

## Contribuições da Consulta Pública - PCDT- Tromboembolismo para Gestantes - Conitec

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
08/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
08/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
08/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
08/11/2019	Profissional de saúde	Boa	Não	É correto afirmar que os exames são de suma importância para obtenção de diagnóstico consistente e garantem a segurança da paciente e do feto. Porém, ao pesquisar os exames citados no protocolo na tabela SIGTAP vigência 11/2019, não encontrei o código dos mesmos. Dessa maneira questiono: O Sistema Único de Saúde já contempla os mesmos? Pois vincular o fornecimento de um medicamento tão importante a exames que não são cobertos pela rede pública gera problemas imensuráveis nas bases de atendimento.	
08/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	Essa medicação é ótima não podemos ficar sem Eu já faço uso ..porém estou sofrendo muito a falta no posto de saúde.	
08/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Sim, Inclusão de pacientes com histórico de hipoxemia intervilosa crônica em gestação anterior.	O protocolo tem como objetivo os cuidados apenas com a gestante. No entanto, existe o risco ao feto quando há algum fator que altere a circulação sanguínea útero-placentária. Sugiro incluir nesse documento, ou desenvolver outro protocolo, que mencione as condições de saúde tratadas via anticoagulação para evitar danos ao bebê.	
08/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
08/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		

<b>Dt. contrib.</b>	<b>Contribuiu como</b>	<b>O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?</b>	<b>Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)</b>	<b>Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?</b>	<b>Referência</b>
08/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
08/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
11/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
11/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
11/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
11/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não		
12/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
12/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
12/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
12/11/2019	Profissional de saúde	Regular	Não		
12/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
12/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
12/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
12/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	Gostaria apenas de deixar meu depoimento para evidenciar a necessidade deste tratamento para mulheres que, como eu, tenham a predisposição genética para trombofilia. Sou mãe de 2 crianças e pelas 2 gestações eu fiz uso contínuo da enoxaparina sódica (clexane) para que o risco de trombose e aborto fosse reduzido. Acompanhei com especialistas em gestação de risco e por isso tive esta orientação. É fundamental que esta medida seja disponibilizada a TODAS as mulheres nessa condição genética, antes que tenham que ocorrer abortos para justificar o tratamento. Parabéns os envolvidos pela	
13/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Regular	Sim, Os exames para descobrir a trombofilia deveria ser disponibilizado para todas as mulheres. Eu não tenho histórico familiar e não apresentei nenhum sintoma, só fui descobrir a trombofilia depois de um aborto. Nós mulheres que temos o sonho de ser mãe não podemos perder o tão sonhado filho para depois investigar uma doença que poderia ser descoberta antes da gestação.	Lembrando também que quem tem trombofilia não pode tomar anticoncepcional e eu tomei durante 20 anos. Estava correndo risco de vida.	
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	É essencial que gestantes com trombofilia recebam o suporte necessário no que diz respeito a médicos competentes, exames de acompanhamento e medicamentos adequados. Mulheres com suspeita ou histórico devem ser submetidas ao rastreamento antes de engravidarem para evitar o risco de perdas e complicações obstétricas sérias.	
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Aborto com repetição deveria ser investigado e ser tratado com mais critério.	A dificuldade que os médicos têm de tratar quem tem trombose e como os hospitais lidam com isso.	
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Boa	Não	Realização de exames específicos para detectar pré eclampsia no início do pré natal.	
13/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	Precisamos de agilidade no processo de aquisição da medicação da trombofilia, dei entrada em fevereiro no processo e estamos em novembro e não terminou ainda os recursos do governo, graças a Deus consegui por outro meio e minha filha nasceu bem, hoje está com 2 meses e a justiça ineficaz.	
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	Devem dar melhor suporte as gestantes nesse quesito, tive que usar injeções de clexane que foram negadas pelo estado e pelo município mesmo havendo estudos que comprovam a eficácia do medicamento.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
13/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
13/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
13/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	A burocracia e a falta de conhecimento, não podem mais ser admitidos. Após 3 abortos e a perda de um bebê após 12 dias de nascido, eu fui diagnosticada com trombofilia, graças a uma dor no pé, e um clínico interessado nos meus sintomas.	
13/11/2019	Paciente	Boa	Não		
13/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
13/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
13/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Boa	Sim, Não sei o motivo de não considerar o MTHFR como trombofilia. Além de mim, conheço muitas mulheres que não há outra explicação para as perdas gestacionais a não ser o MTHFR. Como se explica que essas mulheres depois do tratamento com a enoxaparina conseguiram levar suas gestações até o final? Também não concordo com o protocolo de só haver a investigação depois da terceira perda gestacional, caso não tenha havido um evento de TVP. Alguém tem ideia do que é perder um bebê? Ter que perder 3 para se invesgar é um absurdo!		
13/11/2019	Especialista no tema do protocolo	Boa	Não	Trabalho numa maternidade e as gestantes ficam meses internas para tomar a enoxaparina, porque nem o estado nem o município disponibilizam a enoxaparina para tratamento ambulatorial. Outra coisa, pesquisa de trombofilia na rede pública da Paraíba é impossível. O protocolo é lindo, mas na prática não funciona. Me ajudem a mudar esta triste realidade aqui na Paraíba. Dê-me as coordenadas!!	
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
13/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, Precisa ter a inclusão de métodos mecânicos como meia e compressão pneumática	O hospital público não utiliza pois o SUS não paga	
13/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não	É muito importante fazer uso dos métodos mecânicos. O SUS precisa ter os mesmos tratamentos que os pacientes de convênio.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
14/11/2019	Paciente	Boa	Sim, Deveria ser incluído junto a TEV os eventos que causam óbito fetal, como infarto placentario.		
14/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
14/11/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	Sim, Tornar obrigatório e grátis os exames trombofilia na gestação ou antes dela.		
14/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	É algo de grande relevância para pacientes que sofrem dessa doença. Agrade pela iniciativa.	
14/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
14/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
14/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
14/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
14/11/2019	Paciente	Muito boa	Sim, Histórico de trombose gestacional, mesmo com exames de trombofilia negativos também entram no programa?		
14/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
14/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
14/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
14/11/2019	Paciente	Boa	Não		
15/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
16/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Não	
16/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Tenho uma amiga que perdeu um filho, recém nascido, com tromboembolismo por falta de recursos.Uma alma é uma alma, fora as famílias que ficaram arrasadas.	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
16/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	O protocolo está muito bom, mas temos que lutar para que nossas pacientes tenham acesso a medicação e aos exames laboratoriais para diagnóstico das patologias, enoxeparina é uma medicação de alto custo e a maioria das paciente não tem acesso. Vivo essa angústia todos os dias, primeiro para que elas consigam fazer os exames e depois para conseguirem o tratamento.	
16/11/2019	Interessado no tema	Regular	Sim, Indicação de investigação de TROMBOFILIA para pacientes com historico de aborto de repetição. Em que pense a mutação MTHRF não ser mais considerada TROMBOFILIA ela é responsável por muitos casos de aborto, razão pela qual deve ser mantida a profilaxia para estes casos.		
17/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
17/11/2019	Paciente	Muito ruim	Sim, Que as pacientes com abortos de repetição deveriam estar incluídas nesta proposta bem como, pacientes portadoras da mutação MTHFR homocigoto e heterocigoto, pois ambos traz dificuldades na gestação pela dificuldade de sintetizarem o ácido fólico, importante para o desenvolvimento do tubo neural do bebê e traz um aumento da homocisteína nas células que provoca casos de trombose na gestação e perpetuar por toda a vida com provocações de abortos repetitivos devido a esse trombos tombo e sem a medicação necessária para evitar tais trombos, a enoxaparina sócia. Desta forma, sou mãe e já perdi três vidas e isso é absurdo: negligenciar essas perdas e o fato das pacientes serem portadoras do MTHFR .	<a href="#">Clique aqui</a>	
17/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
17/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
17/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	Parabenizar pelo formato do protocolo. Bem didático e prático.	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
18/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	Um descaso ter que ouvir de médicos que somente após 3 perdas gestacionais o SUS investiga trombofilias. Tive que perder 2 filhos?! Mas no final consegui fazer quase todos pelo SUS, mas por insistência minha porque sei os meus direitos.. quantas mães e seus filhos terão que morrer até perceberem a importância de sabermos e tratarmos as trombofilias?? Eu por exemplo preciso tomar AAS para o resto da vida, tive que enterrar minha filha para descobrir que sou trombofilica. Tem cabimento uma coisa dessas??	
18/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, anemia Falsifone. Por causa disso, pode haver formação de trombos (coágulos) nas mais diversas áreas do organismo, com déficit do transporte sanguíneo para a área.		
18/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	TODOS OS EXAMES PARA PESQUISA DE TROMBOFILIA ADQUIRIDA OU HEREDITÁRIAS DEVERIAM SER LIBERADOS PELO SUS	
18/11/2019	Interessado no tema	Boa	Sim, Incluir a prevenção mecânica para a prevenção de TEV nos casos onde houver indicação, principalmente nas maternidades públicas.	Não	
18/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
18/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
19/11/2019	Paciente	Muito ruim	<p>Sim, Registro a insatisfação imensa com essa proposta de Protocolo. O PCDT está excluindo grupos de paciente muito importantes que precisam realizar o tratamento por também apresentarem risco de trombose e de problemas na gestação. É necessário que o protocolo inclua o diagnóstico para mulheres que, mesmo sem histórico familiar de trombofilia, tenham sofrido 3 ou mais abortos espontâneos. As pacientes com mau passado obstétrico DEVEM realizar um rastreamento de trombofilia hereditária. Além disso, nesses casos, o protocolo está excluindo do tratamento as pacientes que possuem o histórico de abortos espontâneos e que possuam o diagnóstico positivo para mutação heterozigótica para o fator V de Leiden. Assim como o protocolo está excluindo os casos de mulheres que possuem a presença de duas ou mais trombofilias, por exemplo a mutação heterozigótica para o fator V de Leiden e deficiência da proteína C ou da proteína S. Pacientes com mau passado obstétrico e com diagnóstico positivo para a mutação heterozigótica para o fator V de Leiden DEVEM receber o tratamento com Anticoagulação profilática durante a gravidez e seis semanas pós-parto. Tal tratamento evita a perda gestacional e evita complicações que possam ocorrer, como de TEV. Os dois primeiros casos que citei são ESSENCIAIS e me espanta que o PCDT não os esteja considerando. É importante ressaltar que a paciente com histórico de abortos espontâneos e diagnóstico de trombofilia de baixo e alto risco também devem receber o tratamento com anticoagulação preventivo na segunda fase do ciclo menstrual de possível concepção quando necessitam realizar procedimentos de Fertilização in vitro.</p>	<p>O protocolo está considerando casos separados, o que não considera a realidade de grande parte das mulheres que hoje possuem abortos espontâneos e vivem o risco da TEV. Casos como esses que exemplifiquei vocês estão orientando a Vigilância Clínica, o que não faz o menor sentido, pois o tratamento irá trazer uma gravidez segura e a prevenção do Tromboembolismo Venoso. Esses casos possuem a orientação dos especialistas em realizar o tratamento com Anticoagulação profilática durante a gravidez e seis semanas pós-parto.</p>	
19/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
20/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	<p>Reforço a necessidade deste protocolo, pois é um medicamento de alto custo que impacta imensamente no erário destinado a farmácia básica. Nosso município tem 230 mil hab e no mes de setembro/2019 tivemos 29 gestantes em uso de enoxaparina.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
20/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
20/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		É necessário que haja exames preventivos antes mesmo da mulher iniciar uma vida sexual ativa, pois o uso de anticoncepcional ocasiona trombofilias adquiridas.
20/11/2019	Paciente	Boa	Sim, o rastreamento da trombofilia deve ser realizado no pré-natal de TODAS as gestantes.		Gasta-se dinheiro público com tantas futilidades. porque esperar a mulher perder 2 filhos para se rastrear? Só quem passou por esta perda para entender tamanha dor. Não deveria servir como diagnóstico e sim ter sido diagnosticado!
20/11/2019	Profissional de saúde	Ruim	Sim, Incluir a investigação de trombofilia em casos de histórico de aborto e em pacientes com MTHFR		É um absurdo não incluir aborto como motivo para investigar! Se não fosse a investe passaria minha vida toda abortando pois nunca apresentei outro sintoma para trombofilia e nem tenho histórico familiar!
20/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Não		
20/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
20/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
20/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		Acho que o diagnóstico não deveria ser tão moroso. Eu só fui descobrir a trombofilia agora, pouco mais de um mês, depois de 8 abortos recorrentes. Gostaria que todas as pacientes fossem tratadas com dignidade e respeito e que fosse simples conseguir a medicação pelo SUS. Medicação super cara, fora da realidade de muitas brasileiras, inclusive a minha. E que salva vidas!!!

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
20/11/2019	Paciente	Ruim	Sim, Protocolo atual para investigação de trombofilias são realizados a partir do 3° aborto, muitas mulheres e bbs morrem por falta de atendimento adequado. É inaceitável e desumano tal protocolo, sem contar que o sus e os planos de saúde não cobrem todas as trombofilias existentes e necessárias para prevenção	Gostaria de médicos mais qualificados, que não fizessem as pacientes de cobaia, depois dando a justificativa de fatalidade. Erro médico e negligência não são fatalidades!Tenho histórico de 7 abortos, embolia, risco de vida em CTI, sou portadora do poliformismo MTHFR e me consultei em 14 hematos que afirmaram que eu não tenho NADA. Indicam tomar ácido fólico mesmo tendo diversos artigos alertando, provando que quem tem essa mutação não converte o ácido fólico para a forma ativa e esse acúmulo causa inflamação das células e consequentemente, riscos vasculares	
20/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
20/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
20/11/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, orinetação de medidas não farmacológicas em caso de risco de tev, como uso de meia elástica , deambulação, etc	ter espaço para história clinica detalhada com as informações solicitadas como má histórica obstétrica, número de gestações e abortos , idade do parto pre maturo anterior, peso do RN , etc , um check list com os exames laboratoriais para facilitar o checagem na hora da solicitação	
21/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
21/11/2019	Paciente	Boa	Sim, Acredito que a dosagem tem que ser definida peloMédico que acompanha de perto a gestante, por exemplo já tive dois abortos tomando só a de 40, tenho menos de 90kg e minha obstetra aumentou para 60 para a próxima tentativa	Na última oportunidade que ingressei com o pedido judicial tive de ser questionada a respeito da minha renda... como se tivesse direito ao tratamento só pessoas de baixa renda.... a perda de quatro filhos sequer foi levada em consideração e os demais gastos com outras terapias inclusive psicológicas não são levadas em conta.... o tratamento tem que ser estendido a qualquer mulher que ingresse com o pedido ( se recorrer ao sus é pq não teria condições de arcar com uma gestação tão delicada)	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
21/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Gestantes com Trombofilia traz de forma equivocada a questão de mulheres com trombofilia que tenham tido abortos espontâneos repetitivos. Há que se incluir no Protocolo o rastreamento para trombofilias nos casos de perda gestacional recorrente e nos casos de perda gestacional tardia por má placentação. Nos casos de diagnóstico positivo para trombofilia em mulheres que vivenciam uma dessas duas realidades de perda gestacional, também é necessário que o Protocolo inclua o tratamento de Profilaxia durante o pré-concepcional ou ao diagnóstico da gestação, durante toda a gestação, no parto e pós-parto. Os objetivos principais são: a) melhorar taxas de implantação uterina; b) realizar a prevenção de abortamento; c) realizar a prevenção de óbito fetal e d) realizar a prevenção de fenômenos trombóticos e tromboembólicos maternos. Vale destacar que nesses casos, deve-se considerar todos os diagnósticos de trombofilia. Não se pode separar os casos em risco baixo e alto, uma vez que essa mulher já vem sofrendo abortos repetitivos e já apresenta um caso de grande seriedade.	Estudos de custo-efetividade mostraram que o uso indiscriminado dos testes de trombofilia na população geral não foram efetivos em prevenir mortes ou outros eventos., mas a literature mostra que a investigação deve ser realizada em grupos de risco específicos. Estes grupos são:1) Pacientes com histórico de tromboes ou paciente com familiares de primeiro grau com histórico de trombose; 2) Pacientes com história de abortamento tardio ou abortamentos precoces de repetição. O Protocolo está considerando apenas o primeiro e não inclui o segundo grupo.As trombofilias são a principal causa detectável de aborto precoce. Como é sabido, a trombofilia é uma doença relacionada à alteração da coagulação sanguínea que favorece a obstrução dos vasos pela formação dos coágulos. Quando estes coágulos obstruem os vasos da placenta, existe um risco aumentado para a ocorrência da perda fetal/embrionária, pois o embrião deixa de receber o aporte sanguíneo placentário, essencial para o seu desenvolvimento.Após o diagnóstico da trombofilia, apresenta-se possibilidade de tratamento efetivo, com boas chances de a mulher ter um filho saudável após medidas adequadas de terapia antitrombótica.Não faz sentido o PCDT estar excluindo, conforme mencionado no texto apresentado, o diagnóstico e o tratamento para mulheres que passaram por abortos de repetição.	
21/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
21/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
21/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	Eu possuo a enfermidade Lupus Eritematoso Sistemico e devido a esta doença adquiri uma trombose na perna direita. A medica concluiu que tenho síndrome antifosfolípide, ou seja, toda vez que engravidar terei que fazer uso das injeções de enoxaparina sódica durante a gestação. Muito importante esta iniciativa de inclui-la no rol de medicações fornecidas as gestantes.	
21/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	Gostaria de receber as injeções de enoxaparina sódica de 40 mg rápido pelo SUS	
21/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, Mulheres com trombofilia tem uma chance aumentada de formar coágulos sanguíneos e causar trombozes mínimas capazes de impedir a implantação do embrião ou provocar abortos. Um simples exame laboratorial pode auxiliar no diagnóstico e dar início ao tratamento e evitar riscos à saúde da mulher, à saúde do bebê e evitar inclusive causar danos emocionais ao casal. É necessário haver uma mudança no PCDT que inclua os exames de diagnóstico para trombofilia em mulheres que tenham tido histórico de aborto por repetição. Além disso, faz-se necessário que seja incluído o tratamento de Profilaxia durante o Pré-natal e por seis semanas no Pós-parto. Ressalta-se que, no caso das mulheres que já sofreram abortos por repetição, não se deve separar os casos em alto e baixo risco. É preciso considerar o diagnóstico das diversas mutações: fator V de Leiden, anticorpo anticardiolipina, anticoagulante lúpico, antitrombina III, proteína C, proteína S, fibriogênio, tempo de Protrombina e Hemocisteína	A seguinte frase presente no PCDT deve ser retirada: “Cabe ressaltar que o rastreamento de trombofilias hereditárias não está recomendado para pacientes apenas com complicações obstétricas (abortamentos, pré-eclâmpsia, perda fetal)”. Gostaria de entender melhor qual é esse estudo que a CONITEC está considerando para retirar os casos de abortamento e perda fetal, principalmente. Tentei acessar o link disponibilizado no PCDT que justifique a afirmação e não foi possível encontrar o artigo. Instituições brasileiras extremamente especializadas e renomadas em reprodução humana (Hospital Albert Einstein, Centro de Reprodução Humana, Clínica Huntington, entre outras) mostram claramente a relação das trombofilias e os abortos por repetição. Cito uma delas, o IPGO que em seu próprio site explica a relação: <a href="https://ipgo.com.br/abortos/">https://ipgo.com.br/abortos/</a> .	
21/11/2019	Paciente	Boa	Não		
21/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Sim, São muitas pessoas que não consegue chegar ao final de uma gravidez por não ter conhecimento , assim como não tem condições para arcar com tratamento.	Divulgação da trombofilia	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
22/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Sim, Gostaria que fosse incluída a prevenção mecânica de Trombose	Seria importante que tivesse reembolso pelo SUS e que os Convênios também insiram em seus protocolos, devido à importância desse tema.	
22/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito ruim	Sim, No item "3.1 Rastreamento para trombofilias" é necessário incluir que o rastreamento laboratorial de trombofilia seja efetuado: em mulheres com histórico prévio de abortos espontâneos.No item "4.1.1 Profilaxia durante o Pré-natal e por seis semanas no Pós-parto" é necessário incluir: gestantes com trombofilia de baixo e alto risco e histórico de abortos espontâneos.	A proposta de PCDT está abandonando um grupo importante de pacientes que é o de mulheres que tiveram abortos espontâneos repetitivos e que tem trombofilia. O protocolo leva em consideração apenas o histórico familiar como informação a ser considerada pelo corpo médico na tomada de decisão.Muitas mulheres sofrem abortos espontâneos repetitivos e somente após esses episódios descobrem a trombofilia hereditária. Há que ressaltar que muitas mulheres podem nem mesmo ter a informação de que um parente próximo tenha tido um TEV. Os médicos ginecologistas não levam em conta apenas o fator familiar, pois no caso dessas mulheres, os estudos mostram a importância de investigar a hereditariedade com os exames.O tratamento de profilaxia também não inclui as mulheres com trombofilia de baixo risco que já apresentaram casos de abortos espontâneos. O protocolo está incluindo gestantes com trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau. É preciso, também, considerar as gestantes com trombofilia de baixo e alto risco, mesmo sem histórico de TEV em parente, mas que tenha tido abortos espontâneos.	
25/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
25/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	A dose recomendada de Enoxaparina para gestantes com diagnóstico de SAF ou com histórico de TEV contida na proposta de PCDT (item 7.2.1) é de 1mg/kg a cada 12 horas. Entretanto, só foi recomendada a apresentação de Enoxaparina 40mg/0,4mL. A indisponibilidade de outras apresentações pode ocasionar erros de dosagem, esquemas terapêuticos inadequados e baixa adesão pela necessidade de várias injeções diárias. Consulta ao relatório do BPS sobre as compras realizadas em 2019 permite concluir que a apresentação de 40mg/mL não é a mais barata dentre as adquiridas pelos entes públicos, conforme as médias ponderadas de preços (100mg/mL = R\$ 63,67; 80mg/mL = R\$ 29,65; 60mg/mL = R\$ 11,94; 40mg/mL = R\$ 14,95; 20mg/mL = R\$ 14,62). Apesar dos valores de preço de fábrica e preço máximo de venda ao governo determinados pela CMED (14/11/19) estarem associados à apresentação, não há como afirmar que a disponibilidade de outras apresentações implicará em aumento dos custos.	
25/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	Excelente iniciativa! A trombofilia é uma condição silenciosa e muitas das vezes é na gestação, a partir de um evento tromboembólico que as pacientes acabam sabendo de seu diagnóstico primário. Muito importante sensibilizar os profissionais de saúde pois as queixas iniciais nem sempre são específicas. Como portadora de trombofilia, gostaria de agradecer por levantarem essa temática.	
25/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		
25/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, o Sus precisa pagar meia anti embolica e máquina para prevenção de trombose, bem simplesB		



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
25/11/2019	Paciente	Muito boa	Sim, O Sus precisaria pagar meia anti embolica e máquina para prevenção de trombose para a população.		
25/11/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Acredito que o Sus precisa pagar meia e máquina para prevenção de trombose		
25/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, No pos parto da paciente com alto risco de TEV devido a Trombofilia, a minha sugestão seria incorporar a profilaxia mecânica : com meia anti embolia e Compressão Pneumatica Intermitente - CPI que muito pode colaborar e descansar a paciente do uso da Enoxaparina que vinha usando por 9 meses de gestação.	Anexei um artigo que publiquei para demonstrar que tanto o Foot puma , quanto compressão na perna e coxa melhoram igualmente o fluxo de sangue venoso na veia femoral.	<a href="#">Clique aqui</a>
26/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	O SUS precisa pagar meia e máquina para prevenção de trombose	
26/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Sim, Em alto risco a compressão mecânica também é super importante.	Em ter protocolos especializados nos hospitais maternidades	
26/11/2019	Interessado no tema	Boa	Sim, Achei muito legal a preocupação em prevenir esta doença que atinge tantas pessoas e gestantes. Na minha opinião faltou a inclusão da compressão mecânica e meia antiembólica para melhorar a eficácia da prevenção.		
26/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Local de administração da enoxaparina		
26/11/2019	Interessado no tema	Regular	Sim, Além do tratamento com fármacos é possível realizar a prevenção da trombose com a utilização de Meias de Compressão específicas e com equipamentos de compressão. Este tratamento possui várias pesquisas comprovando a eficácia, em alguns casos é possível excluir a utilização do fármaco, reduzindo custo, riscos de interação medicamentosa e várias reações adversas que podem ocorrer. Além disso o uso de tais medicamentos que afetam a coagulação sanguínea exigirá maior precaução no parto e acompanhamento eficaz do pré-natal.		<a href="#">Clique aqui</a>
26/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
26/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
26/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, Sus precisa pagar meia medicinal e máquina para prevenção de trombose		
26/11/2019	Interessado no tema	Muito boa	Sim, O SUS precisa pagar pela meia e máquina para prevenção de trombose		
26/11/2019	Profissional de saúde	Boa	Sim, Gostaria de incluir a compressão mecânica na prevenção de trombose, tanto por meia como com o uso de perneira de compressão, não só no caso de contraindicação da terapia medicamentosa quando com o uso associado a medicação.		
26/11/2019	Especialista no tema do protocolo	Muito boa	<p>Sim, 7.2.1 Enoxaparina Dose profilática: Dose única diária de 40 mg durante a gestação e até no máximo 6 semanas de pós-parto. Pacientes acima de 90 Kg podem necessitar de ajuste de dose, não podendo ultrapassar 80 mg (dose única diária): ***algumas gestantes precisam de doses maiores*** Para gestantes com diagnóstico de SAF ou com dois ou mais episódios de TEV é recomendada a dose terapêutica de 1 mg/Kg a cada 12h, não podendo ultrapassar 160mg/dia *** CUIDADO: essa dose é terapêutica (plena). É apenas para as com SAF e anticoagulação perene prévia (varfarina ou DOACS). Para as com SAF e moprbilidade obstétrica apenas a dose deve ser profilática (40mg usualmente) 7.2.2 Ácido Acetilsalicílico – AAS Pacientes com diagnósticos de SAF devem utilizar ASS 100mg/dia associado com enoxaparina, pela mesma duração da mesma. *** essa recomendação é inadequada. O AAS deve ser suspenso 1 semana antes do parto, e a enoxaparina 12 horas antes. Em casos de sangramento durante o uso as medicações são suspensas e re-introduzidas em momentos diferentes.*** Nos casos de cesariana eletiva, o medicamento deve ser interrompido 24 horas antes do parto 16. Deve ser reiniciada 12 horas após o parto cesáreo. A profilaxia no período pós-parto deve ser interrompida após 6 semanas do parto.*** Na dose profilática a suspensão é 12 horas antes. Na dose plena 24 horas antes. A reintrodução é 6 a 8 horas após a raqui anestesia, peridural ou retirada do cateter peridural***</p>	<p>Texto objetivo, conciso e abrangente. Parabéns à toda a equipe.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>

<b>Dt. contrib.</b>	<b>Contribuiu como</b>	<b>O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?</b>	<b>Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)</b>	<b>Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?</b>	<b>Referência</b>
26/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	Tenho uma conhecida grávida e o Sus não paga meia e nem equipamento para prevenção de trombose.	

---

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
27/11/2019	Secretaria Estadual de Saúde	Muito boa	<p>Sim, Item 7.2.1 Enoxaparina, que trata da dose a ser fornecida de enoxaparina. No segundo parágrafo, que se refere aos critérios para fornecimento da dose terapêutica e que recomenda a "dose terapêutica de 1 mg/Kg a cada 12h, não podendo ultrapassar 160mg/dia", não foi definido o tempo de tratamento com essa dose. Apesar de constar no Apêndice 3 - Formulário de solicitação, a " anticoagulação plena (1mg/Kg – 12/12H), durante a gravidez e seis semanas pós-parto" como opção de terapia indicada, não ficou claro no texto para quais situações essa dose se aplica e quais as evidências clínicas que embasam essa recomendação. Assim, sugerimos incluir uma recomendação clara no texto do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) sobre o tempo em que a paciente deverá manter doses terapêuticas. Durante toda a gravidez e até 45 dias após o parto? É seguro manter doses terapêuticas de enoxaparina (até 160mg/kg/dia) por tempo prolongado? Essas doses devem ser usadas em caráter ambulatorial? Quais os critérios para manutenção dessa dose ou migração de dose terapêutica para profilática durante a gestação? Ainda sobre o tempo de tratamento com doses terapêuticas, destacamos aqui necessidade de definir claramente uma recomendação para os casos de ocorrência do evento tromboembólico durante a gestação, não incluídos entre os critérios citados no item 7.2.1., que se refere apenas a gestantes com diagnóstico de SAAF ou com dois ou mais episódios de TEV. Semelhantemente, sugerimos definir por quanto tempo deve ser usada a dose terapêutica (1- 2Kg/dia) e como distinguir um evento agudo, que requer doses terapêuticas, de uma trombose antiga, cujo tratamento é profilático. Ressaltamos que a bula de um dos medicamentos com enoxaparina registrada na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), traz as seguintes informações técnicas: – O tratamento da trombose venosa profunda com ou sem embolismo pulmonar com enoxaparina é geralmente prescrito por um período médio de 10 dias; – Como não foram realizados estudos adequados e bem controlados em</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>gestantes, e uma vez que os estudos realizados em animais nem sempre são bons indicativos da resposta humana, deve-se utilizar enoxaparina durante a gravidez somente se o médico considerar como estritamente necessário; -Categoria de risco na gravidez: B. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas sem orientação médica;- Não foram realizados estudos adequados para avaliar a utilização de enoxaparina na trombopprofilaxia em gestantes com próteses mecânicas valvulares cardíacas. Esta Secretaria recebe diariamente inúmeras demandas de enoxaparina, com prescrição de doses terapêuticas para uso por toda a gravidez e puerpério, para pacientes com histórico de trombose, com episódio agudo ou portadora de prótese valvar, dentre outras. Entretanto, não foram encontrados estudos clínicos que demonstrem evidência científica robusta que subsidie essa prática, e na ausência de um PCDT, foi definido o fornecimento de doses terapêuticas para tratar o episódio agudo de trombose, por períodos curtos, enquanto que doses profiláticas são disponibilizadas para complementar o tratamento por toda a gravidez e até 45 dias após o parto. Diante dessa necessidade, sugerimos que o tempo de tratamento com doses terapêuticas seja claramente definido, em cada um desses casos, no PCDT a ser publicado.</p>		
27/11/2019	Paciente	Muito boa	Não		
27/11/2019	Paciente	Muito boa	<p>Sim, Com o devido acompanhamento das gestantes e observando os fatores de riscos durante as gestação muitas vidas poderia ser salvas</p>		
27/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	<p>Já passei por duas perdas gestacional e uma neonatal, e estou correndo atrás para fazer a investigação da trombofilias, e tenho certeza que se esse exames fossem parte do pré natal evitariam muitas perdas gestacionais.</p>	
27/11/2019	Empresa	Muito boa	<p>Sim, Nossa contribuição completa encontra-se no arquivo em anexo.</p>		<a href="#">Clique aqui</a>
27/11/2019	Empresa	Muito boa	<p>Sim, Nossa contribuição completa encontra-se no arquivo em anexo.</p>		<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
27/11/2019	Paciente	Boa	Não	Que os estudos sobre trombofilia fossem sugeridos com uma perda gestacional e não a partir de duas. Se tivesse estas informações estaria grávida de aproximadamente 7 meses.	
27/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Boa	Não	<p>A Farmacia Popular precisa mudar o acesso a compra de medicamento que hoje só é liberada nova compra após terminar o último comprimido. Ex 180 comp-mes. Se o último for tomado às 19h e o primeiro do dia seguinte (dia em que a compra está liberada) for às 6h, o paciente fica sem o remédio para esse horário. Sugestão - que se libere a compra com uma antecedência de dois dias para o término da última receita. Essa situação aconteceu com meu marido que ficou sem a dose das 6 e a de 11h. porque a farmácia só abre às 7h e é distante de meu bairro. Creio que ele não é o único a passar por essa situação que lhe prejudica a saúde.</p> <p>NOTA. O pessoal que atende 136 não tem habilidade e eu liguei e só deram como resposta - a farmácia popular tem regras - e quando eu tentava argumentar que regras podem ser aperfeiçoadas elas diziam que - a ligação vai cair . Uma das atendentes que me atendeu por duas vezes se apresentou como LUANA a terceira eu já estava nervosa e não gravei o nome dela. Grata pela atenção.</p> <p>Espero que façam movimentos que aperfeiçoem as regras porque a farmácia popular é um excelente programa</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
27/11/2019	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim, Recomendação de Profilaxia de TEV na gestação:- Deambulação precoce, uso de meias elásticas com compressão e compressão pneumática intermitente em contra indicação de anticoagulantes e risco aumentado de trombose- Contra indicação de anticoagulação – sangramento ativo, trombofilia induzida por heparina, PA&gt;180/110 mmHg, plaquetas &lt;70000/mm<sup>3</sup>, RNI ( análise do efeito de varfarina no sangue) &gt;1,5, creatinina &gt;1,5mg/dL- Não fazer profilaxia farmacológica em paciente com alto risco de sangramento – risco de sangramento obstétrico em parto vaginal e cesáreo iminentes e placenta prévia; sangramentos de outras origens4.3 – PROFILAXIA PARA TEV PÓS-PARTO- Risco aumentado para TEV pela presença de um dos principais ou pelo menos dois fatores de risco menores: sugere-se profilaxia farmacológica ou mecânica (meias elásticas ou CPI) - Risco aumentado para TEV com vários fatores de risco adicionais para TEV que persiste no puerpério:sugere-se combinação de profilaxia farmacológica com meias elásticas e / ou pneumáticas intermitentes compressão somente sobre a farmacológica. Nesses casos, sugere-se profilaxia prolongada por ate 6 semanas após parto</p>	<p>As medidas mecânicas de profilaxia da TEV possuem recomendações bem estabelecidas em Guidelines Internacionais e são de suma importância, em especial para pacientes com risco de sangramento ou alto risco para TEV.</p>	<a href="#">Clique aqui</a>
27/11/2019	Paciente	Boa	<p>Sim, Gostaria de Incluir MUTACOES A1298C E C677T da MTHFR</p>	<p>Eu tenho a mutação C677T:HETEROZIGOTO e tive um aborto retido com 7 semanas .Foram realizados outros exames e eu tenho a herdade e adquirida</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
27/11/2019	Secretaria Municipal de Saúde	Boa	<p>Sim, 1) Tendo em vista que o Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde afirma que a conduta para Síndrome Anticorpo Antifosfolípido (SAF) e Trombofilia Hereditária é a anticoagulação profilática (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010), sugerimos as alterações que seguem, a fim de adequar o PDCT ao Manual do Ministério da Saúde:a) No item 3. DIAGNÓSTICO, subitem 3.1 Rastreamento para trombofilias, INCLUIR que o rastreamento laboratorial de Trombofilia deve ser efetuado também em: c) Mulheres com histórico de abortos recorrentes. b) No item 4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO, subitem 4.1.1 Profilaxia durante o Pré-natal e por seis semanas no Pós-parto, INCLUIR também os seguintes critérios: d) Gestantes com trombofilia de alto risco, com histórico de abortamentos recorrentes (sem necessidade de ter histórico pessoal ou familiar de TEV); e) Gestantes com trombofilia de médio e baixo risco, com histórico de abortamentos recorrentes (sem necessidade de ter histórico pessoal ou familiar de TEV).2) Para fins de adequação à RENAME, no item 7. TRATAMENTO/PROFILAXIA FARMACOLÓGICA, subitem 7.1 FÁRMACOS, sugerimos que o texto do subitem 7.1.2 Ácido acetilsalicílico seja alterado para: 7.2.1 Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido. A mesma sugestão cabe também ao item 7.2.2 Ácido Acetilsalicílico – AAS, que sugerimos alterar para: 7.2.2 Ácido acetilsalicílico 100 mg comprimido.3) Sugerimos revisar as definições de Trombofilia de alto e de baixo risco no Fluxograma de profilaxia de trombofilia em gestantes. Acreditamos que essas definições estão invertidas nos quadros em azul.4) Alterar o APÊNDICE 3 FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ENOXAPARINA SÓDICA PCDT PARA PREVENÇÃO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA, incluindo os critérios de uso sugeridos anteriormente.</p>	<p>No item 3. DIAGNÓSTICO, subitem 3.1 Rastreamento para trombofilias, são listados os exames para o rastreamento laboratorial de Trombofilia. Entretanto, entre os exames listados, apenas a Antitrombina III está contemplada na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, com o código 02.02.02.017-7 - DOSAGEM DE ANTITROMBINA III. Os demais exames (Fator V de Leiden, mutação G20210A no gene da protrombina, teste de reatividade de Proteína C e dosagem de Proteína S) não estão contemplados na referida tabela. Dessa forma, entendemos que, se o Ministério da Saúde e a CONITEC recomendam a realização destes exames em um Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT), os mesmos devem estar disponíveis na Tabela SUS, a fim de que os municípios possam ofertar estas análises às pacientes, bem como receber recursos financeiros para tal.No item 3. DIAGNÓSTICO, subitem 3.2 Diagnóstico de Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido - SAF, são listados os critérios laboratoriais para o rastreamento da Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido (SAF). Entretanto, entre os exames listados, estão contemplados na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS apenas os seguintes exames: 02.02.03.025-3 - PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA e 02.02.03.026-1 - PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA. Os demais exames (Lúpus anticoagulante = Anticoagulante lúpico, Anti-beta2glicoproteína1 IgG e Anti-beta2glicoproteína1 IgM) não estão contemplados na referida tabela. Dessa forma, entendemos que, se o Ministério da Saúde e a CONITEC recomendam a realização destes exames em um Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT), os mesmos</p>	



Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
				devem estar disponíveis na Tabela SUS, a fim de que os municípios possam ofertar estas análises às pacientes, bem como receber recursos financeiros para tal.	
27/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	O SUS deve utilizar as meias antitromboticas e os compressores intermitentes com mais frequência, diminuindo o índice de patologias tromboticas.	
27/11/2019	Paciente	Muito boa	Não	As tentante diagnósticas tbem deveriam receber o remédio. Pois sabemos da importância do remédio. Os Estados deveriam facilitar mais para a liberação dos remédios. Muita burocracia onde muitas vezes quando recebem o remédio já perdemos o bebê	
27/11/2019	Familiar, amigo ou cuidador de paciente	Muito boa	Não		
27/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Sim, ACHO QUE DEVERIA HAVER A POSSIBILIDADE DE FORNECIMENTO DE ENOXAPARINA, DURANTE A GESTAÇÃO, PARA CASOS DE ABORTAMENTO PRÉVIO (< 3 EPISÓDIOS), PARA GESTANTES QUE POSSUAM EXAME SUGESTIVOS DE TROMBOFILIA DE BAIXO RISCO, E/OU APENAS UMA AMOSTRA LABORATORIAL COMPATÍVEL COM SAAF	NÃO	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
27/11/2019	Profissional de saúde	Boa	<p>Sim, 1) item 3.1 - sugiro alterar o nome do "teste de reatividade da proteína C" para atividade de proteína C, para evitar confusão com "proteína C reativa"2) Os testes genéticos (Fator V de Leiden, mutação G20210A no gene da protrombina) podem ser feito durante gravidez ou puerpério, pois trata-se de biologia molecular e não sofrem influência das alterações hormonais e e da coagulação neste período.3) Alguns pacientes mais obesos podem necessitar de doses superiores a 80 mg/dia. Há que se considerar também que pacientes de risco alto ou moderado podem necessitar de doses maiores para profilaxia. 4) MUITO IMPORTANTE - os quadros que discriminam as trombofilias de baixo e alto risco no fluxograma estão trocados. 5) item 8,3.2 - a monitoração das heparinas de baixo peso molecular deve ser realizada pelo teste de atividade heparínica (inibição do fator X ativado). Qualquer outro exame NÃO deve ser utilizado para esta monitoração. O parágrafo de vocês deixa margem para dúvidas 6) item 8,4 - a protamina funciona mal como antídoto das heparinas de baixo peso molecular. Seu emprego deve ser muito judicioso, pois possui riscos cardiovasculares e aumenta o risco de trombose. Deve ser adequadamente diluído e infundido lentamente.</p>	<p>1) Observei a falta de recomendações sobre risco de trombose em pacientes gestantes ou puérperas durante internação hospitalar, seja por critérios clínicos ou obstétricos. Por exemplo - pacientes internadas por hiperemese, gemelaridade com risco de trabalho de parto prematuro, em repouso, quadros infecciosos... Riscos adicionais de trombose devem ser avaliados - idade materna, obesidade, doenças concomitantes. Sugiro como bibliografia o protocolo do Royal College , citado na Bibliografia. 2) Da mesma maneira, gestantes com cardiopatia materna, independente da presença ou não de trombofilia, apresentam risco aumentado para tromboembolismo. Acredito que as regras para dispensação de heparina de baixo peso molecular devem incluir pacientes gestantes com fibrilação atrial crônica, insuficiência cardíaca, ou mesmo pacientes portadoras de próteses valvares mecânicas em períodos de uso de enoxaparina.</p>	
27/11/2019	Profissional de saúde	Muito boa	Não	<p>ótima iniciativa- TEV e um grave problema com fácil prevenção mas muitas vezes ignorado pelos profissionais da saúde.</p>	

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
27/11/2019	Sociedade médica	Muito boa	<p>Sim, a Sociedade Brasileira de Trombose e Hemostasia (SBTH) parabeniza a iniciativa da CONITEC em abordar tema de tanta relevância e impacto na saúde das gestantes brasileiras. Saudamos também a objetividade atingida em abordar tema de tamanha complexidade e heterogeneidade. Com o intuito de contribuir com a recomendações, observamos alguns tópicos que, salvo entendimento outro, devem ser ajustados. São, em ordem evolutiva do texto: Recomendação: 7.2.1 Enoxaparina Dose profilática: Dose única diária de 40 mg durante a gestação e até no máximo 6 semanas de pós-parto. Pacientes acima de 90 Kg podem necessitar de ajuste de dose, não podendo ultrapassar 80 mg (dose única diária). ***algumas gestantes precisam de doses maiores, que ultrapassam 80mg/dia ***Recomendação: Para gestantes com diagnóstico de SAF ou com dois ou mais episódios de TEV é recomendada a dose terapêutica de 1 mg/Kg a cada 12h, não podendo ultrapassar 160mg/dia. *** Essa dose é terapêutica (plena). É apenas para as com SAF e anticoagulação perene prévia (varfarina ou DOACS). Para as com SAF e morbidade obstétrica apenas a dose deve ser profilática (40mg usualmente) ***Recomendação: 7.2.2 Ácido Acetilsalicílico – AAS Pacientes com diagnósticos de SAF devem utilizar ASS 100mg/dia associado com enoxaparina, pela mesma duração da mesma. *** Essa recomendação é inadequada. O AAS pode, a critério médico, ser suspenso ou não uma semana antes do parto, e a enoxaparina 12 horas antes. Em casos de sangramento durante seu uso, as medicações são suspensas e re-introduzidas em momentos diferentes. ***Recomendação: Nos casos de cesariana eletiva, o medicamento deve ser interrompido 24 horas antes do parto. Deve ser reiniciada 12 horas após o parto cesáreo. A profilaxia no período pós-parto deve ser interrompida após 6 semanas do parto. *** Na dose profilática a suspensão é 12 horas antes. Na dose plena 24 horas antes. A reintrodução é 6 a 8 horas após a raqui anestesia, peridural ou retirada do cateter peridural ***No Fluxograma de profilaxia de trombofilia em gestantes (figura 1 do texto), as trombofilias de alto</p>	Em anexo todas as sugestões da SBTH (Sociedade Brasileira de Trombose e Hemostasia)	<a href="#">Clique aqui</a>

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>e baixo risco estão trocadas na legenda. Ainda, apesar do escopo das recomendações ser sobre trombofilias "stricto sensu", as condições trombofílicas eventualmente presentes na gestação (câncer, insuficiência cardíaca, lúpus eritematoso sistêmico ativo, poliartropatia inflamatória ou doença&amp;#8232;intestinal inflamatória, nefrose, diabetes mellitus tipo 1 com&amp;#8232;nefropatia, doença&amp;#8232;falciforme, uso atual de drogas intravenosas, hiperêmese, síndrome da hiperestimulação ovariana, infecção sistêmica, imobilidade, paraplegia), assim como as cardiopatias trombogênicas, são igualmente relevantes para a dispensação de enoxaparina pelo SUS. Para as gestantes cardiopatas a recomendação segue o algoritmo: AVK; antagonista da vitamina K, HCG : gonadotrofina coriônica, HBPM SC : heparina de baixo peso molecular subcutânea; HNF IV heparina não-fracionada intravenosa.1. Greer IA. Thrombosis in pregnancy: updates in diagnosis and management. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2012;2012:203-7.2. Kamel H, et al. Risk of a thrombotic event after the 6-week postpartum period. N Engl J Med. 2014;370(14):1307-15.3. Oliveira ALML, et al. Profilaxia de tromboembolismo venoso na gestação. J Vasc Bra. 2016;15(4):293-301. 4. Simcox LE, et al. Pulmonary thromboembolism in pregnancy: diagnosis and management. Breathe (Sheff). 2015;11(4):282-9.5. Bates SM, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest. 2012;141(2 Suppl):e691S-736S.6. Confidential Enquiry into Maternal and Child Health &amp;#8222; CEMACH. Saving mothers` lives: reviewing maternal deaths to make motherhood safer &amp;#8222; 2003-2005: the seventh report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. London: CEMACH; 2007. p. 266.7. Earsen TB, et al. Maternal smoking, obesity, and risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: a population-based nested case-control</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			<p>study. <i>Thromb Res.</i> 2007;120(4):505-9.</p> <p>8. Scifres CM, et al. The utility of thrombophilia testing in pregnant women with thrombosis: fact or fiction? <i>Am J Obstet Gynecol.</i> 2008;199(4):344 e1-7.</p> <p>9. The American College of Obstetricians and Gynecologists &amp; Women's Health Care Physicians. ACOG Practice bulletin No. 138: inherited thrombophilias in pregnancy. <i>Obstet Gynecol.</i> 2013;122(3):706-17.</p> <p>10. Smith TW, et al. Heritable thrombophilia testing in British Columbia: a report on practice patterns and prevalence. <i>Issue: BCMJ.</i> 2013;3:144-148.</p> <p>11. London M, et al. Risks of venous thromboembolism after cesarean sections: a meta-analysis. <i>Chest.</i> 2016;150(3):572-96.</p> <p>12. Liu S, et al. Epidemiology of pregnancy-associated venous thromboembolism: a population-based study in Canada. <i>J Obstet Gynaecol Can.</i> 2009;31(7):611-20.</p> <p>13. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists &amp; RCoOaG. Reducing the risk of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium. Green-top, guideline No. 37 a, April 2015 [acesso em 10 out 2018]. Disponível em: <a href="https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf">https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-37a.pdf</a>.</p> <p>14. Bates SM, et al. Guidance for the treatment and prevention of obstetric-associated venous thromboembolism. <i>J Thromb Thrombolysis.</i> 2016;41(1):92-128.</p> <p>15. Khan WS, et al. Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. <i>J Obstet Gynaecol Can.</i> 2014;36(6):527-53.</p> <p>16. Horlocker TT, et al. Regional anesthesia in the patient receiving antithrombotic or thrombolytic therapy: American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine Evidence-Based Guidelines (Third Edition). <i>Reg Anesth Pain Med.</i> 2010;35(1):64-101.</p> <p>17. Posicionamento da SBC sobre Cardiopatia e Gravidez 2020 in press</p> <p>18. Xu Z, Fan J, Luo X, Zhang WB, Ma J, Lin YB, Ma SH, Chen X, Wang ZP, Ou JS, Zhang X. Anticoagulation regimens during pregnancy in patients with mechanical heart valves: A systematic review and meta-analysis. <i>Can J Cardiol</i> 2016;32:1248.e1–1248.e9.</p> <p>19. Souza R, Ostro J, Shah PS, Silversides CK, Malinowski A, Murphy KE, Sermer M, Shehata N.</p>		

Dt. contrib.	Contribuiu como	O que você achou desta proposta de protocolo ou diretriz?	Você gostaria de alterar ou incluir alguma informação ao texto? Qual(is)	Gostaria de comentar sobre algum outro aspecto?	Referência
			Anticoagulation for pregnant women with mechanical heart valves: A systematic review and meta-analysis. Eur Heart J 2017;214:S351–S351.		