



# Protocolo de Encaminhamento da Atenção Primária para a Atenção Especializada



**Cirurgia Vascular**



# Sumário



Insuficiência Venosa Crônica _____	2
Doença Arterial Periférica/Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) _____	5
Aneurisma de Aorta _____	7
Tromboembolismo Venoso (TEV) _____	10
Pé Diabético _____	14
Doenças de Vasos Extracranianos: Estenose de Carótida Sintomática _____	15
Suspeita de Hipertensão Renovascular _____	17

# 1

## Insuficiência Venosa Crônica

### Condições clínicas para encaminhar para a Cirurgia Vascular:

- Insuficiência venosa crônica (classificação CEAP C1 a C3 – ver quadro1) refratária ao tratamento;
- Conservador na APS por 6 meses; ou
- Insuficiência venosa crônica grave (classificação CEAP C4 e C5 – ver quadro1) refratária ou;
- Tratamento conservador na APS por 3 meses; ou
- Úlcera venosa de membros inferiores de classificação CEAP C6 (CEAP – quadro1).

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

Paciente com úlcera crônica e suspeita de etiologia não vascular (ex: alérgico, infecção, neoplasia).

### Tratamento clínico na APS:

Antes de ser encaminhado ao especialista, o paciente deverá ser submetido durante 3 a 6 meses ao tratamento conservador a seguir:

- Atividade física regular aeróbica e musculação;
- Elastocompressão (meia  $\frac{3}{4}$  20-30mmhg) – caso paciente não seja portador de doença arterial obstrutiva periférica;
- Castanha da Índia 100 mg de 8/8 h (farmácia do SUS) ou de 300 mg 1 x ao dia;
- Flebotônico oral: Diosmina + Hesperidina 500 mg 12/12 h, Venalot 8/8 h, Capilarema 75 mg (12/12 h); ou

- Flebotônico tópico: Venalot creme, Vecasten gel, Fletop 12/12 h;
- Controle de peso corporal. Perda de peso se IMC > 29,9;
- Elevação de membros inferiores pelo menos três vezes ao dia por quinze minutos;
- Drenagem linfática;
- Hidratação da pele.

## Conteúdo descritivo mínimo que deve conter no encaminhamento:

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, (anexar laudo ou descrever resultados na íntegra, com data).

## Condições clínicas para encaminhar para a urgência ou emergência:

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

## Quadro 1 - Classificação CEAP para insuficiência venosa crônica

Classificação Clínica (C)	
C0	Sem sinais visíveis ou palpáveis para doença venosa
C1	Teleangiectasias, veias reticulares
C2	Veias varicosas
C3	Edema
C4	Alterações de pele (hiperpigmentação, eczema, lipodermatofibrose)
C5	Classe 4 com úlcera prévia curada
C6	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 perforantes
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 (2.020).

## 2

### **Doença Arterial Periférica / Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP)**

#### **Condições clínicas para encaminhar para a Cirurgia Vascular:**

- doença arterial obstrutiva crônica avançada com sinais ameaçadores ao membro (dor crônica em repouso, úlcera arterial ou gangrena); ou
- doença arterial crônica obstrutiva sintomática com claudicação intermitente 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).

#### **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento como PRIORIDADE para a Central de Regulação:**

Casos de doença mais avançada com os seguintes sintomas:

- Ausência de pulsos distais associado a palidez da pele ou cianose de extremidades, redução da temperatura das pernas associado a parestesias ou perda da motricidade do membro;
- Ausência de pulsos distais associado a dor isquêmica em repouso (dor em membros inferiores refrataria ao uso de analgesia com opioides);
- Úlceras isquêmicas ou gangrena nos pés.
- Necrose seca de pododáctilos ou membro.

## Tratamento clínico na APS:

Antes de ser encaminhado ao especialista, o paciente deverá ser submetido durante 6 meses ao tratamento conservador a seguir:

- Controle de fatores de risco cardiovascular - cessar tabagismo;
- Tratamento de diabetes, hipertensão e dislipidemia;
- Exercício físico apropriado – estimular a caminhada com controle da distância percorrida até o início da claudicação.

Tratamento farmacológico, antiagregante plaquetário: quando necessário, iniciar na APS antes de encaminhar para o especialista.

- AAS 100 mg, 1 vez ao dia, após o almoço.
- Sinvastatina de 20 mg, 1 vez ao dia, antes de dormir.
- Cilostazol 100 mg, 12/ 12 h (se paciente não for portador de insuficiência cardíaca)

## Exames Complementares:

- Exames laboratoriais: Hemograma, Tempo de Atividade da Protrombina (TAP) e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA), Glicemia de jejum, Hemoglobina glicada, Creatinina, Colesterol total e frações, Triglicérides e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory);
- Ecodoppler arterial de membros inferiores.

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

Sinais e sintomas – descrever:

- Dor em queimação, principalmente panturrilhas, desencadeada pelo exercício, com alívio no repouso (claudicação é dor de caráter reprodutível, dor sempre ocorrerá quanto paciente percorre determinada distância e melhora em pouco tempo após o repouso);
- Presença de alterações tróficas (escassez de pelos, unhas dos pés quebradiças, pulsações diminuídas ou ausentes e hipotrofia no membro acometido);

- Alterações da perfusão periférica, impotência sexual / disfunção erétil (quando acometimento de artérias proximais – sistema aorto-ilíaco), úlceras, fissuras, necrose;
- Episódio de tromboembolismo venoso prévio? (sim ou não), se sim, descreva: tempo de evolução, se amputações prévias;
- Tratamento realizado na APS: mudanças no estilo de vida, medicações em uso e posologia e seguimento cardíaco apropriado;
- Resultados dos exames de laboratório e de ecografia com doppler arterial, (anexar laudo ou descrever resultados na íntegra, com data);
- Fatores de risco quando presentes:
  - Maiores de 60 anos de idade
  - Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
  - Doença Arterial Coronariana (DAC)
  - Diabetes Mellitus (DM)
  - Dislipidemia
  - Tabagismo
  - Obesidade
  - Sedentarismo
  - Doença renal (dialítica ou não)
  - Doença cerebral vascular
  - História familiar.

### 3

## Aneurisma de Aorta

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



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

## **Condições clínicas para encaminhar 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 em um ano / 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 abaixo).

## **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 genéticas ou válvula aórtica bicúspide. (Marfan, Ehlers-Danlos vascular e Síndrome de Turner. Loeys-Dietz pode indicar encaminhamento com diâmetros a partir de 4 cm).

## **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para serviço referência 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.

A ruptura de um aneurisma de aorta abdominal deve ser considerada umas das mais frequentes causas de dor abdominal de início súbito, em pacientes com mais de 60 anos de idade. Se houver hipotensão arterial ou síncope associada e dor irradiada para dorso esquerdo, o diagnóstico de aneurisma tem grande probabilidade.

## Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, alterações ao exame físico);
- Descrever atendimento prévio em emergência, se realizado, e conduta na ocasião;
- Medicamentos em uso, com posologia;
- Resultados de exames complementares, como raio-X de tórax, ecocardiografia, tomografia, ressonância magnética, com data (se disponíveis);
- Presença de fatores de risco para ruptura de aneurisma, se presentes;

## Quadro 2 - Orientação para acompanhamento de aneurisma de aorta abdominal assintomáticos com ecografia:

Diâmetro do aneurisma	Periodicidade do acompanhamento com ecografia
≥ 2,5 a 2,6 cm	Repetir exame em 10 anos.
≥ 3 a 3,9 cm	Repetir exame a cada 2 anos.
≥ 4 a 4,9 cm	Repetir exame a cada doze meses (acima de 4,5 cm, encaminhar para Cirurgião Vascular avaliar benefício cirúrgico).
≥ 5,0 a 5,4 cm	Repetir exame a cada seis meses (encaminhar para Cirurgião Vascular avaliar benefício cirúrgico).

Fonte: Orientação para acompanhamento de aneurisma de aorta abdominal com ecografia. Chaikof et al. (2018)

# 4

## Tromboembolismo Venoso (TEV)

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

### 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, uso de venotônicos) por 6 meses.

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

- Episódio de TEV idiopático<sup>1</sup> 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 incomum<sup>2</sup> (veia mesentérica, portal, hepática ou cerebral).
- TEV recorrente (dois ou mais eventos tromboembólicos).

<sup>1</sup>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.

<sup>2</sup>Trombose retiniana não é considerada sítio incomum.

## Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- 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: cirurgia e trauma, idade, história anterior de TEV, imobilidade, câncer, obesidade, gravidez e puerpério, presença de veias varicosas em MMII, viagem de longa duração.
- Resultado de exames realizados na investigação, com data;

## Prioridades para a Regulação

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

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

- Suspeita clínica de trombose venosa profunda (TVP) aguda (quadro 3); ou
- Suspeita clínica de tromboembolismo pulmonar (TEP) (quadro 4).

### Quadro 3 - 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 • 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 4 - 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	
• 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).

# 5

## Pé Diabético

### Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

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

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

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

## Prioridades para Central de Regulação:

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

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

- Presença de sinais flogísticos no pé (dor, calor, edema e hiperemia) e febre;
- Úlceras agudas infectadas (sinais flogísticos associado a odor, saída de secreção purulenta ou necrose úmida).
- Iniciar antibioticoterapia VO: 1 – ciprofloxacino 500mg, um comprimido de 12/12 horas por no mínimo 7 dias / 2 – clindamicina 300mg, dois comprimidos de 6/6 horas por no mínimo 7 dias e encaminhar paciente ao PS.

# 6

## Doenças de Vasos Extracranianos: Estenose de Carótida Sintomática

Não se recomenda ecografia de carótidas de rotina como método de rastreamento para doença cardiovascular em pacientes sem fatores de risco.

## 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%.

## 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 assintomática maior que 70%, com indicação de intervenção após avaliação de riscos e benefícios pelo neurologista.

## Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Presença de AVC ou AIT prévio (sim ou não). Se sim, descreva data do evento, quando conhecida;
- Resultado de exame de imagem (TC de crânio) com data (se realizado);
- Resultado de ecocardiograma com data (se realizado);
- Resultado de ecodoppler de carótidas com data (se realizado);
- Comorbidades (hipertensão, diabetes, arritmia), sim ou não, se sim, quais.

## Suspeita de Hipertensão Renovascular

### Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

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

### Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve ter:

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

**Prioridades para regulação:** Não se aplica.

**Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:** Não se aplica.

## 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/S07415214\(17\)32369-8/abstract](https://www.jvascsurg.org/article/S07415214(17)32369-8/abstract). Acesso em: 19 jul. 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://sbacv.org.br/wp-content/uploads/2016/05/daopmmii.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

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-venosacronica.pdf>. Acesso em: 05 out. 2023.

PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA A ATENÇÃO ESPECIALIZADA: CIRURGIA VASCULAR. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MANUAL DO PÉ DIABÉTICO: ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL. Governo do Estado do Espírito Santo: Secretaria da Saúde, 2021.

PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO CIRURGIA VASCULAR. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto: Secretaria de Saúde, 2023.

PROTOCOLOS DE CIRURGIA VASCULAR. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Regula SUS, revisado em maio de 2020.

**Coordenador de Atenção Primária em Saúde**

Enf<sup>a</sup> Debora Rocha Diniz

**Coordenador de Atenção Secundária em Saúde**

Enf<sup>o</sup> Thiago Alexandre Ciafa Guidi

**Coordenadora de Atenção Terciária Saúde**

Manuela Clozel

**Departamento de Educação Permanente em Saúde**

Enf<sup>o</sup> Claudia Elaine Pizzi

**Secretário de Saúde**

Dr. Renan Dias Irabi

**Elaboração de texto**

Enf<sup>a</sup>. Viviane Rodrigues da  
Silva Prates

**Revisão técnica**

Dr. Alessandro Xavier Moura

**Equipe de Cirurgia Vascular**

Dr. Alessandro Xavier Moura

Dr. Henrique Zanardi Martins

Dr<sup>a</sup>. Maria Helena de  
Almeida Costa

