### Exames

Ultrassonografia doppler colorido de vasos OU tomografia computadorizada OU ressonância magnética, para pacientes com histórico pessoal de tromboembolismo venoso

##### Documentos

Laudo laboratorial contendo anticoagulante lúpico E anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM, em caso de pacientes com síndrome antifosfolípico (SAF)

Laudo laboratorial contendo mutação heterozigótica para o fator V de Leiden E mutação heterozigótica para o gene da protrombina E deficiência da proteína C OU da proteína S (livre OU funcional) E presença de anticorpo antifosfolípico na ausência de eventos clínicos, em caso de trombofilia hereditária de baixo risco

Laudo laboratorial contendo mutação homozigótica para o fator V de Leiden E mutação homozigótica para o gene da protrombina E deficiência da antitrombina III E mutações heterozigóticas para o fator V de Leiden e do gene da protrombina associadas, em caso de trombofilia hereditária de alto risco

Laudo laboratorial informando ausência de mutação da metileno-tetra-hidrofolato redutase (MTHFR)

### 9.3 Termo de Esclarecimento e Responsabilidade Enoxaparina e AAS

#### Termo de Esclarecimento e Responsabilidade Enoxaparina sódica 40mg/0,4mL e AAS

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso da enoxaparina sódica 40mg/0,4mL, indicadas 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 informado(a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- melhora dos sintomas e redução das complicações.

Fui claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- Evento adverso mais comum: hemorragia podendo ocorrer em qualquer local, 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 informado(a) que devo comunicar a qualquer profissional de saúde, que faço uso de terapia anticoagulante, principalmente no caso de realização de procedimentos que haja risco de hemorragia (ex: procedimentos odontológicos ou cirurgias).

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), 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.

( ) Não

Assinatura do paciente ou do responsável legal

## 9.4 Formulário de solicitação de enoxaparina

### FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ENOXAPARINA SÓDICA PCDT PARA PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA PORTARIA

#### IDENTIFICAÇÃO DA PACIENTE

Nome: \_\_\_\_\_

CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

#### CRITÉRIOS DE USO:

( ) História pessoal de tromboembolismo venoso (TEV)

(anexar exame de imagem - ultrassonografia doppler colorido de vasos ou tomografia computadorizada ou ressonância magnética).

( ) Síndrome Antifosfolípideo

(anexar laudo laboratorial: anticoagulante lúpico, anticardiolipina IgG e IgM ou Antibeta-2-glicoproteína I IgG e IgM).

( ) 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).

#### TERAPIA INDICADA:

( ) Anticoagulação profilática durante a gravidez e seis semanas pós-parto.

( ) Anticoagulação profilática por seis semanas pós-parto.

( ) Anticoagulação plena (1mg/Kg - 12/12H), durante a gravidez e seis semanas pós-parto.

Obs: Para todas as pacientes, no ato da dispensação deve ser apresentado e anexado ao processo os exames de comprovação do estado gestacional: exame laboratorial BHCG urinário, ou BHGC sérico ou ultrassonografia.

#### IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR:

Nome: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

CNES \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ estabelecimento \_\_\_\_\_ de saúde: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO DISPENSADOR:**

Nome: \_\_\_\_\_

CRF: \_\_\_\_\_

CNES \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ estabelecimento \_\_\_\_\_ de saúde: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Autorizado: ( ) SIM ( ) NÃO

Se não, explicitar o motivo:

A prescrição e dispensa de enoxaparina sódica, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, devem obedecer às disposições da Portaria XXXXXXXXXXXXXXX/XXXX.

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

## 9.5 Termo de Esclarecimento e Ciência



### SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SORRISO-MT Termo de Esclarecimento e Ciência



Eu, \_\_\_\_\_ (nome da paciente),  
CPF \_\_\_\_\_ CNS \_\_\_\_\_ declaro ter sido informada  
claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso  
da enoxaparina sódica, indicada para a prevenção de tromboembolismo venoso em gestantes com  
trombofilia.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) 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 podendo 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 que devo comunicar a qualquer profissional de saúde, que  
faço uso de terapia anticoagulante, principalmente no caso de realização de procedimentos que haja  
risco de hemorragia (ex: procedimentos odontológicos ou médico-cirúrgicos).

Estou ciente de que a enoxaparina somente pode ser utilizado para a prevenção de  
tromboembolismo venoso em gestante com trombofilia, comprometendo-me a devolvê-la caso não  
queira ou não possa utilizá-la ou se o tratamento for interrompido. Sei também que a Secretaria  
Municipal de Saúde de Sorriso irá me atender até que o processo de solicitação de medicamento pelo  
Componente Especializado Estadual seja avaliado e deferido.

Estou ciente que a Secretaria Municipal de Saúde de Sorriso não fornecerá a continuidade do  
tratamento caso a solicitação seja indeferida pelo Estado.

Sorriso, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 202\_\_.

Assinatura da paciente ou do responsável



P R E F E I T U R A D E  
**SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OFÍCIO SEMSAS Nº 2123/2022

Sorriso - MT 30, novembro 2022.

Ao  
Exmo. Sr.  
**LEANDRO DAMIANI**  
Presidente da Câmara Municipal de Vereadores  
Sorriso-MT

**Prezado Senhor.**

Ao tempo em que expresso meus cordiais cumprimentos venho por intermédio deste, responder a **INDICAÇÃO nº 908/2022.**

Aproveitando o ensejo para agradecer previamente aos nobres edis pelo requerimento, que versa sobre a necessidade de que o Centro de Reabilitação Renascer mantenha atualizado e faça o acompanhamento dos pedidos para colocação de próteses dos pacientes encaminhados ao Centro de Reabilitação Integral Dom Aquino - CRIDAC. Informamos, que acolhemos a demanda e será fiscalizada a equipe.

No anseio de contar com o vosso apoio e colaboração, aproveito a oportunidade para apresentar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

**Matheus Leandro Freiria**  
Coordenador da Atenção Especializada

**SILVIO ANDRÉ STOLFO**  
Secretário Municipal de Saúde e Saneamento



P R E F E I T U R A D E  
**SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OFÍCIO SEMSAS Nº 2127/2022

Sorriso - MT 30, novembro 2022.

Ao  
Exmo. Sr.  
**LEANDRO DAMIANI**  
Presidente da Câmara Municipal de Vereadores  
Sorriso-MT

**Prezado Senhor.**

Ao tempo em que expresso meus cordiais cumprimentos venho por intermédio deste, responder a **INDICAÇÃO nº 909/2022.**

Aproveitando o ensejo para agradecer previamente ao nobre edil pelo requerimento, que versa sobre a necessidade de aquisição de um aparelho de ultrassonografia para UPA - Zona Leste, do Município de Sorriso. Informamos que a aquisição desse aparelho seria mais viável na UPA CENTRAL para servir a comunidade.

No anseio de contar com o vosso apoio e colaboração, aproveito a oportunidade para apresentar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

**Matheus Leandro Freiria**  
Coordenador da Atenção Especializada

**SILVIO ANDRÉ STOLFO**  
Secretário Municipal de Saúde e Saneamento



P R E F E I T U R A D E  
**SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OFÍCIO SEMSAS Nº 2434/2022

Sorriso - MT 30, novembro 2022.

Ao  
Exmo. Sr.  
**LEANDRO DAMIANI**  
Presidente da Câmara Municipal de Vereadores  
Sorriso-MT

**Prezado Senhor.**

Ao tempo em que expresso meus cordiais cumprimentos venho por intermédio deste, responder a  
**INDICAÇÃO nº 912/2022.**

Aproveitando o ensejo para agradecer previamente aos nobres edis pelo requerimento, que versa sobre a necessidade de contratação de médico neuropediatra pelo Município de Sorriso. Informamos que já compramos o atendimento pelo Consórcio, para servir a comunidade.

No anseio de contar com o vosso apoio e colaboração, aproveito a oportunidade para apresentar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

**Matheus Leandro Freiria**  
**Coordenador da Atenção Especializada**

**SILVIO ANDRÉ STOLFO**  
**Secretário Municipal de Saúde e Saneamento**



P R E F E I T U R A D E  
**SORRISO**  
CAPITAL NACIONAL DO AGRONEGÓCIO

OFÍCIO SEMSAS Nº 2435/2022

Sorriso - MT 30, novembro 2022.

Ao

Exmo. Sr.

**LEANDRO DAMIANI**

Presidente da Câmara Municipal de Vereadores  
Sorriso-MT

**Prezado Senhor.**

Ao tempo em que expresso meus cordiais cumprimentos venho por intermédio deste, responder o **REQUERIMENTO nº 260/2022.**

Aproveitando o ensejo para agradecer previamente aos nobres edis pelo requerimento, que versa sobre o retorno da realização dos procedimentos de pequeno porte cirúrgico, no Ambulatório Multiprofissional de Especialidades - AME. Informamos que não temos previsão de retorno pois, dependemos da autorização da Vigilância Sanitária do Estado-MT.

No anseio de contar com o vosso apoio e colaboração, aproveito a oportunidade para apresentar meus votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

**Matheus Leandro Freiria**  
Coordenador da Atenção Especializada

**SILVIO ANDRÉ STOLFO**  
Secretário Municipal de Saúde e Saneamento