



PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



PROTOCOLO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

JOSÉ RENATO CASAGRANDE

Governador do Estado do Espírito Santo

NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR

Secretário de Estado da Saúde

QUELEN TANIZE ALVES DA SILVA

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPi

GLEIKSON BARBOSA DOS SANTOS

Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da Atenção à Saúde

JOSÉ TADEU MARINO

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

LUIZ CARLOS REBLIN

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

ERICO SANGIORGIO

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

Vitória, setembro de 2021.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Elaboração e informações:

Governo do Estado do Espírito Santo

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão,225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5630
Site : <https://saude.es.gov.br/>

Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão,225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 3347-5671
Site : <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: ssercas@saude.es.gov.br

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão,225
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.
Tel: (27) 5672-3347
Site : <https://saude.es.gov.br/>
E-mail: icepi@saude.es.gov.br

Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

Organização:

Elaine Cristina Campos Dallorto
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Laís Coelho Caser
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Margareth Pandolfi
Patrícia Rocha Vedova Pirola
Roberta Pedrini Cuzzuol
Sílvio José Santana

Autores:

Anna Carolina Cesana
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro
Karla Fazollo Paiva Dornelas
Laís Coelho Caser
Nélio Arthur de Paula Brandão
Roberta Pedrini Cuzzuol

Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torobay
Guilherme Campello





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SUMÁRIO

Introdução.....	01
Apresentação.....	02
Critérios de Prioridade.....	03
Lista de Abreviaturas.....	05
1. Pé Diabético.....	06
2. Suspeita de Hipertensão Renovascular.....	07
3. Aneurisma de Aorta Abdominal.....	07
4. Varizes de Membros Inferiores.....	09
5. Doença Arterial Obstrutiva Periférica.....	12
6. Tromboembolismo Venoso.....	13
7. Tromboembolismo Idiopático.....	14
8. Doenças de Vasos Extracranianos (Carótidas).....	16
9. Referências Bibliográficas.....	18





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutive, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”, com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial (Inciso I do Artigo 4º), fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando a integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos (Inciso V do Artigo 4º), incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando a estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuários do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I, e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: “(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)

(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)”

Capítulo II: “(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.(...)”

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Legenda dos Critérios de Prioridades: os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	Eletivo de alta prioridade: são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	Eletivo prioritário: são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	Prioridade eletiva não urgente: são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	Eletivo de rotina: são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAA	Aneurisma da Aorta Abdominal
AIT	Ataques Isquêmicos Transitórios
AP	Antero Posterior
APS	Atenção Primária à Saúde
ASLO	Anticorpo Antiestreptolisina O
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAC	Doença Arterial Coronariana
DAOP	Doença Arterial Obstrutiva Periférica
DM	Diabetes Mellitus
EAS	Elementos Anormais de Sedimento
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
ITB	Índice Tornozelo-Braquial
MMII	Membros Inferiores
PCR	Proteína C Reativa
PTTK	Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada
TAP	Tempo de Atividade da Protrombina
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TC	Tomografia Computadorizada
TVP	Trombose Venosa Profunda
USG	Ultrassonografia
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Angiologia e Cirurgia Vascular eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:
 - História da doença atual;
 - Sintomas e tempo de evolução
 - História patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial); e
 - História patológica familiar.
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

1. PÉ DIABÉTICO

1.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Pacientes com lesões isquêmicas, neuropáticas ou infecciosas no(s) pé(s) (úlceras);
- Ausência de pulsos periféricos nos membros inferiores;
- Claudicação intermitente;
- Dor isquêmica em repouso.

1.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Sinais e sintomas: detalhar condições descritas acima;
- Descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio;
- Descrever atendimentos prévios em emergência e conduta na ocasião (se realizado);
- Descrever as comorbidades, tabagismo, obesidade, dislipidemia;
- Medicamentos em uso, com registro da posologia;
- Resultados dos exames laboratoriais: creatinina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, Elementos anormais de Sedimento (EAS);
- Descrever os laudos de exames complementares com data: Ultrassonografia Abdominal Total (USG) com doppler arterial de Membros Inferiores (MMII), Raio X simples Antero Posterior (AP)/Perfil do pé, se deformidades em dedos e/ou do arco plantar, presença de alterações tróficas (escassez de pêlos, unhas dos pés quebradiças, pulsações diminuídas ou ausentes, hipotrofia do membro acometido, úlcera);
- Fazer diagnóstico diferencial com Hanseníase.

1.3. Prioridades para regulação:

- Presença de alterações tróficas no pé sem avaliação prévia do especialista;
- Claudicação intermitente (dor) com sintomas limitantes de atividades diárias.

1.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Presença de sinais flogísticos no pé (dor, edema e hiperemia) e febre;
- Úlceras agudas infectadas.



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

2. SUSPEITA DE HIPERTENSÃO RENOVASCULAR

2.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Dificuldade no controle pressórico com uso de três ou mais drogas;
- Pacientes com início de hipertensão abaixo dos 30 anos de idade ou início de hipertensão grave em pacientes acima de 55 anos de idade;
- Pacientes com hipertensão acelerada (piora súbita e persistente de hipertensão controlada previamente);
- Pacientes com edema agudo de pulmão recorrente;
- Pacientes com piora da função renal depois da administração de Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA) ou de agente Bloqueador do Receptor da Angiotensina (BRA);
- Rins com atrofia inexplicada ou com discrepância dos tamanhos entre os rins maior que 1,5 cm.

2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- História clínica detalhada (sinais e sintomas);
- Dados do exame físico:
 - Sopro nos flancos do abdome;
 - Sopro de aorta abdominal;
 - Alteração de pulsos;
 - Alterações de fundoscopia;
- Medicações em uso e posologias;
- Anexar e descrever resultados de exames laboratoriais, tais como: creatinina, dosagem de sódio, potássio, dosagem de renina, alterações no exame de urina.
- Anexar e descrever laudo (com data) de exames complementares: USG com doppler arterial abdominal de aorta e artérias renais.

2.3. Prioridades para regulação:

- Não se aplica.

2.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Não se aplica.

3. ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL (AAA)

3.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Aneurismas com diâmetro maior ou igual a 4,5 cm; ou
- Com expansão rápida (maior do que 1 cm no ano ou 0,5 cm em seis meses); ou
- Pacientes com outros aneurismas periféricos (artérias ilíacas, femorais ou poplíteas); ou
- Para acompanhamento com exame de imagem quando indisponível na Atenção Primária em Saúde (APS).

OBS: Aneurisma de Aorta Abdominal em paciente assintomático deve ser monitorado com exame de ultrassonografia abdominal total a cada seis meses na APS.



Como a grande maioria dos aneurismas de aorta abdominal só é descoberta em um exame físico de rotina ou em diagnósticos de imagem feitos por outras razões, é natural que se façam screenings (rastreios) para detecção do aneurisma ainda pequeno, podendo ser acompanhado em sua evolução e ainda íntegros, propiciando uma cirurgia eletiva.

Em geral, a maioria dos screenings é feita a partir dos 65 anos de idade (nos pacientes tabagistas, sugere-se iniciar o screening a partir dos 60 anos de idade) até a idade de 72 a 75 anos de idade, através de ultrassonografia de abdome e pelve.

3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio);
- Alterações ao exame físico;
- História familiar de doenças vasculares;
- Descrever atendimentos prévios em emergência e conduta na ocasião (se realizado);
- Medicamentos em uso, com posologia;
- Anexar e descrever laudo de exames complementares com data (se realizados);
- Presença de fatores de risco para ruptura de aneurisma, se presentes. Como por exemplo: DPOC, hipertensão, assimetria do saco aneurismático, sexo feminino e fumo.

3.3. Prioridades para regulação:

- Aneurisma com crescimento maior do que 0,3 cm em seis meses;
- Aneurismas maiores que 5 cm. A cirurgia deve ser reservada para aqueles pacientes que se tornam sintomáticos ou nos quais o aneurisma atinge 5,5 cm (para os aneurismas saculares, considerar cirurgia para aneurisma maior do que 4,5cm).

3.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Paciente apresentando dor de forte intensidade, constante e que não alivia com mudança de posição, geralmente em posição lombar ou epigástrica, associada à palidez e sudorese, com ou sem alterações hemodinâmicas;
- Aneurismas maiores que 5 cm com dor e/ou síncope associadas ao aneurisma.

OBS: A ruptura de um aneurisma de aorta abdominal deve ser considerada umas das mais frequentes causas de dor abdominal de início súbito, em pacientes com mais de 60 anos de idade. Se houver hipotensão arterial, o diagnóstico é quase definitivo.



ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COM ECOGRAFIA

Diâmetro do Aneurisma	Periodicidade do acompanhamento com ecografia
> 2,5 a 2,9 cm	Repetir exame em dez anos.
≥ 3 a 3,9 cm	Repetir exame a cada três anos.
≥ 4 a 4,9 cm	Repetir exame a cada doze meses (acima de 4,5 cm, encaminhar para Cirurgião Vascular avaliar benefício cirúrgico).
≥ 5,0 a 5,4 cm	Repetir exame a cada seis meses (encaminhar para Cirurgião Vascular avaliar benefício cirúrgico).

Quadro 1 – Orientação para acompanhamento de aneurisma de aorta abdominal com ecografia.

Fonte: Chaikof et al. (2018).

4. VARIZES DE MEMBROS INFERIORES (MMII)

4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Insuficiência venosa crônica (classificação CEAP C3 ou C4) refratária ao tratamento conservador na APS por seis meses – vide Classificação CEAP para Insuficiência Venosa Crônica (Quadro 2);

Entende-se por tratamento conservador:

- Uso regular de terapias compressivas, como meias elásticas de leve a moderada compressão durante o dia;
- Elevação dos membros inferiores pelo menos três vezes ao dia por quinze minutos;
- Atividade física (exercícios aeróbicos e de musculação);
- Drenagem linfática;
- Controle do peso corporal; e
- Cuidados com a pele.

OBS: A terapia sistêmica com medicações ou flebotônicos é controversa, mas pode ser benéfica para pacientes com sintomas refratários à terapia de compressão ou incapazes de tolerar a terapia de compressão.

- Insuficiência venosa crônica sem melhora, com terapêutica conservadora com vistas a procedimento cirúrgico;
- Todas as úlceras venosas de membros inferiores de classificação CEAP C5 ou C6 - vide Classificação CEAP para Insuficiência Venosa Crônica (Quadro 2);
- Paciente com quadro recorrente de Trombose Venosa Profunda (TVP):
 - Investigar trombofilia (avaliar encaminhamento ao Hematologista);
 - Investigar neoplasia do aparelho digestivo (Considerar Endoscopia Digestiva Alta (EDA)/Colonoscopia/USG de Abdome Total antes de encaminhar ao Gastroenterologista).



OBS: O controle da anticoagulação, em pacientes com trombose venosa profunda, deve ser manejado na APS.

4.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera, seu aspecto e se úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros);
- Dados relevantes da história clínica e do exame físico;
- Descrever episódio de tromboembolismo venoso prévio, se houver;
- Tratamento realizado para insuficiência venosa crônica (descrever tratamento conservador, medicamentos utilizados e tempo de duração);
- Se presença de úlcera crônica, descrever tratamento realizado;
- Anexar laudo de USG com doppler venoso, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

4.3. Prioridades para regulação:

- Presença de úlcera em membros inferiores (CEAP C5 ou C6) – se possível, solicitar ecodoppler venoso bilateral de membros inferiores, de veias ilíacas e veia cava;
- Presença de varizes de grosso calibre;
- Alterações tróficas, tais como: hiperpigmentação, eczema, lipodermatoesclerose e úlcera venosa em membros inferiores;
- Episódio de varicorragia prévia.

4.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita de trombose venosa profunda (presença de edema unilateral em membros inferiores, dor e empastamento na panturrilha);
- Tromboflebite superficial localizada próximo à junção safeno-femoral ou safeno-poplítea;
- Varicorragia não controlada com elevação do membro acometido e compressão local da veia;
- Quadro agudo de erisipela não controlado na rede.

CLASSIFICAÇÃO CEAP PARA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

Classificação Clínica (C)

C0	Sem sinais visíveis ou palpáveis para doença venosa
C1	Teleangiectasias, veias reticulares
C2	Veias varicosas
C3	Edema
C4	Alterações de pele (hiperpigmentação, eczema, lipodermatofibrose)





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

C5	Classe 4 com úlcera prévia curada
C6	Classe 4 com úlcera ativa
S	Sintomática, incluindo dor, prurido, irritação, sensação de peso.
A	Assintomática
Classificação Etiológica (E)	
EC	Congênita
EP	Primária
ES	Secundária (pós-trombótica, pós-traumática, entre outras)
EN	Sem causa identificada

Classificação Anatômica (A)	
AS	Veias superficiais
AD	Veias profundas
AP	Veias perforantes
AN	Sem localização identificada
Classificação Fisiopatológica (P)	
PR	Refluxo
PO	Obstrução
PR,O	Refluxo e obstrução
PN	Sem causa fisiopatológica identificada

Quadro 2 – Classificação CEAP para insuficiência venosa crônica.

Fonte: Scovell e Alguire (2020).



5. DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA (DAOP)

5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Pacientes tabagistas, diabéticos, com ausência de pulsos em membros inferiores e claudicação arterial ou que apresentem cianose/palidez de extremidades e alterações de temperatura;
- Doença arterial crônica sintomática com claudicação, mesmo em uso de vasodilatadores, antiagregantes plaquetários, realizando exercício físico apropriado, com controle dos fatores de risco cardiovascular, interrupção do tabagismo, tratamento do diabetes, hipertensão e dislipidemia.

5.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

Sinais e sintomas – descrever:

- Claudicação intermitente com dor muscular desencadeada pelo exercício, e se alivia ou não com repouso;
- Presença de alterações tróficas (escassez de pêlos, unhas dos pés quebradiças, pulsações diminuídas ou ausentes e hipotrofia no membro acometido);
- Alterações da perfusão periférica, impotência sexual / disfunção erétil (quando acometimento de artérias proximais – sistema aorto-ilíaco), úlceras, fissuras, necrose;
- Tempo de evolução, se amputações prévias e Índice Tornozelo-Braquial (ITB);
- Tratamento realizado na APS: se mudanças no estilo de vida, medicações em uso e posologia;
- Fatores de risco quando presentes:
 - Maiores de 60 anos de idade,
 - Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS),
 - Doença Arterial Coronariana (DAC),
 - Diabetes Mellitus (DM),
 - Dislipidemia,
 - Tabagismo,
 - Obesidade,
 - Sedentarismo,
 - Doença renal (dialítica ou não),
 - Doença cerebral vascular e
 - História familiar.

Exames Complementares:

- Exames laboratoriais: Hemograma, Tempo de Atividade da Protrombina (TAP) e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (PTTK), Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada, Creatinina, Colesterol total e frações, Triglicérides e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory);
- Anexar laudo de Ecodoppler arterial ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

5.3. Prioridades para regulação:

- Casos de doença mais avançada com:
 - Palidez da pele ou cianose de extremidades;
 - Dor nas pernas mesmo quando em repouso;
 - Redução da temperatura das pernas;



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- Parestesias; e
- Úlceras isquêmicas ou gangrena nos pés.

5.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência

- Suspeita de isquemia crítica aguda (palidez, baixa temperatura, ausência de pulso, dor em repouso que piora de intensidade, perda de força ou sensibilidade, parestesia ou paralisia do membro, gangrena úmida).

6. TROMBOEMBOLISMO VENOSO (TEV)

6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para a Cirurgia Vascular:

- Síndrome pós-trombótica com hipertensão venosa ambulatorial (insuficiência venosa secundária à trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa), refratária ao tratamento conservador na APS (terapia compressiva para reduzir o volume do membro e conseqüentemente diminuir o calibre venoso e com isso aumentar a capacidade de fluxo no sistema venoso – melhora hemodinâmica, drenagem linfática, exercícios para trabalhar bomba muscular para diminuir a hipertensão venosa).

6.2. Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Descrição do episódio de TEV, localização, conduta realizada na emergência e data do evento;
- Paciente em uso de anticoagulante (sim ou não);
- Apresenta episódios recorrentes de tromboembolismo venoso (sim ou não);
- Apresenta fatores de risco ou fatores desencadeantes para TEV (sim ou não);
- Se sim, descrever os fatores de risco: cirurgia e trauma; idade; história anterior de TEV; imobilidade; câncer; obesidade; gravidez e puerpério; presença de veias varicosas em membros inferiores; viagem de longa duração;
- Anexar laudo de exames realizados na investigação, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data.

6.3. Prioridades para regulação:

- Tromboembolismo venoso recorrente;
- Casos com dificuldades no manejo da anticoagulação;
- Pacientes com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratários ao tratamento conservador na APS.

6.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita clínica de Trombose Venosa Profunda (TVP) – vide Escore de Wells para TVP (Quadro 3);
- Suspeita clínica de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) – vide Escore de Wells para TEP (Quadro 4).



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

SUSPEITA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) - ESCORE DE WELLS PARA TVP	
Características clínicas	Pontos
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos)	1
Recente paralisia, paresia ou imobilização com gesso dos membros inferiores	1
Restrição ao leito recente por três ou mais dias ou cirurgia de grande porte nas últimas doze semanas (com necessidade de anestesia geral ou regional)	1
Aumento de sensibilidade ao longo do sistema venoso profundo	1
Edema em toda perna	1
Edema de panturrilha (> 3 cm) em relação à perna assintomática	1
Edema com cacifo na perna sintomática	1
Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
Episódio prévio documentado de TVP	1
Diagnóstico alternativo é tão provável quanto TVP	-2
Escore simplificado de probabilidade clínica para TVP <ul style="list-style-type: none">• 2 ou mais pontos – TVP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência, necessário ecografia venosa de membros inferiores em até quatro horas.• 1 ou 0 pontos – TVP pouco provável.	
Aplicar o escore em pessoas com suspeita clínica de TVP (edema de membro inferior e dor/aumento de sensibilidade a palpação de veias profundas).	

Quadro 3 – Suspeita de trombose venosa profunda (TVP) - Escore de Wells para TVP.
Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020).

SUSPEITA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) – ESCORE DE WELLS PARA TEP	
Características clínicas	Pontos
Sinais e sintomas de TVP (edema de membro inferior e dor a palpação de veias profundas)	3
Diagnóstico alternativo é menos provável que TEP (dor torácica, falta de ar ou hemoptise não é provavelmente explicado por outra condição clínica)	3
Frequência cardíaca > 100 batimentos por minuto	1,5
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia nas últimas quatro semanas	1,5
TVP ou TEP prévio	1,5
Hemoptise	1
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos seis meses ou cuidados paliativos)	1
Escore simplificado de probabilidade clínica para TEP <ul style="list-style-type: none">• Mais de 4 pontos – TEP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência.• 4 ou menos pontos – TEP pouco provável. Porém se a suspeita clínica é elevada, encaminhar para investigação em serviço de emergência.	
Aplicar o escore em pessoas com suspeita de TEP (como dor torácica, falta de ar ou hemoptise, não explicável por outra doença previamente conhecida e mais provável).	

Quadro 4 – Suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) – Escore de Wells para TEP.
Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020).





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

7. TROMBOEMBOLISMO IDIOPÁTICO

7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Não explicado por fatores de risco transitórios nos últimos três meses: cirurgia, trauma, imobilização (restrição ao leito ou pessoa que passa a maior parte do dia na cama ou cadeira), gravidez ou puerpério, uso de anticoncepcional hormonal; e
- Ausência de neoplasia ativa conhecida, diagnóstico de trombofilia ou história familiar de tromboembolismo venoso/trombofilias;
- Trombose retiniana não é considerada sítio incomum;
- Dor e edema em membros inferiores: excluir possíveis causas sistêmicas:
 - Sugere-se realizar Raio-X de coluna lombossacra para avaliar desvios de eixo;
 - Solicitar glicemia de jejum, hemograma, colesterol total e frações, triglicérides, Anticorpo Antiestreptolisina O (ASLO), Proteína C Reativa (PCR) para diagnóstico de distúrbios metabólicos.

7.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Sinais e sintomas;
- Informar se há doenças associadas, principalmente Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, e se estão compensadas.

7.3. Prioridades para regulação:

- Tromboembolismo venoso recorrente;
- Casos com dificuldades no manejo da anticoagulação;
- Pacientes com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratários ao tratamento conservador na APS.

7.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita clínica de Trombose Venosa Profunda (TVP) – vide Escore de Wells para TVP (Quadro 3);
- Suspeita clínica de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) – vide Escore de Wells para TEP (Quadro 4).

SUSPEITA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) - ESCORE DE WELLS PARA TVP	
Características clínicas	Pontos
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos)	1
Recente paralisia, paresia ou imobilização com gesso dos membros inferiores	1
Restrição ao leito recente por três ou mais dias ou cirurgia de grande porte nas últimas doze semanas (com necessidade de anestesia geral ou regional)	1
Aumento de sensibilidade ao longo do sistema venoso profundo	1
Edema em toda perna	1
Edema de panturrilha (> 3 cm) em relação à perna assintomática	1
Edema com cacifo na perna sintomática	1
Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
Episódio prévio documentado de TVP	1
Diagnóstico alternativo é tão provável quanto TVP	-2





AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

Escore simplificado de probabilidade clínica para TVP

- 2 ou mais pontos – TVP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência, necessário ecografia venosa de membros inferiores em até quatro horas.
- 1 ou 0 pontos – TVP pouco provável.

Aplicar o escore em pessoas com suspeita clínica de TVP (edema de membro inferior e dor/aumento de sensibilidade a palpação de veias profundas).

Quadro 3 – Suspeita de trombose venosa profunda (TVP) - Escore de Wells para TVP.

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020)

SUSPEITA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) – ESCORE DE WELLS PARA TEP	
Características clínicas	Pontos
Sinais e sintomas de TVP (edema de membro inferior e dor a palpação de veias profundas)	3
Diagnóstico alternativo é menos provável que TEP (dor torácica, falta de ar ou hemoptise não é provavelmente explicado por outra condição clínica)	3
Frequência cardíaca > 100 batimentos por minuto	1,5
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia nas últimas quatro semanas	1,5
TVP ou TEP prévio	1,5
Hemoptise	1
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos seis meses ou cuidados paliativos)	1
Escore simplificado de probabilidade clínica para TEP	
• Mais de 4 pontos – TEP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência.	
• 4 ou menos pontos – TEP pouco provável. Porém se a suspeita clínica é elevada, encaminhar para investigação em serviço de emergência.	
Aplicar o escore em pessoas com suspeita de TEP (como dor torácica, falta de ar ou hemoptise, não explicável por outra doença previamente conhecida e mais provável).	

Quadro 4 – Suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) – Escore de Wells para TEP.

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020).

8. DOENÇAS DE VASOS EXTRACRANIANOS (CARÓTIDAS): ESTENOSE DE CARÓTIDA SINTOMÁTICA

8.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Suspeita ou diagnóstico de estenose de carótidas;
- Se obstrução maior que 70% ao USG com doppler e indicação de intervenção pelo neurologista.

Considerações importantes :

- Inicialmente, é preciso que sejam excluídas as causas de sintomas neurológicos não associadas a doença vascular oclusiva;
- Todos os pacientes devem ter história e exame físico geral registrados;
- Na história deve-se registrar a presença de comorbidades tais como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença coronariana e medicamentos de uso continuado;



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- Deve-se proceder o exame clínico cuidadoso e com especial atenção aos exames cardiológico, angiológico e neurológico; e
- Exame vascular com palpação e ausculta para verificar sopros nos troncos supra-aórticos, carótidas, membros superiores, artérias do abdome e membros inferiores.

8.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- Sinais e sintomas (déficit motor, déficit sensitivo, dificuldade na articulação da palavra, déficit de linguagem, alterações de coordenação, diplopia, ptose palpebral anisocoria, nistagmo, vertigem, disartria, disfagia, deterioração mental ou Ataque Isquêmico Transitório (AIT)/ Acidente Vascular Cerebral (AVC) há menos de seis meses);
- Dados relevantes do exame físico;
- Descrever laudo de exame de imagem (Tomografia Computadorizada (TC) de crânio), com data (se houver);
- Descrever laudo de ecocardiograma, com data (se houver);
- Descrever laudo de ecodoppler de carótidas e de vertebrais, com data (se houver);
- Descrever comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia).

8.3. Prioridades para regulação:

- Aterosclerose carotídea maior do que 70%, sintomática (AVC ou AIT recentes).

8.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita de AVC ou AIT agudos.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Protocolos de encaminhamento para cirurgia vascular. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulusus/>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MAFFEI, FRANCISCO H. DE A. - Lastória, Sidnei - Yoshida, Winston B. - Rollo, Hamilton A. – Giannini, Mariangela-Moura, Regina. Doenças Vasculares Periféricas, 2015.

BELCZAK, S. Q. (ed.). Cirurgia endovascular e angiorradiologia. Rio de Janeiro: Rubio, 2016

BERGER, J. S.; DAVIES, M. G. Overview of lower extremity peripheral artery disease. Waltham (MA): UpToDate, 21/01/2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-lower-extremity-peripheral-artery-disease>. Acesso em: 19/07/2021.

BRITO, CARLOS JOSE DE. Cirurgia Vascular: Cirurgia Endovascular, Angiologia. Editora: Revinter, 2020.

CARRIER, M. et al. Screening for occult cancer in unprovoked venous thromboembolism. New England Journal of Medicine, Boston, v. 373, n. 8, p. 697-704, 2015. DOI 10.1056/NEJMoa1506623. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26095467/>. Acesso em: 19 jul. 2021.

CHAIKOF, E. L. et al. The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. Journal of Vascular Surgery, St. Louis, v. 67, n. 1, p. 2-77, Jan. 2018. DOI 10.1016/j.jvs.2017.10.044. Disponível em: [https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214\(17\)32369-8/abstract](https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(17)32369-8/abstract). Acesso em: 19 jul. 2021.

DUNCAN, B. B. et al. (ed.) Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FONTAINE R, Kim M, Kieny R. [Surgical treatment of peripheral circulation disorders.] Helv Chir Acta 1954;21:499-533.

KAHN, S. R.; MATHES, B. M. Post-thrombotic (postphlebotic) syndrome. Waltham (MA): UpToDate, 9 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/post-thrombotic-postphlebotic-syndrome>. Acesso em: 19 jul. 2021.

LIP, G. Y. H.; HULL, R. D. Overview of the treatment of lower extremity deep vein thrombosis (DVT). Waltham (MA): UpToDate, 19 Feb. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-lower-extremity-deep-vein-thrombosis-dvt>. Acesso em: 19 jul. 2021.

MCGEE SR, Boyko EJ. Physical examination and chronic lower-extremity ischemia: a critical review. Arch Intern Med. 1998 Jun 22;158(12):1357-64.

MITCHELL, M. E.; CARPENTER, J. P. Clinical features and diagnosis of acute lower extremity ischemia. Waltham (MA): UpToDate, 1 May 2020. Disponível em:



AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

<https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-anddiagnosis-of-acute-lower-extremity-ischemia>. Acesso em: 19 jul. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Varicose veins in the legs: the diagnosis and management of varicose veins. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0071373/pdf/PubMedHealth_PMH0071373.pdf. Acesso em: 19 jul. 2021.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Venous thromboembolic diseases: diagnosis, management and thrombophilia testing. London: National Institute for Health and Care Excellence, 26 Mar. 2020. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng158>. Acesso em: 19 jul. 2021.

RUTHERFORD RB, Baker JD, Ernst C, Johnston KW, Porter JM, Ahn S. Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. J Vasc Surg 1997;26:517-38.

