

ATENÇÃO DE ENFERMAGEM NA TROMBOSE VENOSA PROFUNDA EM GESTANTES

RIBEIRO, Juliana Cristina¹

¹Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT – Itapeva/SP

ALMEIDA, Maria Clara de²

²Faculdade de Ciências Sociais e Agrárias de Itapeva – FAIT – Itapeva/SP

RESUMO

De grande incidência na população geral, a trombose venosa profunda é ainda mais recorrente durante o período gestacional. Pode instalar-se de forma silenciosa no organismo e se não tratada adequadamente pode causar graves complicações. Este estudo teve como objetivo descrever a atuação do enfermeiro diante da Trombose Venosa Profunda em gestantes. A pesquisa bibliográfica descritiva foi a metodologia aplicada na elaboração deste estudo, realizada através de acesso à manuais, revistas, artigos e sites indexados sobre a temática escolhida. Reconhecer a gravidade desta patologia e sua grande incidência, desperta para uma assistência de enfermagem voltada para assistência integral, atentando-se para a importância da investigação eficaz e criação de estratégias em prol a redução de danos potenciais à gestante. Por se tratar de um profissional que possui contato direto com as pacientes durante o pré-natal, pode-se concluir que o enfermeiro desempenha papel importante no processo patológico da TVP, atuando em todas as fases desta patologia, além de desenvolver ações importantes na redução de problemas indesejáveis.

Palavras-chave: Hemodinâmica, Patologias vasculares, Trombofilia

Linha de Pesquisa: Saúde Mulher

ABSTRACT

Of great incidence in the general population, deep vein thrombosis is even more recurrent during pregnancy. It can install itself silently in the body and if not treated properly it can cause serious complications. This study aimed to describe the role of nurses in the face of Deep Venous Thrombosis in pregnant women. Descriptive bibliographic research was the methodology applied in the preparation of this study, carried out through access to manuals, magazines, articles and websites indexed on the chosen theme. Recognizing the seriousness of this pathology and its great incidence, awakens to a nursing care focused on comprehensive care, paying attention to the importance of effective investigation and creation of strategies in favor of reducing potential damage to pregnant women. As he is a professional who has direct contact with patients during prenatal care, it can be concluded that nurses play an important role in the pathological process of DVT, working in all stages of this pathology, in addition to developing important actions in reducing of undesirable problems.

Keywords: Hemodynamics, Vascular pathologies, Thrombophilia

1. INTRODUÇÃO

Caracterizado pelo desenvolvimento agudo de coágulos em vasos profundos do sistema vascular, o tromboembolismo venoso (TEV) é uma doença grave que acomete, principalmente, os membros inferiores. Possui alta incidência dentre as complicações obstétricas e representa uma das importantes causas de morbimortalidade materna em todo o mundo (TORRES, 2017).

O tromboembolismo pode apresentar-se de duas formas clínicas distintas: a embolia pulmonar (EP) e a trombose venosa profunda (TVP), que podem manifestar-se de maneira isolada ou simultânea (PREHL et al., 2018).

Durante a gestação o risco de desenvolvimento de doença tromboembólica, especialmente no segundo trimestre, é bastante aumentado. Isso se deve a inúmeros eventos fisiológicos de natureza adaptativa que têm por objetivo a manutenção da gravidez e a viabilidade do feto (SIMÕES; BARROS; JUNIOR, 2016).

A tromboembolia venosa possui uma incidência de aproximadamente um caso entre 500 e 2.000 gestações, ocupando a segunda posição entre as maiores causas de mortalidade em obstetrícia (PEREIRA et al., 2011).

A trombose venosa profunda deve ser considerada como grave complicação devido a sua capacidade de instalar-se silenciosamente no organismo, além de gerar imprecisões no diagnóstico o que dificulta a implementação de medidas de saúde (BARBOSA; SILVA; SOUZA, 2018).

Em grande parte dos casos, a TVP apresenta-se de forma assintomática. Nos casos em que suas manifestações são aparentes, podem ser comumente atribuídas aos sinais e sintomas típicos da gestação normal. Tal característica é responsável por dificultar o diagnóstico em gestantes com suspeita (PREHL et al., 2018).

De acordo com Costa et al., (2007), para que o profissional enfermeiro possa identificar de maneira antecipada os sinais e sintomas associados a TVP e realizar diagnóstico clínico correto, este deve avaliar de forma minuciosa a condição vascular da gestante, levando em consideração as especificidades de cada um deles, uma vez que podem confundir-se facilmente com as queixas comuns da gravidez.

As medidas de profilaxia não farmacológicas se mostram promissoras e podem ser utilizadas isoladamente ou em associação às farmacológicas, dependendo do grau

de risco de TEV e possíveis contraindicações para sua utilização. A vigilância clínica, a utilização de dispositivos de compressão mecânica e exercícios de marcha são exemplos de medidas não farmacológicas adicionais que podem ser estimuladas pela equipe de enfermagem e executadas pela paciente (SILVEIRA, 2002).

A grande incidência de casos de TVP durante o período gestacional, desperta para questionamentos sobre a necessidade de acompanhamento de Enfermagem de maneira integral à gestante e a importância da investigação eficaz no processo de diagnóstico, bem como da implementação de planos de ação em prol a redução de possíveis complicações.

O presente trabalho teve como objetivo descrever a atuação do enfermeiro diante da Trombose Venosa Profunda em gestantes.

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza descritiva, elaborado através de busca em artigos, manuais e sites indexados que demonstrassem de forma clara e objetiva a importância do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem na trombose venosa profunda em gestantes.

2. DESENVOLVIMENTO

As variações provenientes da gravidez afetam todo o organismo materno, sobretudo o sistema vascular, o qual, sofre importantes alterações durante a gestação e parto. Tais alterações resultam em modificações hemodinâmicas comuns desta fase como a redução da resistência vascular sistêmica e da reatividade vascular (PICON; AYALA DE SÁ, 2005).

O aumento na concentração de fatores pró-coagulantes como V, VIII e fibrinogênio, bem como a redução de anticoagulantes naturais, como a proteína S associados a elevação da resistência adquirida à proteína C, são exemplos de alterações hormonais responsáveis pela proteção contra possíveis hemorragias durante a gestação e parto, porém, potencializam os riscos de desenvolvimento de trombose materna (SIGNOR, 2013).

A TVP é definida pela formação de coágulos no sistema venoso profundo, podendo evoluir para casos de embolia pulmonar e síndrome pós-flebítica, resultado do aumento da dimensão do útero gravídico, o qual, exerce pressão significativa em vasos

importantes como poplíteos, femoral, cava e ilíacos, causando diminuição da drenagem venosa e posterior estase venosa localizada (COSTA et al., 2007).

Durante a gestação é possível observar fatores predisponentes mais acentuados quando comparados aos mesmos fatores encontrados na população em geral. O período gestacional é considerado um estado de hipercoagulabilidade, sendo relacionado ao maior risco de desenvolvimento de tromboembolismo venoso. A ocorrência de alterações hemostáticas na gestação associadas a fatores mecânicos comuns desta fase pode estar relacionada ao processo fisiopatológico da trombogênese (BOLETIM MÉDICO WEINMANN, 2015).

O estado de hipercoagulabilidade é resultado da ação de eventos hormonais que antecedem e preparam para o parto, caracterizados pela produção dos inibidores 1 e 2 do plasminogênio pela placenta, reduzindo o processo de fibrinólise e aumentando a coagulação de sangue no interior dos vasos sanguíneos. Além da compressão da veia cava inferior ocasionada pelo útero gravídico que favorece os fenômenos trombóticos (KALIL et al., 2008).

No século XVIII, Rudolph Virchow descreveu os três principais elementos associados ao mecanismo fisiopatológico da trombose: estase sanguínea, hipercoagulabilidade e lesão endotelial. As mudanças fisiológicas comuns no período gestacional atuam diretamente nestes três elementos, cujos quais, formam a chamada tríade de Virchow (PREHL et al., 2018).

Por se tratar de um período propenso ao tromboembolismo, todos os elementos da Tríade de Virchow são acometidos. O principal agente motivador para o surgimento do tromboembolismo é a hipercoagulabilidade, resultante da diminuição da ação anticoagulante e da elevação de fatores pró-coagulantes. O aumento nos níveis de hormônios como o estrógeno e a progesterona provocam variações fisiológicas sistêmicas na hemostasia, o que favorece a ocorrência do quadro em questão (PREHL et al., 2018).

A dilatação progressiva do útero e a complacência venosa são as principais condições para a estase venosa, ocasionada pela lentidão do fluxo sanguíneo venoso que estes dois fatores provocam. A lesão endotelial está relacionada a gestação normal e pode ser intensificada em casos de pré-eclâmpsia e durante as lesões provocadas pelo parto (ALMEIDA, 2016).

A TVP acomete principalmente os membros inferiores, cerca de 80 a 95% dos casos, pode ser definida pela presença de agregação plaquetária em vasos profundos, causando oclusão ou obstrução parcial. Algumas complicações podem ocorrer em decorrência da TVP, as principais incluem a insuficiência venosa, síndrome pós trombótica com ocorrência de edema, ulcerações dermatológicas, algia em membros inferiores e embolia pulmonar (CARVALHO; OLIVEIRA; AMORIM, 2018).

De acordo com pesquisas, a estimativa é de que a cada mil habitantes, pelo menos dois desenvolvam TVP ou EP a cada ano. Durante a gestação este índice pode aumentar de 4 a 6 vezes em relação à não gestantes. A TVP, todavia, possui incidência maior quando comparada a EP no ciclo gravídico, atingindo de 1 a 2 gestantes a cada 1000 em países desenvolvidos. Estima-se, ainda, que a TVP acomete, na maior parte dos casos, os membros inferiores (MMII), sobretudo em membro esquerdo em decorrência de mudanças anatômicas que contribuem para o desenvolvimento de trombos na veia ilíaca esquerda (ALMEIDA, 2016).

Em alguns registros, podemos observar uma ocorrência de 0,5 a 3 casos a cada 1.000 gestações e uma taxa de mortalidade entre 5% e 15% em indivíduos que não receberam tratamento para a TVP (CARVALHO; OLIVEIRA; AMORIM, 2018).

A TVP pode ocorrer de forma comum em paciente que nunca tiveram qualquer antecedente ou predisposição, porém, é sabidamente maior em determinadas situações. Pacientes no pós operatório, ou vítimas de traumas possuem maior predisposição tendo em vista seu estado de hipercoagulabilidade, redução de atividade fibrinolítica e de mobilidade. Indivíduos com idade avançada, portadores de doenças malignas, histórico de falência cardíaca, episódios prévios de TVP, obesidade, imobilidade prolongada, varizes, doenças intestinais inflamatórias, infarto do miocárdio, puerpério, sepses, longos períodos de viagem e gestantes são mais propensos ao desenvolvimento desta doença (ORRA, 2002).

Alguns sinais e sintomas são característicos da trombose venosa profunda, tais como: dores na panturrilha, sensação de pernas pesadas, edema e câibras. Em situações de maior gravidade pode-se verificar surgimento de gangrena venosa, evolução para amputações e em casos extremos, a ocorrência de óbito (BARBOSA; SILVA; SOUZA, 2018).

Além do histórico, pessoal e familiar, de eventos tromboembólicos, outros fatores como a obesidade durante a gestação, idade superior a 35 anos, multipariedade e repousos prolongados, também contribuem para a elevação do risco de desenvolvimento de TVP (TORRES, 2017).

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Cirurgia (2015), a tríade de Virchow ainda é o fator principal da trombose venosa. A importância de compreender seus os processos e reconhecer os fatores predisponentes relacionados a trombose venosa, permite correta avaliação do risco tromboembólico, além de colaborar para o planejamento de estratégias adequadas de profilaxia e tratamento.

Um diagnóstico precoce e correto de TVP dos membros inferiores é indispensável para implantação de medidas terapêuticas adequadas. A investigação é feita através de um apanhado de avaliações e exames, dentre eles o exame clínico, teste de D-dímero e Eco Doppler a cores e de compressão (SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA, 2015).

A dosagem de D-dímero no soro avalia os níveis desta substância na corrente sanguínea, de sensibilidade elevada e é essencial para descartar suspeitas da doença. O diagnóstico de imagem do tipo Eco Doppler, é geralmente utilizado como exame de averiguação sensível e específica em mulheres não grávidas, sendo menos seguro para identificar trombo isolado em veia íliaca ou da panturrilha, mais comuns na gravidez. Com sensibilidade de cerca de 97% e de caráter não invasivo, a ultrassonografia compressiva é o exame de imagem de primeira escolha em casos de suspeita de TVP (TORRES, 2017).

O enfermeiro deverá realizar o rastreamento de trombofilias em todas as gestantes. O momento mais adequado para realiza-lo é durante as consultas do pré-natal, ressaltando a anamnese como peça fundamental e imprescindível na avaliação da condição vascular, busca por informações relacionadas ao histórico familiar e sinais e sintomas essenciais na identificação da TVP na gestante. Isto, porém, só poderá ser executado de forma efetiva quando o profissional detém conhecimento adequado sobre as peculiaridades dessa patologia (CARVALHO; OLIVEIRA; AMORIM, 2018).

Segundo consenso do National Institute of Health (NIH), U.S.A, pode-se utilizar de ferramentas auxiliares na avaliação de risco de TVP, como observado no quadro abaixo. A cada fator predisponente apresentado é acrescentado um ou mais pontos,

quanto maior a pontuação obtida, maior o risco de desenvolvimento da trombose venosa profunda:

Quadro 1: Avaliação de risco por pontuação.

| FATORES DE RISCO | PONTOS |
|--|--------|
| TVP ou TEP prévios | 3 |
| Idade acima de 70 anos | 3 |
| Idade entre 61 e 70 anos | 2 |
| Idade entre 40 e 60 anos | 1 |
| AVE | 1 |
| IAM | 1 |
| Obesidade | 1 |
| DPOC grave | 1 |
| Traumatismos | 1 |
| Cirurgias com mais de 2 horas de duração | 1 |
| Cirurgia pélvica ou prótese de fêmur ou joelho | 1 |
| Repouso por mais de 3 dias | 1 |
| Fraturas de membros inferiores ou pélvicas | 1 |
| História familiar de TVP | 1 |
| Estase venosa | 1 |
| Varizes de membros inferiores | 1 |
| Infusão endovenosa por período superior a 24 horas | 1 |
| Doenças malignas | 1 |
| Doença inflamatória intestinal | 1 |
| Gravidez e puerpério | 1 |
| Estrogenioterapia | 1 |
| Corticoterapia | 1 |
| Septicemia | 1 |

Fonte: Adaptado Orra (2002).

Durante o período gestacional outros fatores de risco podem ser avaliados e são de extrema importância para a instauração de medidas preventivas. A gestante deverá ser reavaliada em situações de internação hospitalar ou complicações. Abaixo esses fatores estão relacionados por categoria conforme a diretriz de controle de TEV do Colégio Real de Ginecologistas e Obstetras do Reino Unido (ALMEIDA, 2016).

Quadro 2: Fatores de risco agrupados por categoria.

| | |
|--|--|
| PRÉ EXISTENTES | Tromboembolismo prévio; Trombofilias : Hereditárias/Adquiridas; Comorbidade: Câncer, cardiopatia, LES ativo, poliartropatia inflamatória, doença inflamatória intestinal, síndrome nefrótica, diabetes tipo I com nefropatia, doença falciforme, uso atual de drogas endovenosas. |
| OBSTÉTRICOS | Idade > 35 anos; Obesidade (IMC \geq 30kg/m ²) pré gestacional e no início da gestação; Paridade \geq 3; Tabagismo; Varizes maciças (sintomáticas, acima dos joelhos ou associada à flebite ou edema/ alterações cutâneas); Paraplegia; Gestação múltipla; Pré-eclâmpsia atual; Cesariana; Trabalho de parto prolongado (>24 horas); Fórceps médio rotacional; Natimorto; Parto pré-termo; Hemorragia pós-parto (> 1L/requerendo transfusão). |
| TRANSITÓRIOS POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS | Cirurgia durante gravidez ou puerpério (exceto reparo imediato de períneo); Hiperêmese, desidratação; Síndrome de hiperestimulação ovariana (somente no primeiro trimestre); Infecção sistêmica (pneumonia, infecção de ferida cirúrgica) que necessite de antibióticos ou internação hospitalar; Viagem de longa distância (\geq 4 horas). |

Fonte: Adaptado de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015) apud, Almeida (2016).

O tratamento farmacológico mais seguro no período gestacional é realizado através da utilização de Heparinas não fracionadas (HNF) e pelas Heparinas de baixo peso molecular (HBPM), pois não ultrapassam a barreira placentária e apresentam menor incidência de efeitos colaterais, além de dispensarem monitoramento durante o uso. Deve ser iniciado o mais rápido possível e descontinuado próximo ao momento do parto (ALMEIDA, 2016).

A administração endovenosa de tais medicamentos como a heparina não fracionada, em *bolus*, mostra-se promissora devido a sua característica benéfica para a gestante, além de não ultrapassar a barreira placentária, não provoca sangramentos do feto nem mesmo descolamento da placenta (SILVEIRA, 2002).

De acordo com Nascimento et al. (2017), a correta conduta do enfermeiro no uso de anticoagulantes, determina o sucesso do tratamento. O processo de enfermagem é crucial na qualidade da assistência, que envolve não somente a prevenção de agravos clínicos e um bom prognóstico, mas também a qualidade de vida das pacientes.

A intervenção do profissional enfermeiro no tratamento e prevenção da TVP em gestantes será feita, preferencialmente, a partir de metodologia não invasiva. Estas contemplam estratégias educacionais em saúde, responsáveis pela compreensão do

processo gestacional, na socialização e capacitação da gestante auxiliando para a autonomia da ação (BARBOSA; SILVA; SOUZA, 2018).

As ações que poderão ser executadas pelos profissionais de enfermagem, no tratamento da TVP, incluem o tratamento não farmacológico. Como a utilização de meias compressivas, cujas quais melhoram a função de bomba da panturrilha e diminuem o edema, além de otimizarem a microcirculação cutânea.

Em estudo a Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vasculare (2015), afirma que o uso de meias compressivas reduz a incidência de síndrome pós-trombótica em até 50%. Outra medida simples e que deve ser incentivada pela equipe de enfermagem, é a deambulação. Ao contrário do que se imagina, exercícios de marcha são seguros e eficazes na redução de sintomas agudos de TVP, bem como a realização de exercícios físicos regulares não aumentam sintomas em MMII em portadores de TVP, por sua vez, podem prevenir e até mesmo melhorar a STP.

A atenção direta à gestante realizada na consulta de Enfermagem durante o pré-natal, permite que o enfermeiro possa reconhecer sinais e sintomas próprios da TVP e propor cuidados de Enfermagem que reduzam a dor, o desconforto, o edema e possível evolução dos danos, do mesmo modo que através da orientação para o autocuidado a gestante possa lidar com a patologia de forma adequada (COSTA et al., 2007).

Compreender os processos característicos do período gestacional e seus possíveis riscos durante esse período, representa uma importante ferramenta de capacitação e autonomia de ações por parte da gestante. Neste sentido, a atuação do profissional enfermeiro possui relevante importância diante a TVP, pois é capaz de atuar de maneira preventiva, focado na elaboração de propostas e ações de âmbito técnico-educacionais que podem minimizar a utilização de procedimentos invasivos e contribuir para que estes sejam restritos às prescrições (BARBOSA; SILVA; SOUZA, 2018).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental o papel do profissional enfermeiro no processo de prevenção, diagnóstico e tratamento da TVP, pois este pode atuar tanto no rastreamento e

identificação de sinais e sintomas quanto no cuidado direto à gestante durante o pré-natal. O conhecimento aprimorado deste profissional é peça chave na identificação de fatores predisponentes e reconhecimento de sinais e sintomas da TVP.

Seu diagnóstico precoce, bem como as medidas profiláticas adotadas visam a redução do risco de complicações graves ou fatais e colaboram para uma melhor qualidade de vida para a gestante.

4. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D. M. **Tromboembolismo venoso associado à gestação e puerpério: fatores de risco e profilaxia uma revisão de literatura.** Universidade Federal do Maranhão. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Curso de Medicina. São Luís – Maranhão, 2016.

BARBOSA, D. C; SILVA, R. C; SOUZA, S. A.; Percepção da equipe de enfermagem quanto a deambulação precoce no puerpério na prevenção de trombose venosa profunda. Universidade São Francisco – USF. Curso de Enfermagem da Universidade São Francisco. Bragança Paulista – São Paulo, 2018.

BOLETIM MÉDICO WEINMANN. Como proceder à investigação laboratorial de trombofilias. **Prática clínica.** vol. 4, nº 2. 2015.

CARVALHO, S. S; OLIVEIRA, B, R; AMORIM, G. M. O. Assistência de enfermagem no tratamento da trombose venosa profunda em gestantes: revisão de literatura. **Rev. Uniandrade.** vol. 20, nº 2. pag. 99-106, 2018.

COSTA, F. L. P; MOURA, E. R. F; SILVA, R. M. M; SANTOS, Z. M. S. A. Trombose venosa profunda na gestação: conhecimento e prática profissional. **Rev. Enfermeria Global.** vol. 6, nº 1. pag. 1-13. 2007.

KALIL, J. A; JOVINO, M. A. C; LIMA, M. A; KALIL, R; MAGLIARI, M. E. R; DI SANTO, M. K. Investigação da trombose venosa na gravidez. **Jornal Vascular Brasileiro.** vol. 7, nº 1. pag. 28-37. 2008.

NASCIMENTO, D. I. M; OLIVEIRA, L. A. M; SOUZA, A. M. L; RIBEIRO, K. N; PINHEIRO, V. S. G; PAULO, M. M S; SALAZAR, F. M. O; COSTA, G. S; ARAUJO, E. B. Atuação do enfermeiro frente à trombose venosa profunda em puérperas. **Brazilian Journal of Surgery and clinical Research – BJSCR.** vol. 20, nº 3. pag. 74-78. 2017.

ORRA, H. A. **Trombose venosa profunda.** Trabalho para obtenção de título de membro titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões - CBC. Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <

<https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1340061483trombose.pdf>> Acesso em: 29 set. 2020.

PEREIRA, M. A. M; GOMES, M. G. P; MADUREIRA, P. N. B; SILVA, R. T; VILELA, R. V; SILVA, S. R; MARTINS, T. S. A; KRETTLI, W. S. C. Trombose venosa profunda proximal no puerpério. **Rev. Medicina de Minas Gerais**. vol. 21, nº 4. pag. 84-86. 2011.

PICON, J. D; AYALA DE SÁ, A. M. P. O. Alterações hemodinâmicas da gravidez. **Rev. Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**. vol. 14, nº 5. 2005.

PREHL, V. B; MOURA, G. L. C; DIAS, F. C. F; ROSA, R. T. A. S; JÚNIOR, A. F. C. Etiopatogenia e diagnóstico da trombose venosa profunda na gestação: revisão de literatura. **Rev. De Patologia do Tocantins**. vol. 5, nº 4. pag. 51-55. 2018.

SIGNOR, A. B. **Trombofilias na gestação**. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Artigo de Conclusão de Curso de Pós-Graduação em Hematologia Laboratorial. Ijuí - Rio Grande do Sul. 2013.

SILVEIRA, P. R. M. Trombose venosa profunda e gestação: aspectos etiopatogênicos e terapêuticos. **Jornal Vascular Brasileiro**. vol. 1, nº 1. pag. 65-70. 2002.

SIMÕES, C. F; BARROS, A. R; JUNIOR, D. M. Conhecimento de gestantes a respeito de fatores de risco e prevenção de complicações vasculares na gestação. **Rev. Iniciação Científica CESUMAR**. vol. 18, nº 1. pag. 55-62. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR. **Trombose venosa profunda: diagnóstico e tratamento**. Protocolo de Padronização de Condutas Médicas. Projeto Diretrizes SBACV. São Paulo – São Paulo, 2015. Disponível em < <https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/trombose-venosa-profunda.pdf>> Acesso em 29 set. 2020.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE CIRURGIA. **Tromboembolismo venoso: diagnóstico e tratamento**. Capítulo de Cirurgia Vascular. Lisboa – Portugal, 2015. Disponível em < https://www.spcir.com/wp-content/uploads/2016/06/Tromboembolismo_Venoso_Diagnostico_e_Tratamento_2015.pdf> Acesso em 29 set. 2020.

TORRES, C. O. **A relação entre o tromboembolismo venoso (TEV) e o ciclo gravídico**. Centro Universitário de Brasília – UniCEUB. Faculdade de Ciências da Educação e Saúde – FACES. Curso de Biomedicina. Brasília – Distrito Federal, 2017.