

MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada

Volume 15

Cirurgia Vascular

Brasília - DF
2022



MINISTÉRIO DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Protocolos de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada

Volume 15



Cirurgia Vascular

Brasília - DF
2022





Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: bvsmms.saude.gov.br.

Tiragem: 1ª edição – 2022 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção Primária à Saúde

Departamento de Saúde da Família

Esplanada dos Ministérios, bloco G, Ed. Sede, 7º andar, Zona Cívico-Administrativa

CEP: 70058-900 – Brasília/DF

Tels.: (61) 3315-9044 / 3315-9096

Site: <https://aps.saude.gov.br/>

E-mail: desf@saude.gov.br

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul

Av. Borges de Medeiros, 1.501, 6º andar, Bairro Praia de Belas

CEP: 90110-150 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 3288-5800

Site: <http://www.saude.rs.gov.br/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

TelessaúdeRS-UFRGS

Rua Dona Laura, 320, 1101, Bairro Rio Branco

CEP: 90430-090 – Porto Alegre/RS

Tel.: (51) 3333-7025

Site: www.telessaunders.ufrgs.br

E-mail: contato@telessaunders.ufrgs.br

Supervisão Geral:

Renata Maria de Oliveira Costa

Alexandre Borges Fortes

Karoliny Evangelista de Moraes Duque

Arita Bergmann

Coordenação Geral:

Roberto Nunes Umpierre

Natan Katz

Renata Maria de Oliveira Costa

Coordenação científica:

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Organização:

Ana Célia da Silva Siqueira

Ana Cláudia Magnus Martins

Elise Botteselle de Oliveira

Luíza Emília Bezerra de Medeiros

Rudi Roman

Elaboração de texto:

Carlos Eduardo Mantese

Dimitris Rucks Varvaki Rados

Elise Botteselle de Oliveira

Guilherme Santiago

Josué Basso

Milena Rodrigues Agostinho Rech

Natan Katz

Priscila Raupp da Rosa

Renata Rosa de Carvalho

Rudi Roman

Sofia Dalpian Kuhn

Willian Roberto Menegazzo

Revisão técnica:

Ana Cláudia Cardoz Chave

Francy Webster de Andrade Pereira

Helissa de Oliveira Mendonça Moreira

Rafaela da Costa Santin

Sara Araújo da Silva

Ticiane da Costa Rodrigues

Karoliny Evangelista de Moraes Duque

Bruna Gisele de Oliveira

Emelise Rodrigues Gobbi

Stéphany Walk de Araújo Martins

Hannah Carolina Tavares Domingos

Raquel Barbosa Miranda

Projeto gráfico, design e capa:

Michelle Iashmine Mauhs

Diagramação

Michelle Iashmine Mauhs

Normalização:

Geise Ribeiro da Silva

Daniel Pereira Rosa – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Cirurgia Vascular [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.
17 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção primária para à atenção especializada ; v. 15)

Modo de acesso: World Wide Web:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_atencao_especializada_v15_cirurgia_vascular.pdf

ISBN

1. Planejamento em saúde. 2. Equidade em saúde 3. Regulação assistencial. I. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. II. Título. III. Série

CDU 614

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2022/0046

Título para indexação:

Vascular Surgery

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	4
INTRODUÇÃO	5
CIRURGIA VASCULAR ADULTO.....	6
Protocolo 1 – Tromboembolismo Venoso (TEV).....	7
Protocolo 2 – Insuficiência Venosa Crônica.....	8
Protocolo 3 – Doença Arterial Periférica.....	9
Protocolo 4 – Aneurisma da Aorta	10
Protocolo 5 – Doenças dos Vasos Extracranianos.....	11
REFERÊNCIAS.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	12
APÊNDICE	16

APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), que se caracteriza, entre outras diretrizes, como porta de entrada preferencial do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para isso, é fundamental que a APS tenha alta resolutividade, o que, por sua vez, depende do acesso facilitado, da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da APS com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Sabemos, por outro lado, que o serviço especializado, sobretudo seu componente ambulatorial, é um lugar marcado por diferentes gargalos que dificultam o acesso ao serviço. Isso decorre de elementos como o modelo de atenção adotado, o dimensionamento e a organização das ofertas e do grau de resolutividade da APS nos territórios. Tais entraves podem ser superados por meio de atendimentos resolutivos na APS e da qualificação dos encaminhamentos, o que pode otimizar o processo de regulação do acesso (desde os serviços solicitantes até as centrais de regulação), além de organizar os serviços prestados pela atenção especializada.

Neste material, toma-se como foco a APS, em especial alguns aspectos presentes no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados, que são abordados sob a forma de protocolos de encaminhamento. É bem verdade que tais protocolos, para se efetivarem e terem maior potência, precisam ser articulados a processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) - tais como gestão de filas de espera próprias da UBS/USF e dos exames e consultas descentralizados/programados, por exemplo - e que propiciem a comunicação entre UBS/USF, centrais de regulação e serviços especializados (pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros). Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articuladas às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.

Nesse contexto, os protocolos de encaminhamento são, ao mesmo tempo, ferramentas de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

É com essa clareza, e contando com a parceria de um grupo de profissionais fundamentais ao Sistema Único de Saúde (SUS) vinculados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), que o Ministério da Saúde (MS) oferta os protocolos de encaminhamento para os gestores e trabalhadores do SUS. Esperamos que esta seja mais uma das estratégias que cooperam com o aumento da resolutividade, da capacidade de coordenação do cuidado e da legitimidade social da Atenção Primária. Mãos à obra!

Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde (Saps/MS)

Departamento de Saúde da Família (Desf/Saps/MS)

Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS)

TelessaúdeRS-UFRGS

INTRODUÇÃO

A regulação da assistência à saúde tem a função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde, em especial a alocação prioritária, em tempo oportuno, de consultas médicas e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco, necessidade e/ou indicação clínica oriundos dos diversos serviços de saúde. Complementarmente, a regulação deve servir de filtro aos encaminhamentos desnecessários, devendo selecionar o acesso dos pacientes às consultas e/ou procedimentos apenas quando eles apresentem indicação clínica para realizá-los. Essa ação de filtro deve provocar a ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na APS, evitando a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários (prevenção quaternária). Além disso, otimiza o uso dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

O cumprimento dessas funções depende, entretanto, do conhecimento de informações mínimas sobre o paciente para determinar a necessidade da consulta no serviço ou do procedimento especializado, incluindo a respectiva classificação de risco do problema de saúde em questão. Nesse sentido, o desenvolvimento de protocolos para os principais motivos de encaminhamento de cada especialidade ou para os principais procedimentos solicitados facilita a ação da regulação.

Importante ressaltar a necessidade de estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre as equipes da atenção primária com outros pontos de atenção. Ao encaminhar o usuário para cuidados especializados temporários ou prolongados, é importante que as equipes da atenção primária possam compartilhar informações sobre o itinerário de cuidado na RAS.

Os protocolos de encaminhamento têm por objetivo orientar os profissionais que atuam na APS e responder a duas questões importantes para o médico regulador. São elas:

1. O paciente tem indicação clínica para ser encaminhado ao serviço especializado?
2. Quais são os pacientes com condições clínicas ou motivos de encaminhamento que devem ter prioridade de acesso?

Para responder a primeira pergunta, é fundamental que a gestão, em parceria com a regulação e com os pontos de atenção envolvidos, estabeleça quais são, dentro de cada especialidade ou de cada motivo de encaminhamento, os pacientes que precisam ser avaliados pelo serviço especializado e aqueles que não têm necessidade de atendimento em outro nível de atenção e podem ser manejados na APS.

Algumas condições clínicas são do campo de atuação de mais de uma especialidade. Nesses casos, o médico regulador deve conhecer as características dos serviços de referência e, na medida do possível, redirecionar os encaminhamentos para as especialidades com maior resolutividade e/ou menor demanda. Dessa forma, desde que atendidos os princípios de responsabilização clínica, economia de escala e resolutividade do serviço de referência diante do problema encaminhado, em um plano posterior, é garantido o conforto de deslocamento do paciente.

A identificação de encaminhamentos fora dos protocolos ou imprecisos (com definição duvidosa) deve ser acompanhada, quando possível, de atividades de apoio matricial, a partir dos núcleos de telessaúde e de outras ações pedagógicas, conforme a realidade de cada território. Nesses casos, identificamos um momento oportuno para o aprendizado e o auxílio dos profissionais, por meio de teleconsultoria dirigida ao diagnóstico e/ou ao manejo. A recusa do encaminhamento equivocado, aliada à discussão do caso clínico em questão, pode ser um ótimo instrumento de desenvolvimento profissional contínuo. Isso porque tal recusa é centrada na observação de uma necessidade concreta de aprendizado do médico da APS, com potencial de aumentar sua resolutividade no caso discutido e em questões futuras semelhantes.

CIRURGIA VASCULAR ADULTO

Os motivos de encaminhamento aqui selecionados são os mais prevalentes para pacientes adultos encaminhados para a especialidade Cirurgia Vascular. Ressalta-se que outras situações clínicas, ou mesmo achados no histórico e no exame físico dos pacientes, podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas no momento do encaminhamento.

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. Falta de condições para prover investigação adequada também deve ser considerada como indicação do encaminhamento para o serviço especializado.

Pacientes com aneurismas de aorta maiores que 5 cm, isquemia crítica de membro (após avaliação em emergência) ou estenose carotídea com indicação cirúrgica (se paciente apresentou AVC/AIT há menos de 6 meses) devem ter preferência no encaminhamento ao cirurgião vascular quando comparados a outras condições clínicas previstas neste protocolo. Esses critérios devem ser adaptados conforme a necessidade da regulação local, após avaliação de recursos disponíveis na RAS.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico da atenção primária coordenar o cuidado, tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado em tempo oportuno e de forma segura, conforme sua avaliação.

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta ao serviço especializado, o documento de referência com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento, as receitas dos medicamentos em uso e os exames complementares recentes.

Protocolo 1 – Tromboembolismo Venoso (TEV)

Não há indicação de encaminhar para cirurgia vascular pacientes com trombose venosa para controle de anticoagulação. Esse manejo deve ser realizado na Atenção Primária à Saúde.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- suspeita clínica de trombose venosa profunda (TVP) (ver [quadro 1](#) no apêndice); ou
- suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) (ver [quadro 2](#) no apêndice).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Cirurgia Vascular:

- síndrome pós-trombótica (insuficiência venosa secundária a trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratária ao tratamento conservador na APS (exercícios, elevação de membros, terapia compressiva) por 6 meses.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Hematologia ou para a Medicina Interna:

- episódio de TEV idiopático¹ em pessoa com uma ou mais das seguintes características:
 - episódio de TEV ocorreu em pessoa antes dos 45 anos; ou
 - história familiar de TEV antes dos 45 anos em familiar de primeiro grau; ou
 - TEV em sítio incomum² (veia mesentérica, portal, hepática ou cerebral).
- TEV recorrente (dois ou mais eventos tromboembólicos).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. descrição do episódio de TEV, localização, conduta realizada na emergência e data do evento;
2. paciente em uso de anticoagulante (sim ou não);
3. apresenta episódios recorrentes de tromboembolismo venoso (sim ou não);
4. apresenta fatores de risco ou fatores desencadeantes para TEV (sim ou não). Se sim, descreva;
5. resultado de exames realizados na investigação, com data;
6. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

¹ Tromboembolismo idiopático:

- não explicado por fatores de risco transitórios nos últimos 3 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.

² Trombose retiniana não é considerada sítio incomum.

Protocolo 2 – Insuficiência Venosa Crônica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Cirurgia Vascular:

- insuficiência venosa crônica grave (classificação CEAP C3 a C5 – ver [quadro 3](#) no apêndice) refratária ao tratamento conservador¹ na APS por 6 meses; ou
- úlcera venosa crônica (CEAP 6 – ver [quadro 3](#) no apêndice).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Dermatologia:

- paciente com úlcera crônica e suspeita de etiologia não vascular (ex: vasculite, infecção, neoplasia).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros);
2. episódio de tromboembolismo venoso prévio? (sim ou não). Se sim, descreva;
3. tratamento conservador realizado para insuficiência venosa crônica (descreva tratamento conservador, medicamentos utilizados e tempo de duração). Se presença de úlcera crônica, descreva tratamento realizado;
4. resultado de ecografia com doppler venoso, se realizada, com data;
5. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

¹ Tratamento conservador para insuficiência venosa crônica consiste em, principalmente, uso regular de terapias compressivas, como meias ou ataduras elásticas, elevação dos membros inferiores, atividade física (ex. caminhadas e exercícios de flexão de tornozelo) e cuidados com a pele. A terapia sistêmica com medicações venoativas é controversa, mas pode ser benéfica para pacientes com sintomas refratários à terapia de compressão ou incapazes de tolerar a terapia de compressão.

Protocolo 3 – Doença Arterial Periférica

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- suspeita de isquemia crítica aguda do membro de início recente (dor constante em repouso, palidez, ausência de pulso, membro mais frio em relação ao contralateral, alteração de sensibilidade ou força, parestesia e paralisia do membro, sinais de gangrena).

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Cirurgia Vascular:

- doença arterial crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro (dor crônica em repouso, úlcera arterial ou gangrena)¹; ou
- doença arterial crônica sintomática com claudicação que limita as atividades diárias refratária ao tratamento conservador por 6 meses (tratamento farmacológico, exercício físico apropriado, antiagregante plaquetário, controle de fatores de risco cardiovascular - cessar tabagismo, tratamento de diabetes, hipertensão e dislipidemia).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (ausência de pulsos, atrofia da musculatura, perda de pelos, presença de lesão trófica, presença de necrose, tempo de evolução, amputações prévias);
2. fatores de risco (HAS, dislipidemia, tabagismo, diabetes, doença cardiovascular, síndrome metabólica);
3. tratamento realizado na APS (exercício, medicações em uso, com posologia, mudanças no estilo de vida);
4. resultado de ecodoppler arterial com data, se realizado;
5. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

¹ Considerar avaliação em caráter emergencial se 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).

Protocolo 4 – Aneurisma da Aorta

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- suspeita ou diagnóstico de ruptura de aneurisma da aorta; ou
- paciente com aneurisma não roto que apresenta suspeita de ruptura iminente, progressão/ complicação aguda ou sintomas não controláveis.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Cirurgia Vascular:

- aneurisma sintomático não roto da aorta abdominal, excluídas outras causas para os sintomas e não operados após avaliação em serviço de emergência; ou
- aneurisma da aorta abdominal assintomático:
 - 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 6 meses); ou
 - em paciente com outros aneurismas periféricos (artérias ilíacas, femorais ou poplíteas); ou
 - para acompanhamento com exame de imagem quando indisponível na APS (ver periodicidade no [quadro 4](#) no apêndice).
- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Cirurgia Cardíaca:
- aneurisma da aorta torácica não roto sintomático, excluídas outras causas para os sintomas e após avaliação em serviço de emergência; ou
- aneurisma da aorta torácica assintomáticos com diâmetro maior ou igual a 5,5 cm ou com crescimento maior que 0,5 cm no ano; ou maior que 4,5 cm para pacientes com síndromes genéticas¹ ou válvula aórtica bicúspide.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, alterações ao exame físico);
2. descrever atendimento prévio em emergência, se realizado, e conduta na ocasião;
3. medicamentos em uso, com posologia;
4. resultados de exames complementares, como raio-X de tórax, ecocardiografia, tomografia, ressonância magnética, com data (se disponíveis);
5. presença de fatores de risco para ruptura de aneurisma, se presentes;
6. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

¹ Marfan, Ehlers-Danlos vascular e Síndrome de Turner. Loeys-Dietz pode indicar encaminhamento com diâmetros a partir de 4 cm.

Protocolo 5 – Doenças dos Vasos Extracranianos

Não se recomenda ecografia de carótidas de rotina como método de rastreamento para doença cardiovascular.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço de urgência/emergência:

- suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) ou Acidente Isquêmico Transitório (AIT) agudo.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Neurologia:

- AVC hemorrágico sem etiologia definida; ou
- AVC isquêmico ou AIT em paciente com menos de 45 anos; ou
- AVC isquêmico ou AIT com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência (ecodoppler de carótidas, ecocardiograma, eletrocardiograma); ou
- AVC isquêmico ou AIT com evidência de obstrução de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, entre 50% a 69%; ou
- estenose de carótida assintomática¹ maior que 70%.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para a Cirurgia Vascular ou Neurocirurgia:

- AVC isquêmico ou AIT em paciente com estenose de carótida, ipsilateral à lesão cerebral, maior ou igual a 70%, que não foi submetido a procedimento cirúrgico emergencial no momento do diagnóstico; ou
- estenose de carótida assintomática¹ maior que 70%, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios pelo neurologista.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. presença de AVC ou AIT prévio (sim ou não). Se sim, descreva data do evento, quando conhecida;
2. resultado de exame de imagem (TC de crânio) com data (se realizado);
3. resultado de ecocardiograma com data (se realizado);
4. resultado de ecodoppler de carótidas (se realizado);
5. comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia) (sim ou não). Se sim, quais;
6. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com o Telessaúde.

¹ Sintomas associados à estenose de carótida correspondem a eventos isquêmicos (AVC e/ou AIT) nos últimos 6 meses. Vertigem, síncope e cefaleia usualmente não caracterizam sintomas dessa condição.

REFERÊNCIAS

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/fulltext](https://www.jvascsurg.org/article/S0741-5214(17)32369-8/fulltext). Acesso em: 23 fev. 2022.

KABNICK, L. S.; SCOVELL, S. Overview of lower extremity chronic venous disease. Waltham (MA): UpToDate, 22 Sep. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-lower-extremity-chronic-venous-disease>. Acesso em: 30 ago. 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: 30 ago. 2021.

BIBLIOGRAFIA

BAUER, K. A.; LIP, G. Y. H. **Evaluating adult patients with established venous thromboembolism for acquired and inherited risk factors**. Waltham (MA): UpToDate, 27 May 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/evaluating-adult-patients-with-established-venous-thromboembolism-for-acquired-and-inherited-risk-factors>. Acesso em: 30 ago. 2021.

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, 20 Jan. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-lower-extremity-peripheral-artery-disease>. Acesso em: 30 ago. 2021.

BROTT, T. G. et al. 2011 ASA/ACCF/AHA/AANN/AANS/ACR/ASNR/CNS/SAIP/SCAI/SIR/SNIS/SVM/SVS Guideline on the management of patients with extracranial carotid and vertebral artery disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American Stroke Association, American Association of Neuroscience Nurses, American Association of Neurological Surgeons, American College of Radiology, American Society of Neuroradiology, Congress of Neurological Surgeons, Society of Atherosclerosis Imaging and Prevention, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of NeuroInterventional Surgery, Society for Vascular Medicine, and Society for Vascular Surgery. *Circulation*, Dallas, v. 124, n. 4, p. 489-532, 2011. Doi 10.1161/CIR.0b013e31820d8d78. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0b013e31820d8d78>. Acesso em: 23 fev. 2022.

BURKE, C. R. **Management of thoracic aortic aneurysm in adults**. Waltham (MA): UpToDate, 27 Abr. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-thoracic-aortic-aneurysm-in-adults>. Acesso em: 30 ago. 2021.

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.

CZERNY, M. et al. Editor's choice: current options and recommendations for the treatment of thoracic aortic pathologies involving the aortic arch: an expert consensus document of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) & the European Society for Vascular Surgery (ESVS). **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, Bourdeaux, v. 57, n. 2, p. 165-198, Feb. 2019.

DALMAN, R. L.; MELL, M. **Management of asymptomatic abdominal aortic aneurysm**. Waltham (MA): UpToDate, 24 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-asymptomatic-abdominal-aortic-aneurysm>. Acesso em: 30 ago. 2021.

DYNAMED. **Record No. T116329, Carotid artery stenosis**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T116329>. Acesso em: 30 ago. 2021.

DYNAMED. **Record No. T908572, thoracic aortic aneurysm**. Ipswich (MA): EBSCO Information Services, 30 Nov. 2018. Disponível em: <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T908572>. Acesso em: 30 ago. 2021.

DUNCAN, B. B. *et al.* (org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ERBEL, R. *et al.* 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). **European Heart Journal**, London, v. 35, n. 41, p. 2873-926, Nov. 2014. Disponível em: <https://academic.oup.com/eurheartj/article/35/41/2873/407693>. Acesso em: 30 ago. 2021.

FAIRMAN, R. M. **Management of asymptomatic carotid atherosclerotic disease**. Waltham (MA): UpToDate, 29 June. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-asymptomatic-carotid-atherosclerotic-disease>. Acesso em: 30 ago. 2021.

HIRATZKA, L. F.; BAKRIS, G. L.; BECKMAN, J. A. 2010 ACCF/AHA/AATS/ACR/ASA/SCA/SCAI/SIR/STS/SVM Guidelines for the diagnosis and management of patients with thoracic aortic disease: a report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, American Association for Thoracic Surgery, American College of Radiology, American Stroke Association, Society of Cardiovascular Anesthesiologists, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Interventional Radiology, Society of Thoracic Surgeons, and Society for Vascular Medicine. **Circulation**, Dallas, v. 121, n. 13, p. e266-e369, Apr. 2010. Doi 10.1161/CIR.0b013e3181d4739e. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0b013e3181d4739e>. Acesso em: 23 fev. 2022.

HIRSCH, A. T. *et al.* ACC/AHA 2005 Practice guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/ AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. **Circulation**, Dallas, v. 113, n. 11, p. e463-e654, mar. 2006. Doi 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174526. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.106.174526>. Acesso em: 23 fev. 2022.

- KABNICK, L. S.; SCOVELL, S. Overview of lower extremity chronic venous disease. Waltham (MA): UpToDate, 22 Sep. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-lower-extremity-chronic-venous-disease>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- 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: 30 ago. 2021.
- LIP, G. Y. H.; HULL, R. D. **Overview of the treatment of lower extremity deep vein thrombosis (DVT)**. Waltham (MA): UpToDate, 20 May 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-treatment-of-lower-extremity-deep-vein-thrombosis-dvt>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- MITCHELL, M. E.; CARPENTER, J. P. **Clinical features and diagnosis of acute lower extremity ischemia**. Waltham (MA): UpToDate, 11 Sep. 2020. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-acute-lower-extremity-ischemia>. Acesso em: 30 ago. 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, July 2013. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0071373/pdf/PubMedHealth_PMH0071373.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.
- NAYLOR, A. R. *et al.* Editor's choice: management of atherosclerotic carotid and vertebral artery disease: 2017 clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, Bourdeaux, v. 55, n. 1, p. 3-81, Jan. 2018. Doi 10.1016/j.ejvs.2017.06.021.
- NESCHIS, D. G.; GOLDEN, M. A. **Clinical features and diagnosis of lower extremity peripheral artery disease**. Waltham (MA): UpToDate, 2 Feb. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-diagnosis-of-lower-extremity-peripheral-artery-disease>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- PROJETO Diretrizes SBACV: aneurismas da aorta abdominal: diagnóstico e tratamento**. Responsável Calógero Presti. São Paulo: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Cardiovascular, dez. 2015. Disponível em: <https://sbacvsp.com.br/wp-content/uploads/2016/05/aneurismas-da-aorta-abdominal.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- PROJETO Diretrizes SBACV: doença arterial periférica obstrutiva de membros inferiores: diagnóstico e tratamento**. Responsável Calógero Presti. São Paulo: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Cardiovascular, nov. 2015. Disponível em: <https://sbacvsp.com.br/wp-content/uploads/2016/05/daopmmii.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- PROJETO Diretrizes SBACV: insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento**. Responsável Calógero Presti. São Paulo: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Cardiovascular, nov. 2015. Disponível em: <https://sbacv.org.br/wp-content/uploads/2018/02/insuficiencia-venosa-cronica.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- ROOKE, T. W. 2011 ACCF/AHA Focused Update of the guideline for the management of patients with peripheral artery disease (Updating the 2005 Guideline): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. **Circulation**, Dallas, v. 124, n. 18, p. 2020-2045, Sep. 2011.

WANHAINEN, A. *et al.* Editor's choice: European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2019: clinical practice guidelines on the management of abdominal aorto-iliac artery aneurysms. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, Bourdeaux, v. 57, n. 1, p. 8-93, Jan. 2019. Doi 10.1016/j.ejvs.2018.09.020. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1078588418306981>. Acesso em: 23 fev. 2022.

WITTENS, C.; *et al.* Editor's choice: management of chronic venous disease: clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, Bourdeaux, v. 49, n. 6, p. 678-737, June 2015. Disponível em: http://sscch.sk/portal/wp-content/uploads/2015/09/Guidelines-CHVO_ESVS_2015.pdf. Acesso em: 30 ago. 2021.

APÊNDICE

Quadro 1 – Suspeita de trombose venosa profunda (TVP) - Escore de Wells para TVP

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

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 3 ou mais dias ou cirurgia de grande porte nas últimas 12 semanas (com necessidade de anestesia geral ou regional)	1
Aumento de sensibilidade ao longo do sistema venoso profundo	1
Edema em toda a 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, necessária ecografia venosa de membros inferiores em até 4 horas.• 1 ou 0 pontos – TVP pouco provável.	

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

Quadro 2 – Suspeita de tromboembolismo pulmonar (TEP) – Escore de Wells para TEP

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).

Características clínicas	Pontos
Sinais e sintomas de TVP (edema de membro inferior e dor à 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 4 semanas	1.5
TVP ou TEP prévio	1.5
Hemoptise	1
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 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.	

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

Quadro 3 – Classificação CEAP para insuficiência venosa crônica

Classificação Clínica (C)	
C 0	Sem sinais visíveis ou palpáveis para doença venosa
C 1	Teleangiectasias, veias reticulares
C 2	Veias varicosas
C 3	Edema
C 4	Alterações de pele (hiperpigmentação, eczema, lipodermatofibrose)
C 5	Classe 4 com úlcera prévia curada
C 6	Classe 4 com úlcera ativa
S	Sintomática, incluindo dor, prurido, irritação, sensação de peso, entre outros
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 perfurantes
AN	Sem localização identificada
Classificação Fisiopatológica (P)	
PR	Refluxo
PO	Obstrução
PR,O	Refluxo e obstrução
PN	Sem causa fisiopatológica identificada

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

Quadro 4 – 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 10 anos.
3 a 3,9 cm	Repetir exame a cada 3 anos.
4 a 4,9 cm	Repetir exame a cada 12 meses (acima de 4,5 cm, encaminhar para cirurgião vascular avaliar benefício cirúrgico).
5,0 a 5,4 cm	Repetir exame a cada 6 meses (encaminhar para cirurgião vascular avaliar benefício cirúrgico).

Fonte: Chaikof *et al.* (2018).

Conte-nos o que pensa sobre esta publicação. [Clique aqui](#) e responda a pesquisa.

DISQUE
SAÚDE
136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
bvsms.saude.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS
do Brasil. Para esclarecer dúvidas ligue:

0800 644 6543



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

