

**PROTOCOLO DE ACESSO E REGULAÇÃO –  
CONSULTA EM CIRURGIA VASCULAR – ALTA COMPLEXIDADE (TCGA)  
NOVEMBRO 2022**

**CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO:**

**DOENÇAS E/OU MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA**

Neste protocolo de encaminhamento para Cirurgia Vascular - Alta Complexidade foram elencadas as patologias com maior prevalência em tal especialidade, porém outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento:

- Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP)
- Varizes Pélvicas ou Síndrome da Congestão Pélvica
- Leiomioma Uterino
- Aneurismas Periféricos e de Carótidas
- Aneurismas da Aorta Torácica e/ou Abdominal
- Aneurismas Viscerais e Art. Ilíacas
- Dissecção Arterial
- Doença Carotídea Extracraniana e das AA. Vertebrais
- Síndrome do Desfiladeiro Torácico
- Malformação arteriovenosa (MAV)
- Hemangiomas
- Trauma arterial
- Pé diabético

É importante salientar que é responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado (urgência/emergência ou ambulatório de atenção especializada), conforme sua avaliação.

**SITUAÇÕES QUE NÃO NECESSITAM ENCAMINHAMENTO E PODEM SER MANEJADAS NAS UBS:**

- Pacientes portadores de aneurisma, assintomáticos, que não possuem fatores de risco para ruptura, fusiformes, com diâmetro máximo menor do que 4 cm (baixo risco de ruptura) - recomenda-se monitoramento com USG em intervalos regulares;
- Pacientes com placas com grau de obstrução inferior a 50%, não devem ser tratados por procedimentos cirúrgicos, nem por cateter (angioplastia com stent). Devem permanecer no tratamento clínico otimizado e serem acompanhados clinicamente;
- Manejo de úlceras não complicadas - Estágio A, Graus 0 a 2 (Anexo B).

**ENCAMINHAR IMEDIATAMENTE A UMA UPA OU EMERGÊNCIA HOSPITALAR:**

- Suspeita de isquemia crítica do membro de início agudo (dor contínua 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);
- Infecção local grave com os sinais de SIRS - Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica, isto é, febre ou condições sistêmicas desfavoráveis - WIFI fl 3;
- Celulite (> 2 cm ao redor da úlcera);
- Úlcera profunda com suspeita de comprometimento ósseo ou de articulação (Grau 3 - Anexo C);
- Úlcera profunda e extensa envolvendo antepé e/ou mediopé ± envolvimento do calcâneo ± gangrena extensa (RC do pé ou TMA não tradicional);
- Suspeita ou diagnóstico de ruptura de aneurisma, progressão/complicação aguda ou sintomas não controláveis;
- Suspeita de AVC ou AIT agudo;
- Hemorragia em MAV, que possa colocar em risco a vida da pessoa;
- Suspeita de dissecação arterial;
- Primeiro atendimento após trauma arterial.

**ENCAMINHAR PARA OUTRA ESPECIALIDADE:**

**Reumatologista:**

- Arteriopatias funcionais (Doença de Raynaud).

**Neurologia:**

- AVC hemorrágico sem etiologia definida;
- AVC isquêmico ou AIT (acidente isquêmico transitório) em paciente com menos de 45 anos;
- AVC isquêmico ou AIT com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência;
- Sinais de embolia cerebral, pois o AAA (aneurisma de aorta abdominal) pode trombosar e romper o trombo;
- Síndrome do Desfiladeiro Torácico (SDT) neurogênica;
- Lesão neuropática.

**Hematologia:**

- Trombofilias;
- Acompanhamento de anticoagulação.

**Ortopedia / Traumatologia:**

- Dor em MMII de causa osteoarticular;
- Deformidades ósseas no pé com possível indicação cirúrgica;
- Artropatia de Charcot.

**Cirurgia Torácica:**

- Costela Cervical;
- Hiperidrose primária.

## PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

### INDICAÇÕES:

Doença arterial crônica sintomática, refratária ao tratamento conservador por 6 meses ou mais.

Úlcera arterial de membros inferiores, não responsiva ao tratamento conservador, com indicação cirúrgica.

### Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para outras especialidades

#### Urgência/emergência:

- Suspeita de isquemia crítica aguda do membro de início agudo (dor contínua 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);
- Úlcera profunda e extensa envolvendo antepé e/ou mediopé ± envolvimento do calcâneo ± gangrena extensa (RC do pé ou TMA não tradicional);
- Infecção local grave com os sinais de SIRS (síndrome da resposta inflamatória sistêmica)-WIFI fl 3.

#### Ortopedia / Traumatologia:

- Dor em MMII de causa osteoarticular .

### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

1. Sinais e sintomas (ausência de pulsos, atrofia da musculatura, perda de pêlos, presença de lesão trófica, presença de necrose, tempo de evolução, amputações prévias);
2. Fatores de risco (idade, HAS, dislipidemia, tabagismo, DM, doença cardiovascular, síndrome metabólica);
3. Tratamentos realizados (exercícios físicos apropriados, medicações em uso atual e prévio, mudanças no estilo de vida - cessar tabagismo, tratamento de diabetes, hipertensão e dislipidemia);
4. Alterações nos laudo dos exames solicitados, com data.

### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas.

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**VERMELHO**

Após ter sido avaliado e liberado em emergência médica:

- Úlcera profunda com exposição de osso, articulação ou tendão ± gangrena limitada a pododáctilos;
- Infecção local moderada, com eritema > 2 cm ou envolvendo

<b>VERMELHO</b>	estruturas mais profundas; - H / fl2, fl1 ou fl0 (WIFI); - Dor em repouso ou lesão trófica.
<b>AMARELO</b>	- Úlcera pequena ou superficial em perna ou pé, sem gangrena); - Infecção local leve, envolvendo apenas pele e subcutâneo, eritema > 0,5 e ≤ 2 cm; - M / fl2, fl1 ou fl0 (WIFI)
<b>VERDE</b>	- Ausência de pulsos periféricos; - Claudicação ou dor aos movimentos severa; - L/ fl2 ou fl1 (WIFI); - VL / fl2 (WIFI)
<b>AZUL</b>	

ANEXOS

ANEXO A

CLASSIFICAÇÃO DE FONTAINE ET AL E RUTHERFORD ET AL.:

CLASSIFICAÇÃO DE FONTAINE	CLASSIFICAÇÃO DE RUTHERFORD
Estágio I Assintomático	Categoria 0 Assintomático
Estágio II a) Claudicação intermitente limitante	Categoria 1 Claudicação leve
	Categoria 2 Claudicação moderada
Estágio II b) Claudicação intermitente incapacitante	Categoria 3 Claudicação severa
Estágio III Dor isquêmica em repouso	Categoria 4 Dor em repouso
Estágio IV Lesões tróficas	Categoria 5 Lesão trófica pequena
	Categoria 6 Necrose extensa

ANEXO B

CLASSIFICAÇÃO DE WIFI PARA MEMBROS INFERIORES AMEAÇADOS: AVALIAÇÃO DO RISCO DE AMPUTAÇÃO:

Tabela 1

Tabela 3. A classificação Wifi para membros inferiores ameaçados: avaliação do risco de amputação<sup>1</sup>.

Componente	Graus	Descrição		
Ferida (W)	0	Sem úlcera ou gangrena (dor isquêmica em repouso)		
	1	Úlcera pequena ou superficial em perna ou pé, sem gangrena (ADS ou CP)		
	2	Úlcera profunda com exposição de osso, articulação ou tendão ± gangrena limitada a pododáctilos (MAD ou TMA padrão ± CP)		
	3	Úlcera profunda e extensa envolvendo antepé e/ou mediopé ± envolvimento do calcâneo ± gangrena extensa (RC do pé ou TMA não tradicional)		
Isquemia (I)		<b>ITB</b>	<b>PAS do tornozelo</b>	<b>TP, TcPO<sub>2</sub></b>
	0	≥ 0,80	> 100 mmHg	≥ 60 mmHg
	1	0,6-0,79	70-100 mmHg	40-59 mmHg
	2	0,4-0,59	50-70 mmHg	30-39 mmHg
	3	≤ 0,39	< 50 mmHg	< 30 mmHg
Infecção do pé (fi)	0	Não infectado		
	1	Infecção local leve, envolvendo apenas pele e subcutâneo, eritema > 0,5 e ≤ 2 cm		
	2	Infecção local moderada, com eritema > 2 cm ou envolvendo estruturas mais profundas		
	3	Infecção local grave com os sinais de SIRS		

Wifi = Wound, Ischemia and Foot infection; ADS = amputação digital simples; CP = cobertura da pele; MAD = múltiplas amputações digitais; TMA = amputação transmetatarsal; RC = reconstrução complexa; ITB = índice tornozelo-braquial; PAS = pressão arterial sistólica; TP = toe pressure (PAS do dedo do pé); TCPO<sub>2</sub> = transcutaneous oxygen pressure (pressão transcutânea de oxigênio); SIRS = systemic inflammatory response syndrome (síndrome da resposta inflamatória sistêmica).

Tabela 2

Estimativa do risco de amputação em 1 ano, de acordo com os estágios clínicos da classificação Wifi, propostos pelo rol de especialistas<sup>1</sup>.

	Isquemia 0				Isquemia 1				Isquemia 2				Isquemia 3			
	VL	VL	L	M	VL	L	M	H	L	L	M	H	L	M	M	H
Ferida 0	VL	VL	L	M	VL	L	M	H	L	L	M	H	L	M	M	H
Ferida 1	VL	VL	L	M	VL	L	M	H	L	M	H	H	M	M	H	H
Ferida 2	L	L	M	H	M	M	H	H	M	H	H	H	H	H	H	H
Ferida 3	M	M	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
	fi 0	fi 1	fi 2	fi 3	fi 0	fi 1	fi 2	fi 3	fi 0	fi 1	fi 2	fi 3	fi 0	fi 1	fi 2	fi 3

VL = very low (muito baixo); L = low (baixo); M = moderate (moderado); H = high (alto); fi = foot infection (infecção do pé); Wifi = Wound, Ischemia and Foot infection.

**PROTOCOLO DE ACESSO - EMBOLIZAÇÃO -  
 VARIZES PÉLVICAS OU SÍNDROME DA CONGESTÃO PÉLVICA**

**INDICAÇÕES:**

- Pacientes avaliados e encaminhados por médico ginecologista, que apresenta varizes perineais e/ou vulvares, resultantes do refluxo ou obstrução das veias gonadais, glúteas ou peri uterinas, sintomáticas ou não; refratárias ao tratamento de 6 meses.
- Imprescindível a realização do diagnóstico diferencial de endometriose, doença inflamatória pélvica, cistite intersticial e leiomiomas (causas mais comuns de dor pélvica crônica).

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

1. Sinais e sintomas (varicosidades vulvares, sensibilidade à palpação ovariana, dor pélvica crônica, sensação de peso perineal, urgência miccional, dispareunia, dismenorreia);
2. Tratamentos realizados;
3. Laudo de exames complementares, com data (ecografia pélvica transvaginal, ecodoppler colorido, ressonância magnética, angiotomografia, venografia).
4. Presença ou não de complicações ou doenças associadas (p. ex. varizes ou varicosidades em membros inferiores)

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos ginecologistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	
<b>AMARELO</b>	Casos sintomáticos.
<b>VERDE</b>	Demais casos
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO - MIOMAS UTERINOS**

**INDICAÇÕES:**

Pacientes portadoras de mioma uterino, com investigação completa, encaminhadas por um médico ginecologista para avaliação para realização de embolização da artéria uterina.

O momento e o tipo da intervenção em mulheres portadoras de mioma(s) uterino(s) devem ser individualizados, realizados pelo médico especialista em ginecologia, baseados nos seguintes fatores: tipo e gravidade dos sintomas, tamanho e localização dos miomas, idade da paciente e de acordo com seus planos obstétricos e reprodutivos.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

1. Sinais e sintomas: As principais manifestações clínicas envolvem dor pélvica, menorragia, dismenorréia, sensação de pressão suprapúbica e disfunção reprodutiva. Se houver sangramento é importante relatar quantidade e o período de duração;
2. Tratamento(s) clínico(s) e cirúrgico(s) atuais e/ou já realizados;
3. Exames complementares de imagem, com laudo e data (necessários para

confirmação diagnóstica e definição da localização do tumor). O US transvaginal associado, se necessário, ao de via abdominal é o padrão ouro para diagnóstico dos miomas uterinos, demonstrando alta sensibilidade (95% a 100%). Em úteros muito grandes ou com múltiplos miomas a ressonância magnética (RM) auxilia na informação sobre o número de miomas, tamanho e localização. A RM auxilia também no diagnóstico diferencial clínico entre mioma, adenomiose e adenomiomas e leiomiossarcomas.

4. Presença ou não de complicações ou doenças associadas.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

Médicos especialistas em ginecologia.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	Sangramento em grande quantidade e/ou por longo(s) período(s).
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	Dismenorréia, sensação de pressão suprapúbica e disfunção reprodutiva
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO - ANEURISMAS PERIFÉRICOS E DE CARÓTIDAS**

**INDICAÇÕES:**

Pacientes portadores de aneurismas periféricos (Anexo A) ou de carótidas

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para outras especialidades**

**Urgência/Emergência:**

- Ruptura do aneurisma.

**Neurologia:**

- Sinais de embolia cerebral, pois o AAA pode trombosar e romper o trombo.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

1. Sinais e sintomas: À palpação, por vezes, pode-se verificar a pulsatilidade e a

- expansibilidade desses aneurismas. Na evolução podem se formar trombose e embolia levando à isquemia distal e a ruptura com hematoma pulsátil;
2. Tratamentos realizados;
  3. Exames complementares, com laudo e data (US, TC, arteriografia, RNM);
  4. Fatores de Risco: hiperlipidemia, HAS, DM, tabagismo, 50-70 anos. masculino;
  5. Complicações ou doenças associadas.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	Todos os casos
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

Anexos

**Anexo A:**

Aneurismas dos MMSS

AAA da Artéria Subclávia, axilar , braquial superficial, radial e cubital.

Aneurismas Periféricos

- As artérias periféricas que mais apresentam aneurismas são: poplítea (70%) e seus ramos, femoral comum (16%) e superficial (4%), tibial anterior , posterior e fibular .
- Etiologia: Ateroscleróticos, bacterianos, micóticos ou traumáticos (pseudoaneurismas, por ferimentos por arma de fogo, branca e fraturas). Podem ser multifatoriais.
- Risco importante de amputação para o membro acometido.
- Aneurisma da Artéria Poplítea (Diâmetro máximo normal da artéria poplítea é de sete milímetros, visto em TC ou angiografia).

**PROTOCOLO DE ACESSO – ANEURISMAS DA AORTA TORÁCICA E / OU ABDOMINAL**

**INDICAÇÕES:**

**Critérios de Encaminhamento**

Aneurisma assintomático e/ou sintomático não-roto da aorta torácica e/ou abdominal.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para**



**outras especialidades**

**Médico de Família/ Medicina Interna:**

- Pacientes assintomáticos, que não possuem fatores de risco para ruptura, com aneurisma fusiforme com diâmetro máximo menor do que 4 cm (baixo risco de ruptura) recomenda-se monitoramento com USG em intervalos regulares.

**Urgência/Emergência:**

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

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

Evidências Clínicas e Complementares

1. Sinais e Sintomas: Maioria assintomática. Dor abdominal ou lombar persistente, palpação de massa abdominal pulsátil (inespecíficos);
2. Descrever atendimentos prévios em emergência e condutas;
3. Medicamentos em uso e já utilizados, com posologia;
4. Laudo de exames complementares. Os exames de imagem são fundamentais para o rastreamento, diagnóstico e seguimento do AAA (USG), TC) e RNM. magnética ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizados).
5. Fatores de risco para ruptura de aneurisma:

> 6 cm (Anexo A)	Feminino
Histórico familiar positivo para AAA	Jovem
Tabagismo	HAS
Presença de válvula aórtica bicúspide	Transplantados
Crescimento maior que 0,5 cm/ 6 meses ou 1cm/ ano	Formato do aneurisma: sacular ou com bolhas
Outros aneurismas periféricos (artérias ilíacas,femorais ou poplíteas)	Pico de estresse e aumento da rigidez da parede do AAA

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos da Atenção Básica e especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	Diâmetro do AAA > 5,9 cm; Diâmetro do AAA < 5,9 cm, com um ou mais fatores de risco para ruptura
<b>AMARELO</b>	Diâmetro do aaa entre 5,9 - 5,0 cm
<b>VERDE</b>	Diâmetro do aaa entre 4,9 - 4,0 cm
<b>AZUL</b>	

## Anexos

Anexo A:

Risco de ruptura do aneurisma abdominal / ano, conforme diâmetro do aneurisma:

Diâmetro do aneurisma	Risco de ruptura / ano
< 4 cm	0 %
4-5 cm	0,5%-5%
5-6 cm	3%-15%
6-7 cm	10%-20%
7-8 cm	20%-40%
> 8 cm	30%-50%

### PROTOCOLO DE ACESSO - ANEURISMA DE ARTÉRIAS VISCERAIS E ILÍACAS

#### INDICAÇÕES:

Pacientes portadores de aneurismas de artérias viscerais ou ilíacas (Anexo A).

#### Necessidade de encaminhamento para outras especialidades

#### Urgência/Emergência

Ruptura do aneurisma.

#### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

1. Sinais e sintomas (Podem apresentar e são relacionados com a sua localização, porém geralmente são assintomáticos).
2. Tratamentos realizados;
3. Exames complementares, com laudo e data (TC, arteriografia, RNM)
4. Fatores de Risco
5. Complicações ou doenças associadas

#### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

Médicos da Atenção Básica e especialistas.

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

**VERMELHO**

AA de forma sacular /sintomáticos/assintomáticos com diâmetro 3x o diâmetro original do vaso / pseudoaneurismas

	/ em gestantes / em mulher em idade fértil
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	Assintomático Menor de 2 cm de diâmetro
<b>AZUL</b>	

## Anexos

Anexo A:

### **Aneurismas Viscerais:**

- Mais frequentes em mulheres,
- Artérias que mais apresentam aneurismas viscerais: renal, esplênica, hepática, tronco celíaco, mesentérica superior, pancreática e duodenal superior e inferior.
- Etiologia: degenerativa, aterosclerótica, congênita, micótica ou traumática (falsos aneurismas).

**AAA da Artéria Renal:** Sinais e sintomas que podem ocorrer: Lombalgia, hematúria e hipertensão arterial refratária dissecção, infarto renal e fístula arteriovenosa, ruptura com hemorragia retroperitoneal, embolização de vasos periféricos ou mesmo trombose arterial.

Indicações para o seu tratamento, além das gerais, incluem a presença de hipertensão de difícil controle e dor do flanco associada à presença de hematúria. Aneurisma assintomático e menor de 2 cm de diâmetro, se opta pelo tratamento clínico com controle da pressão arterial, glicemia e lipidemia (colesterol, triglicérides).

**AAA da Artéria Esplênica:** Sinais e sintomas que podem ocorrer: Dor epigástrica, em hipocôndrio esquerdo e no dorso.

Indicações para o seu tratamento, além das gerais, incluem presença de hipertensão portal, paciente em fila de transplante hepático.

Em pacientes maiores de 60 anos, acompanhamento com TC a cada seis meses é preconizado.

**AAA Ilíacas:** Sinais e sintomas que podem ocorrer: Dor pélvico, lombo-ciatalgia, disúria, polaciúria, hematúria, tenesmo, constipação, enterorragia, edema de MMII, embolizações distais - O toque retal ou vaginal pode identificar pulsação

pélvica.

### PROTOCOLO DE ACESSO - DISSECÇÃO DE AORTA

#### INDICAÇÕES:

A dissecção clássica da aorta pode ser definida como a delaminação de sua camada média ocasionada pelo influxo de sangue através de um orifício de entrada na camada íntima criando uma falsa luz de extensão variada ao longo do vaso. Todos os casos após avaliação prévia e estabilização do quadro e encaminhamento pelo médico do Setor de Urgência e Emergência, angiologista, cardiologista, cirurgião vascular e/ou cirurgião cardíaco.

- Urgência/Emergência:

Primeiro atendimento após o evento ter acontecido.

#### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

1. Sinais e sintomas, com data do evento;
2. Doenças associadas (DM, HAS,...);
3. Tratamentos realizados na emergência e outros;
4. Exames complementares, com laudo e data (doppler segmentar, eco-doppler colorido, arteriografia, TC, flebografia,...);
5. Presença ou não de complicações ou doenças associadas;
6. Medicamentos em uso prévio e atual.

#### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

Médicos do Setor de Urgência e Emergência, Angiologista, Cardiologista, Cirurgião vascular e/ou Cirurgião cardíaco.

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

<b>VERMELHO</b>	Todos os casos após avaliação prévia e estabilização do quadro pelo médico do Setor de Urgência e Emergência, angiologista, cardiologista, cirurgião vascular e/ou cirurgião cardíaco.
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO - DOENÇA CAROTÍDEA EXTRACRANIANA E DAS AA.  
VERTEBRAIS**

**INDICAÇÕES:**

Estenose de carótidas ou vertebrais, com indicação de tratamento cirúrgico (ver classificação de risco).

**Necessidade de encaminhamento para outras especialidades**

**Médico de Família/ Medicina Interna:**

Pacientes com placas com grau de obstrução inferior a 50%, não devem ser tratados por procedimentos cirúrgicos, nem por cateter (angioplastia com stent). Devem permanecer no tratamento clínico otimizado e serem acompanhados clinicamente.

**Urgência / emergência:**

Suspeita de AVC ou AIT agudo

**Neurologia:**

AVC hemorrágico sem etiologia definida; AVC isquêmico ou AIT em paciente com menos de 45 anos;

AVC isquêmico ou AIT com investigação diagnóstica inconclusiva ou não realizada na emergência.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

1. Sinais e sintomas: correspondem aos eventos isquêmicos (AVC e/ou AIT), nos últimos 6 meses. Pode ocorrer amaurose fugaz, placas de Hollenhorst e retinopatia de estase venosa são preditores negativos;
2. Presença de AVC ou AIT prévios e data do evento;
3. Tratamentos atual e prévio;
4. Laudo de ecodoppler de carótidas e de outros exames complementares (p. ex. ecocardiograma, TC de crânio), com data;
5. Fatores de Risco: Idade  $\geq 75$  anos, HAS, DM, dislipidemia, tabagismo, arritmia.

**O grau de estenose ainda é considerado o parâmetro determinante da gravidade da lesão e da escolha das opções terapêuticas (Anexo A).**

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

Médicos da Atenção Básica e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	Estenose > 50% + AVC / AIT (nos últimos 6 meses), amaurose fugaz, placas de Hollenhorst e/ou retinopatia de estase venosa
<b>AMARELO</b>	Estenose > 70% assintomático
<b>VERDE</b>	+80anos+estenose>70%+assintomático Estenose >50% e <70%, assintomático
<b>AZUL</b>	

Anexos

Anexo A:

Classificação da Estenose de Carótida (North American Symptomatic Carotid

Endarterectomy Trial - NASCET):

- Normal: Grau I;
- Estenose leve: Grau II (oclusão de 1% a 29%);
- Estenose moderada:
  - Grau III (30% a 49%),
  - Grau IV (50% a 69%);
- Estenose grave:
  - Grau V (entre 70% e 99%),
  - Grau VI (100%).

#### PROTOCOLO DE ACESSO - SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORÁCICO

##### INDICAÇÕES:

Paciente que apresenta compressão anormal dos vasos subclávio-axilares, na região cérvico-torácica, sem resposta ao tratamento clínico (medicação e fisioterapia), durante 3 meses.

Necessidade de encaminhamento para outras especialidades:

- **Neurologia:**

SDT neurogênica.

- **Cirurgia Torácica:**

Costela Cervical

##### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:

1. Sinais e sintomas:

SDT vascular arterial: dor, palidez, cianose, eritrocianose, parestesia, fadiga, alterações tróficas como úlceras e gangrenas, diminuição da temperatura local. Têm como fator agravante o frio e o exercício. O desaparecimento do pulso após manobras pode diferenciar de outras etiologias. Causa principal compressão crônica arterial por anormalidades ósseas.

SDT vascular venosa (Trombose Venosa De Esforço Ou Síndrome De Paget-Schroetter): sensação de peso, dor e ingurgitamento da extremidade superior, aumento da temperatura da pele, cianose, edema, turgência venosa, especialmente em ombro e região peitoral.

##### PROFISSIONAIS SOLICITANTES:

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	Isquemia com dor de repouso / lesão trófica / Aneurismas em a. subclávia
<b>AMARELO</b>	Pulsos diminuídos ou não palpáveis / trombos em a. subclávia
<b>VERDE</b>	TVP prévia / Edema de MMSS / dor piora com o frio e o exercício / desaparecimento do pulso após manobras
<b>AZUL</b>	Demais casos

**PROTOCOLO DE ACESSO - MALFORMAÇÃO ARTERIOVENOSA (MAV)**

**INDICAÇÕES:**

- Pessoa portadora de massa vascularizada, de desenvolvimento lento com efeito de massa, podendo estar presente desde a infância precoce ou ao nascimento. Não regredem espontaneamente, e a puberdade ou trauma podem induzir o seu crescimento.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para outras especialidades**

**Urgência/Emergência:**

Hemorragia que coloque em risco a vida do paciente.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

1. Sinais e sintomas (massa coberta por pele normal ou angiomatosa, geralmente tensa e brilhante, com aumento do calor, com frêmito e sopro no local). Com a evolução da MAV, as veias de drenagem tornam-se mais evidentes, tortuosas e distendidas.
2. Exames complementares, com laudo e data ( RNM, ecocolor Doppler);
3. Presença ou não de complicações e doenças associadas;
4. Tratamentos realizados;
5. Medicações em uso.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	MAV com complicações hemorrágicas ou ulceradas
<b>AMARELO</b>	MAV volumosas sintomáticas
<b>VERDE</b>	MAV volumosas
<b>AZUL</b>	Demais casos

**PROTOCOLO DE ACESSO - HEMANGIOMAS**

**INDICAÇÕES:**

Pacientes maiores de 15 anos, que apresentem tumor benigno de células endoteliais (hemangioma) extensos ou profundos com envolvimento de outros órgãos, em qualquer localização.

É imprescindível que tenham sido avaliados e encaminhados por médico especialista na área da localização da lesão (como dermatologista, hepatologista, entre outros), cirurgião geral e/ou cirurgião plástico.

A conduta terapêutica do hemangioma deverá ser individualizada de acordo com tamanho da lesão, localização, presença ou possibilidade de complicações, potencial para fibrose e deformações permanentes, idade do paciente e taxa de crescimento ou regressão no momento da avaliação.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para outras especialidades**

**Urgência/Emergência:**

Hemorragia que coloque em risco a vida do paciente.

**Outras especialidades:**

De acordo com a localização do hemangioma.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

1. Sinais e sintomas;
2. Exames complementares, com laudo e data (ultrassonografia, tomografia computadorizada ou ressonância magnética);
3. Presença ou não de complicações e doenças associadas;
4. Tratamentos realizados;
5. Medicações em uso.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médico especialista na área da localização da lesão (como dermatologista, hepatologista, entre outros), cirurgião geral e/ou cirurgião plástico.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	Crescimento rápido / sangramento; Acometimento de via aérea ou trato gastrointestinal; Risco de dano funcional ou cosmético permanente; Presença de dor ou sangramento; Insuficiência cardíaca de alto débito decorrente de hemangioma; Hemangioma cutâneo extenso ou de rápido crescimento em período não superior a 1 ano.
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	Demais casos
<b>AZUL</b>	



**INDICAÇÕES:**

Paciente que apresente lesão vascular em decorrência de um trauma, estabilizado clinicamente e em condições de seguir o tratamento e o acompanhamento em ambulatório. Podem ser ferimentos penetrantes, fechados, contusos ou iatrogênicos.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para outras especialidades**

**- Urgência/Emergência:**

Primeiro atendimento após o evento ter acontecido.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

1. Etiologia (arma de fogo, arma branca, trauma contuso, lesão iatrogênica, procedimentos endovasculares, cateteres centrais);
2. Sinais e sintomas (diminuição ou ausência de pulsos, isquemia distal, hemorragia ativa pulsátil, hematoma em expansão ou pulsátil, sopro ou frêmito).
3. Tratamentos realizados na emergência e outros;
4. Exames complementares, com laudo e data (doppler segmentar , eco-doppler colorido, arteriografia, TC, flebografia);
5. Presença ou não de complicações ou doenças associadas;
6. Medicações em uso.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos do Setor de Urgência e Emergência, da Atenção Básica e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	Todos os casos
<b>AMARELO</b>	
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**PROTOCOLO DE ACESSO - PÉ DIABÉTICO**

**INDICAÇÕES:**

Paciente diabético, com presença de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos associados a vários graus de doença vascular periférica.

**Casos obrigatoriamente compartilhados entre a equipe multiprofissional e o cirurgião vascular:**

- Úlcera isquêmica ou neuro isquêmica (mista) (Estágio C).
- Úlcera sem resposta ao tratamento após quatro semanas.
- Úlcera com necrose ou gangrena.

**Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para outras especialidades**

**Médico de Família/ Medicina Interna:**

- Manejo de úlceras não complicadas - Estágio A, Graus 0 a 2 (Anexo B).

**Urgência/Emergência:**

- Suspeita de isquemia crítica do membro de início agudo (dor contínua 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);
- Celulite (> 2 cm ao redor da úlcera),
- Úlcera profunda com suspeita de comprometimento ósseo ou de articulação (Grau 3 – Anexo C);
- Infecção local grave com os sinais de SIRS - Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica, isto é, febre ou condições sistêmicas desfavoráveis (WIFI fl 3 - Anexo D).

**Neurologia:**

- Lesão neuropática (Anexo C).

**Ortopedia:**

- Deformidades ósseas no pé com possível indicação cirúrgica.
- Artropatia de Charcot.

**CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO:**

1. Sinais e sintomas;
2. Presença de ferida com tecidos viáveis (granulação e epitelização) ou inviáveis (necrose seca e úmida);
3. Tratamentos realizados (antibiótico utilizado);
4. Alterações nos laudos de exames complementares e data dos mesmos (inclusive laudo da cultura, se realizada);
5. Fator de risco para complicações e indicativo de doença avançada: tempo de DM, falta de controle glicêmico, história de complicações microvasculares (retinopatia e nefropatia diabética) e macrovasculares (IAM, A VC, DAOP), história de úlceras, de amputações ou by-pass;
6. Fator de risco para desenvolvimento de úlceras e amputações: ulceração ou amputação prévia, neuropatia periférica, deformidade dos pés, doença vascular periférica, baixa acuidade visual, nefropatia diabética (especialmente nos pacientes em diálise), controle glicêmico insatisfatório, tabagismo.

**PROFISSIONAIS SOLICITANTES:**

- Médicos da Atenção Básica e Especialistas.

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

<b>VERMELHO</b>	Isquemia com dor de repouso ou lesão trófica. Lesão infectada sem resolução com tratamento clínico
<b>AMARELO</b>	Mal perfurante plantar ou osteomielite, pulsos pediosos e tibiais posteriores não palpáveis
<b>VERDE</b>	
<b>AZUL</b>	

**ANEXOS:**

## ANEXO A

Quadro 1.1 – Classificação fisiopatológica do Pé Diabético, segundo sinais e sintomas

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Temperatura do pé	Quente ou morno	Frio
Coloração do pé	Coloração normal	Pálido com elevação ou cianótico com declive
Aspecto da pele do pé	Pele seca e fissurada	Pele fina e brilhante
Deformidade do pé	Dedo em garra, dedo em martelo, pé de Charcot ou outro	Deformidades ausentes
Sensibilidade	Diminuída, abolida ou alterada (parestesia)	Sensação dolorosa, aliviada quando as pernas estão pendentes

continua

conclusão

Sinal/Sintoma	Pé Neuropático	Pé Isquêmico
Pulsos pediais	Pulsos amplos e simétricos	Pulsos diminuídos ou ausentes
Calosidades	Presentes, especialmente na planta dos pés	Ausentes
Edema	Presente	Ausente
Localização mais comum da úlcera (se houver)	1º e 5º metacarpos e calcâneo (posterior); redondas, com anel querotásico periulcerativo; não dolorosas	Latero-digital; sem anel querotásico; dolorosas

Fonte: Dealey, 2006; International Diabetes Federation, 2006.

## Anexo B

Quadro 3.1 – Classificação de risco do Pé Diabético

Categoria de risco	Situação Clínica
Grau 0	Neuropatia ausente.
Grau 1	Neuropatia presente com ou sem deformidades (dedos em garra, dedos em martelo, proeminências em antepé, Charcot).
Grau 2	Doença arterial periférica com ou sem neuropatia presente.
Grau 3	História de úlcera e/ou amputação.

Fonte: Boulton et al., 2008; Brasil, 2013.

## Anexo C

Quadro 3.6 – Classificação da gravidade das infecções no Pé Diabético e conduta

Grau de infecção	Manifestações clínicas
Sem infecção	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sem sinais de inflamação.</li> <li>Úlcera sem exsudato purulento.</li> </ul>
Infecção leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presença de exsudato purulento e/ou dois ou mais sinais de inflamação.</li> <li>Quando há celulite ou eritema, eles não ultrapassam 2 cm do bordo da úlcera.</li> <li>A infecção é limitada à pele ou aos tecidos subcutâneos superficiais.</li> <li>Não há outras complicações locais ou acometimento sistêmico.</li> </ul>
Infecção moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Presença de exsudato purulento e/ou duas ou mais manifestações de inflamação (ver acima) em paciente sem complicações sistêmicas e metabolicamente estáveis.</li> <li>Além disso, deve apresentar pelo menos um dos seguintes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Celulite ultrapassando 2 cm do bordo da úlcera.</li> <li>Presença de linfangite.</li> <li>Acometimento abaixo da fáscia superficial.</li> <li>Abscesso de tecidos profundos.</li> <li>Gangrena.</li> <li>Envolvimento de músculo, tendão, articulação ou osso.</li> </ul> </li> </ul>
Infecção grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exsudato purulento e/ou sinais de inflamação em paciente com toxicidade sistêmica ou instabilidade metabólica (febre, calafrios, taquicardia, hipotensão, confusão mental, vômitos, leucocitose, hiperglicemia grave, azotemia).</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Lipsky et al., 2012.

As diretrizes para Problemas do Pé Diabético do Nice recomendam ainda a não utilização do Sistema de Classificação de Wagner, amplamente utilizado no passado, por ser considerado um sistema demasiado simples e menos útil clinicamente para gradação da severidade de úlceras, quando comparado às demais ferramentas disponíveis hoje (NICE, 2015).

## Anexo D

Tabela 3. A classificação Wifí para membros inferiores ameaçados: avaliação do risco de amputação<sup>1</sup>.

Componente	Graus	Descrição			
Ferida (W)	0	Sem úlcera ou gangrena (dor isquêmica em repouso)			
	1	Úlcera pequena ou superficial em perna ou pé, sem gangrena (ADS ou CP)			
	2	Úlcera profunda com exposição de osso, articulação ou tendão ± gangrena limitada a pododáctilos (MAD ou TMA padrão ± CP)			
	3	Úlcera profunda e extensa envolvendo antepé e/ou mediopé ± envolvimento do calcâneo ± gangrena extensa (RC do pé ou TMA não tradicional)			
Isquemia (I)		ITB	PAS do tornozelo	TP, TcPO <sub>2</sub>	
	0	≥ 0,80	> 100 mmHg	≥ 60 mmHg	
	1	0,6-0,79	70-100 mmHg	40-59 mmHg	
	2	0,4-0,59	50-70 mmHg	30-39 mmHg	
Infecção do pé (fi)	0	Não infectado			
	1	Infecção local leve, envolvendo apenas pele e subcutâneo, eritema > 0,5 e ≤ 2 cm			
	2	Infecção local moderada, com eritema > 2 cm ou envolvendo estruturas mais profundas			
	3	Infecção local grave com os sinais de SIRS			

Wifí = Wound, Ischemia and Foot infection; ADS = amputação digital simples; CP = cobertura da pele; MAD = múltiplas amputações digitais; TMA = amputação transmetatarsal; RC = reconstrução complexa; ITB = índice tornozelo-braquial; PAS = pressão arterial sistólica; TP = toe pressure (PAS do dedo do pé); TcPO<sub>2</sub> = transcutaneous oxygen pressure (pressão transcutânea de oxigênio); SIRS = systemic inflammatory response syndrome (síndrome da resposta inflamatória sistêmica).

Estimativa do risco de amputação em 1 ano, de acordo com os estágios clínicos da classificação Wifí, propostos pelo rol de especialistas<sup>1</sup>.

	Isquemia 0				Isquemia 1				Isquemia 2				Isquemia 3			
	VL	VL	L	M	VL	L	M	H	L	L	M	H	L	M	M	H
Ferida 0	VL	VL	L	M	VL	L	M	H	L	M	H	H	M	M	H	H
Ferida 1	VL	VL	L	M	VL	L	M	H	L	M	H	H	M	M	H	H
Ferida 2	L	L	M	H	M	M	H	H	M	H	H	H	H	H	H	H
Ferida 3	M	M	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H
	fi 0	fi 1	fi 2	fi 3	fi 0	fi 1	fi 2	fi 3	fi 0	fi 1	fi 2	fi 3	fi 0	fi 1	fi 2	fi 3

VL = very low (muito baixo), L = low (baixo), M = moderate (moderado), H = high (alto), fi = foot infection (infecção do pé); Wifí = Wound, Ischemia and Foot infection.

### CRITÉRIOS RESUMIDOS DE REGULAÇÃO:

#### VERMELHO

- Após ter sido avaliado e liberado em emergência médica:
  - Úlcera profunda com exposição de osso, articulação ou tendão ± gangrena limitada a pododáctilos;
  - Infecção local moderada, com eritema > 2 cm ou envolvendo estruturas mais profundas;
  - H / fl2, fl1 ou fl0 (WIFI)
- Leiomioma uterino - Sangramento em grande quantidade e/ou por longo(s) período(s).
- Portadores de aneurismas periféricos (Anexo A) ou de carótidas.
- Aneurisma assintomático e/ou sintomático não-roto da aorta torácica e/ou abdominal: Diâmetro do AAA > 5,9 cm; Diâmetro do AAA < 5,9 cm, com um ou mais fatores de risco para ruptura
- aneurismas de artérias viscerais ou ilíacas: AA de forma sacular /sintomáticos/assintomáticos com diâmetro 3x o diâmetro original do vaso / pseudoaneurismas / em gestantes / em mulher em idade fértil.
- Estenose de carótidas ou vertebrais > 50% + AVC / AIT (nos últimos 6 meses), amaurose fugaz, placas de Hollenhorst e/ou retinopatia de estase venosa.
- SDT com Isquemia com dor de repouso / lesão trófica / Aneurismas em a. subclávia.
- MAV com complicações hemorrágicas ou ulceradas.
- Hemangiomas de Crescimento rápido / sangramento Acometimento de via aérea ou trato gastrointestinal; Risco de dano funcional ou cosmético permanente; Presença de dor ou sangramento; Insuficiência cardíaca de alto débito decorrente de hemangioma; Hemangioma cutâneo extenso ou de rápido crescimento em período não superior a 1 ano.
- Trauma vascular - todos os casos.
- Pé diabético com isquemia com dor de repouso ou lesão trófica. Lesão infectada sem resolução com tratamento clínico.
- Dissecção de Aorta

<b>AMARELO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Úlcera pequena ou superficial em perna ou pé, sem gangrena);          - Infecção local leve, envolvendo apenas pele e subcutâneo, eritema &gt; 0,5 e ≤ 2 cm;          - M / fl2, fl1 ou fl0 (WIFI).</li> <li>● Varizes Pélvicas -Casos sintomáticos.</li> <li>● Aneurisma assintomático e/ou sintomático não-roto da aorta torácica e/ou abdominal:Diâmetro do aaa entre 5,9 - 5,0 cm.</li> <li>● Estenose de carótidas ou vertebrais &gt; 70% assintomático.</li> <li>● SDT com pulsos diminuídos ou não palpáveis / trombos em a. subclávia.</li> <li>● MAV volumosas sintomáticas.</li> <li>● Pé diabético com mal perforante plantar ou osteomielite, pulsos pediosos e tibiais posteriores não palpáveis.</li> </ul>
<b>VERDE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● - Dor em repouso ou lesão trófica;          - Ausência de pulsos periféricos;          - Claudicação ou dor aos movimentos severa;          - L/ fl2 ou fl1 (WIFI);          - VL / fl2 (WIFI).</li> <li>● Varizes Pélvicas - Demais casos.</li> <li>● Leiomioma uterino - Dismenorréia, sensação de pressão suprapúbica e disfunção reprodutiva.</li> <li>● Aneurisma assintomático e/ou sintomático não-roto da aorta torácica e/ou abdominal:Diâmetro do aaa entre 4,9 - 4,0 cm.</li> <li>● aneurismas de artérias viscerais ou ilíacas:Assintomáticos e menor de 2 cm de diâmetro.</li> <li>● Estenose de carótidas ou vertebrais:+80anos, &gt;70%+assintomático          Estenose &gt;50% e &lt;70%, assintomático.</li> <li>● SDT com TVP prévia / Edema de MMSS / dor piora com o frio e o exercício / desaparecimento do pulso após manobras.</li> <li>● MAV volumosas.</li> <li>● Pé diabético com dor do tipo câibra ou peso ao caminhar , aliviada ao repouso e/ou palidez à elevação do(s) MMII + um ou mais FR.</li> </ul>
<b>AZUL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● SDT- demais casos com alteração vascular.</li> </ul>

**REFERÊNCIAS:**

1. Protocolos de encaminhamento para Cirurgia Vascul. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>. Acesso em: 05 de maio de 2020.
2. Projeto Diretrizes SBACV . Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascul. Disponível em: <https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/daopmmii.pdf>. Acesso em: 06 de junho de 2020.
3. BRASIL -. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 272, de 15 de junho de 2011: Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0272\\_15\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0272_15_06_2011.html). Acesso em: 06 de junho de 2020.
4. Cerqueira, L.O. et al. Classificação Wifi: o novo sistema de classificação da Society for Vascular Surgery para membros inferiores ameaçados, uma revisão de literatura. J Vasc Bras. 2020;19:e20190070. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190070>
5. Dutra, C.F . et al. Fundamentos em Cirurgia Vascul e Endovascular . Caxias do Sul, RS : EducS, 2022. ISBN 978-65-5807-147-1. Modo de acesso: World Wide Web.
6. Corrêa MP, Bianchini L, Saleh JN, Noel RS, Bajerski JC. Síndrome da congestão pélvica e embolização de varizes pélvicas. J V asc Bras. 2019; 18:e20190061. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190061>. Acesso: 20 de maio de 2020.
7. Cherri J, Joviliano EE. Aneurismas Arteriais. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5053891/mod\\_resource/content/1/Aneurismas%20arteriais.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5053891/mod_resource/content/1/Aneurismas%20arteriais.pdf). Acesso: 01 de junho de 2020.
8. Leal Filho JMM, Barbosa AF , Squeff FA, Da Silva LJC. ANEURISMA DE ARTÉRIA POPLÍTEA. Buenos Aires, Argentina. Sociedade Iberoamericana de Informacion Cientifica. 2ª ed.:10 de julho de 2003. Disponível em: <http://www.siicsalud.com/main/siicestr.php> . Acesso: 01 de junho de 2020.
9. Protocolos de Regulação do Acesso Especialidades Médicas Cirúrgicas. Prefeitura Municipal de São Paulo / Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo-SP, 2013, vol.1. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/ProtocolosRegulacaoEspecialidadesMedicasCirurgicas.pdf>. Acesso 25 de maio de 2020.
10. Projeto Diretrizes SBACV . Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascul. Gestões 2012/2015 Elaboração final: Dezembro de 2015. Disponível em: <https://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes>. Acesso em: 20 de maio de 2020.
11. BRASIL -. MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria SAS/MS 272, de 15 de junho de 2011: Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0272\\_15\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0272_15_06_2011.html). Acessado em: 20 de maio de 2020.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-37715>. Acesso em 25 de maio de 2020.





24. GONTIJO, Bernardo; PEREIRA, Luciana Baptista; SILVA, Cláudia Márcia Resende. Malformações vasculares. An. Bras. Dermatol., Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 7-25, Feb. 2004. Disponível: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0365-05962004000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962004000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso: 10 de Junho de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0365-05962004000100002>.

25. Dinato, FJ; Dias, RR; Hajjar, LA. Dissecção da Aorta: Manejo Clínico e Cirúrgico. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2018;28(3):260-6. Disponível: <https://socesp.org.br/revista/assets/upload/revista/10168161311539115001pdfenDISSEC%C3%87%C3%83O%20DA%20AORTA%20-%20MANEJO%20CL%C3%8DNICO%20E%20CIR%3%9ARGICO%20REVISTA%20SOCESP%20V28%20N3.pdf>. Acesso em: 04/11/2022.

#### COLABORADORES:

- Dra. Marielli Prestes Uggeri - Médica Reguladora - GERAM - CRM/SC 11897
- Dr. Cristiano Torres Bortoluzzi - Cirurgião Vascular e Endovascular - ICSC/SES - CRM/SC 7812, RQE 8635
- Dra. Ivy Zortea da Silva Parise - Coordenadora Médica GERAM - CRM/SC 15016
- Dra. Telma Erotides da Silva - Coordenadora Médica GERAM - CRM/SC 8.316
- Grace Ella Berenhauser- Gerente de Regulação Ambulatorial - GERAM
- Claudia Ribeiro de Araújo Gonsalves - Superintendente de Serviços Especializados e Regulação- SUR.