



**PROTOCOLO DE
GESTÃO DA CLÍNICA E
REGULAÇÃO FORMATIVA
PARA ACESSO A
CONSULTAS ESPECIALIZADAS**

**ANGIOLOGIA E
CIRURGIA VASCULAR**

NOVEMBRO, 2020

Secretaria de Estado da Saúde



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
Subsecretario 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

RAFAEL GROSSI GONÇALVES PACÍFICO
Subsecretario de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

ORGANIZAÇÃO

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro, Karla Fazollo Paiva Dornelas, Margareth Pandolfi, Patricia Rocha Vedova e Roberta Pedrini Cuzzuol

COLABORAÇÃO**Médicos**

Nélio Arthur de Paula Brandão - Angiologia
Emerson de Arruda Brandão - Alergia
Suely Zanetti Brioshi Vieira - Alergia
Elen Tatiana Cruz Rangel - Cardiologia
Edilson de Castro Araujo - Cardiologia
Lilian Claudia Souza Angelo - Cardiologia
Rachel Bertolani do Espirito Santo - Dermatologia
Luciana Vieira de Paula - Dermatologia
Elida Alves Leal - Dermatologia
Renildes Leia Bertoli Gasparini - Dermatologia
Tania Regina Pova Canuto - Dermatologia
Telma Lucia Serra Guimaraes Macedo - Dermatologia
M^a Amélia Sobreira Gomes Julião - Endocrinologia
Eliane Marcia Vantil - Endocrinologia
Ana Maria de Almeida Castro - Gastrologia
Michelle do Carmo Siqueira Sampaio - Gastrologia
Karina Zamprogno de Souza - Gastrologia
Leonardo De Paula Liparizi - Neurologia
Gregory Pelicão - Neurologia
Sérgio Peneira Canedo - Oftalmologia
Patricia Grativol Costa Saraiva - Oftalmologia
Maria Do Rosario Souza - Oftalmologia
Rodrigo De Paula Laiola - Ortopedia
Roger Vieira da Silva - Ortopedia
Adriana Pereira Barcelos - Otorrinolaringologia
Rossana Pego - Otorrinolaringologia
Victor Araujo De Oliveira - Otorrinolaringologia
Tarciana Ribeiro Santos - Proctologia
Maria Cristina Alochio De Paiva - Pneumologia
Carla Cristiana De Castro Bulian - Pneumologia
Kristiane Rocha - Pneumologia

Edson De Assis Pantaleão - Psiquiatria
Leila Maria Farias - Psiquiatria
Marcelo Zouain de Almeida - Urologia
Orlando Cardoso Caetano - Urologia
Paulo Roberto Fernandes de Oliveira - Urologia

Médicos Reguladores

Ana Cristina Vervloet do Amaral - Dermatologia
Anna Carolina Cesana - Cirurgia Vascular
Carlos Magno Passos Pellegrini – Dermatologia
Caroline Secatto Tres
Elane Dellacqua Passos - Oftalmologia
Heron Souza Bomfim - Cardiologia
Janaína Ferreira Paulo - Geriatria
João Guilherme Tavares Marchiori - Ortopedia
Maria José Alves Barbera - Dermatologia
Mauricio Aquino Paganotti - Otorrinolaringologia
Mauricio Fazolo Puppim - Cirurgia Geral
Paulo Marcus Altoé
Pedro Cabral Filho - Cirurgia Geral
Raiane Marchesi Figueiredo - Reumatologia
Roberta Pedrini Cuzzuol - Anestesiologia
Sergio Rigquete Zacchi - Urologia

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação (ICEPi)

Fernanda Croce Pinheiro Loureiro - Medicina de Família e Comunidade
Karla Fazollo Paiva Dornelas - Medicina de Família e Comunidade
Laís Coelho Caser - Medicina de Família e Comunidade

Criação e *Design*

Margareth Pandolfi

Gestão da Clínica e Regulação Formativa

A Gestão da Clínica é um conjunto de tecnologias de micro gestão destinada a promover atenção à saúde com excelência e qualidade, centrada em pessoas, efetiva, estruturada e com base em evidências científicas, segura para as pessoas e para os profissionais, eficiente, oportuna, equitativa e humanizada. Sua Governança têm quatro dimensões: desempenho clínico e avaliação; desenvolvimento profissional; risco e segurança; e, valores e envolvimento do paciente.

As possíveis conexões entre Gestão, Atenção à Saúde e Educação (que se configuram no âmbito da Gestão da Clínica) podem ser compreendidas à luz da contemporaneidade social e, para que possamos conviver com esses desafios, é importante aprender e vivenciar a simultaneidade entre supostas certezas e incertezas, por meio de uma consciência crítica e aberta às mudanças e inovações.

No estado do Espírito Santo tais conexões/Gestão, Atenção à Saúde e Educação vêm se concretizando por meio de projetos e iniciativas do Instituto de Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), um instrumento de Educação e Atenção à Saúde, mediante as Residências profissionais e Editais de provimento e Bolsas de formação instrumentos de promoção, qualificação e expansão da Atenção Primária à Saúde e da Saúde da Família.

Com a mesma finalidade, mais recentemente foi idealizado o Programa de Regulação formativa. Sobre essa, é emergente que o processo de ensino e aprendizagem dê lugar às regulação e avaliação formativas, com o objetivo de ajudar os alunos e tutores a aprenderem, aprenderem a fazer e a se desenvolver.

A Regulação formativa, está fundamentada nos processos de aprendizagem, baseadas em seus aspectos cognitivos, afetivos e relacionais e na aprendizagem significativa e funcional aplicada em diversos contextos. Atentos a essas mudanças e inovações foi inevitável a adoção de novas práticas e conceitos de Gestão da Clínica e de Regulação formativa no Estado.

Apresentação

Desde a graduação tenta-se capacitar o médico não especialista para diagnosticar e tratar algumas alterações e doenças circulatórias, evitando assim impactos negativos na vida das pessoas, bem como para promover encaminhamentos qualificados ao especialista em Angiologia e Cirurgia vascular, especialidade que se dedica ao estudo e tratamento das doenças circulatórias.

Atualmente a demanda por consulta Ambulatorial de Angiologia e Cirurgia vascular tem aumentado, gerando longas filas de espera, e essas exigem critérios para classificação dos sintomas. Pensando no melhor atendimento aos usuários, redefiniu-se o Protocolo de Gestão da Clínica e de Regulação da Consulta com o Angiologista e Cirurgia vascular no Espírito Santo.

Trata-se do Protocolo para Gestão da Clínica e de Regulação para Encaminhamentos para a Especialidade de Angiologia e Cirurgia vascular, visando garantir a assistência integral à saúde dos pacientes, além de qualificar a triagem da demanda regulada melhorando assim o serviço ofertado ao usuário.

Lista de abreviaturas e siglas

AAA	Aneurisma da Aorta Abdominal
AIT	Ataques Isquêmicos Transitórios
AP	Antero Posterior
APS	Atenção Primária em Saúde
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
RAS	Rede de Atenção à Saúde
TAP	Tempo de Atividade da Protrombina
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TC	Tomografia Computadorizada
TVP	Trombose Venosa Profunda
USG	Ultrassonografia Abdominal Total
VDRL	Veneral Disease Research Laboratory

Sumário

1.	Pé Diabético.....	7
2.	Suspeita De Hipertensão Renovascular.....	7
3.	Aneurisma De Aorta Abdominal	7
4.	Varizes De Membros Inferiores.....	8
5.	Doença Arterial Obstrutiva Periférica.....	8
6.	Tromboembolismo Venoso.....	8
7.	Tromboembolismo Idiopático.....	8
8.	Doenças De Vasos Extracranianos (Carótidas): Estenose De.....	9
	Carótida Sintomática	

Motivos para encaminhamento com diagnóstico ou suspeita diagnóstica

Os principais motivos de encaminhamento para consulta Angiológica e para 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 com risco de comprometimento circulatório (exemplo, *diabetes mellitus* e hipertensão arterial), e história patológica familiar (com foco nas doenças circulatórias familiares). Também deve conter, se possível e dentro da realidade de cada local de trabalho, exame Angiológico sucinto, incluindo os exame(s) complementar(s) e/ou tratamento(s) Angiológica e Cirurgia vascular prévio(s) sejam relatados no encaminhamento.

1. PÉ DIABÉTICO

1.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

- Pacientes com lesões isquêmicas, neuropáticas ou infecciosas no pé (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 posologia;
- Resultados dos exames laboratoriais: creatinina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, Elementos anormais de Sedimento (EAS);
- Descrever laudo 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 ou do arco plantar, ou lesões 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 lesão trófica no pé sem avaliação prévia do especialista;

- Claudicação intermitente (dor) com sintomas limitantes de atividades diárias.

1.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

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

1.5. APS como ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar

- Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

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 < 30 anos de idade ou início de hipertensão grave em pacientes > 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 do angiotensinogênio ou de agente bloqueador do receptor da angiotensina;
- Rins com atrofia inexplicada ou com discrepância dos tamanhos entre os rins > 1,5 cm.

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

- 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 posologia;
- Anexar resultados de exames laboratoriais, tais como: creatinina, dosagem de sódio, potássio, dosagem de renina, alterações no exame de urina.
- Anexar 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 deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

- Não se aplica.

2.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar

- Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

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: AAA em paciente assintomático (deve ser monitorado com USG abdominal total a cada seis meses na APS)

- Como a grande maioria dos AAA só é descoberta em um exame físico de rotina ou em diagnósticos de imagem feitos por outras razões, é natural que se faça *screenings* para detectar o 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 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 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 em que o aneurisma atinge 5,5 cm.

3.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

Paciente apresenta dor de forte intensidade, constante e que não alivia com mudança de posição, geralmente em posição lombar ou epigástrica, associado a palidez e sudorese, com ou sem alteração hemodinâmica. A ruptura de um AAA 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.

3.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar

- Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

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: o Tratamento conservador: uso regular de terapias compressivas, como meias elásticas de leve a moderada compressão durante o dia, elevação dos membros inferiores pelo menos 3 x ao dia por 15 minutos, atividade física (exercícios aeróbicos e de musculação), drenagem linfática, controle do peso corporal e cuidados com a pele.

A terapia sistêmica com medicações ou flebotônicas 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 MMII de classificação CEAP 5 ou 6;
- Paciente com quadro recorrente de Trombose Venosa Profunda (TVP): o Investigar trombofilia (avaliar encaminhamento ao Hemato); o Investigar neoplasia do aparelho digestivo (Considerar Endoscopia Digestiva Alta (EDA)/Colono/USG de Abdome Total antes de encaminhar ao Gastro).

OBS: O controle da anticoagulação, em pacientes com TVP, 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) 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 MMII (CEAP 5 ou 6)
 - Caso haja possibilidade, solicitar *ecodoppler* venoso bilateral de MMII, de veias ilíacas e veia cava.
- Presença de Varizes de grosso calibre; lesões tróficas-hiperpigmentação, eczema, lipodermatoesclerose e úlcera venosa em membros inferiores.
- Episódio de varicorragia prévia.

4.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência

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

4.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar

- Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

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. o Uso de cilostazol, exercício físico apropriado, antiagregante plaquetário, controle dos fatores de risco cardiovascular - cessar 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: claudicação intermitente com dor muscular desencadeada pelo exercício e se alivia ou não com repouso, presença de lesões 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 acomete artérias proximais - aorto ilíaco), úlceras, fissuras, necrose. Descrever o tempo de evolução, se amputações prévias e Índice Tornozelo-Braquial (ITB);
- Fatores de risco: 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 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 *Veneral Disease Research Laboratory* (VDRL);
- Tratamento realizado na APS: se mudanças no estilo de vida, medicações em uso e posologia;
- 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, parestesias e úlceras isquêmicas ou gangrena nos pés.

5.4. Condições clínicas que deve encaminhar 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).

5.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar

- Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

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 a 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, descreva; 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

- TEV recorrente; casos com dificuldades no manejo da anticoagulação;
- Pacientes com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratária ao tratamento conservador na APS.

6.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita clínica de TVP;

- Suspeita clínica de TEP.

6.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar:

- Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

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:
o Sugere-se realizar RX de coluna lombo-sacra para avaliar desvios de eixo; o Solicitar glicemia de jejum, hemograma, colesterol total e frações, triglicérides, anti-estreptolisina O, 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 HAS e DM, e se estão compensadas.

7.3. Prioridades para regulação

- TEV recorrente; casos com dificuldades no manejo da anticoagulação;
- Pacientes com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratária ao tratamento conservador na APS.

7.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita clínica de TVP;
- Suspeita clínica de TEP.

7.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar

- Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

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

8.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista

Inicialmente, é preciso que sejam excluídas as causas de sintomas neurológicos não associadas a doença vascular oclusiva. Todos os pacientes devem ter uma história e exame físico geral.

Na história devem-se incluir questões como: hipertensão arterial, *DM*, doença coronariana e medicamentos de uso continuado. Deve-se proceder a exame clínico cuidadoso e com especial atenção aos exames cardiológico, angiológico e neurológico. Exame vascular com palpação e ausculta para verificar sopros nos troncos supra-aórticos, carótidas, membros superiores, artérias do abdome e membros inferiores.

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

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 anisocoria, nistagmo, vertigem, disartria, disfagia, deterioração mental ou Ataques Isquêmicos Transitórios (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).
- palavra, *déficit* de linguagem, alterações de coordenação, diplopia, ptose palpebral,

8.3. Prioridades para regulação

- Aterosclerose carotídea >70% sintomática (AVC ou AIT recentes).

8.4. Condições clínicas que deve encaminhar ao serviço de urgência e emergência:

- Suspeita de AVC ou AIT agudo.

8.5. APS como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado: Para onde encaminhar

- Vide ANEXO A para consulta da RAS de cada município.

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/telessaunders/regulasus/>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ASSINATURA

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

ELIANE PEREIRA DA SILVA
CHEFE NUCLEO ESPECIAL QCE-04
SESA - NEAE
assinado em 28/01/2021 15:25:44 -03:00



INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO

Documento capturado em 28/01/2021 15:25:51 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por CLAUDIA RODRIGUES LOPES FERNANDES (ASSESSOR ESPECIAL NIVEL II - QCE-05 - SESA - GEPORAS)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2021-P6Z7FL>