

PROTOCOLO DE MANEJO E ENCAMINHAMENTO PARA ANGIOLOGIA

Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí –
2025

Versão I



**Prefeitura
de Jundiaí**



**Prefeitura
de Jundiaí**

**PROTOCOLO DE MANEJO E
ENCAMINHAMENTO
PARA
ANGIOLOGIA**

Protocolo singularizado para o Município de Jundiaí - 2025

Versão I

Organização e Elaboração

Unidade de Gestão de Promoção da Saúde

Dra. Caroline Baschiroto Orbem (Médica Angiologista UGPS)

Dra. Paloma Pacheco (Médica Reguladora – DRS)

Dra. Patrícia Ledo (Médica Apoiadora técnica em saúde do adulto e do idoso)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	03
FLUXO DE ATENDIMENTO	04
PRIORIZAÇÃO	05
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA	06
DOENÇA VENOSA CRÔNICA	09
DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA	13
ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL E ILIACAS.....	16
DOENÇAS CAROTÍDEA EXTRACRANIANA.....	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

APRESENTAÇÃO:

A *Atenção Básica* se caracteriza como porta de entrada primordial aos serviços de saúde do SUS e como locus privilegiado de gestão do cuidado dos usuários cumpre papel estratégico nas redes de atenção, servindo como base para sua coordenação e efetivação da integralidade.

Portanto, é importante que a *Atenção Básica* seja altamente resolutiva, o que depende da capacidade clínica e de cuidado de suas equipes, do grau de incorporação de tecnologias leves-duras (diagnósticas e terapêuticas) e da articulação da *Atenção Básica* com outros pontos da rede de saúde.

O *Serviço Especializado* (ou secundário) é marcado por diferentes “filtros” no que se refere ao seu acesso, em especial no que se refere ao dimensionamento e organização das ofertas em função da própria resolutividade da atenção básica.

Dessa forma, é preciso organizar estratégias que impactem na *Atenção Básica*, nos processos de *Regulação do Acesso* (desde os serviços solicitantes até as Centrais de Regulação), bem como na organização da *Atenção Especializada*.

A construção, pactuação e atualização periódica dos protocolos clínicos colaboram com a ação regulatória qualificando melhor as demandas e o uso dos recursos em saúde compondo mais uma estratégia de ampliação, resolutividade e coordenação do cuidado. Os protocolos oferecem subsídios para uma triagem clínica mais qualificada, evitando encaminhamentos desnecessários e colaborando com a priorização do acesso dos usuários às consultas e/ou procedimentos.

A *Regulação da Assistência à Saúde* visa ordenar o acesso às ações e serviços de saúde, priorizando consultas e procedimentos em saúde em tempo oportuno com equidade.

FLUXO DE ATENDIMENTO

A consulta especializada é determinada pelo médico da atenção primária à saúde, que ao constatar essa necessidade deve providenciar o encaminhamento do paciente para avaliação da atenção secundária à saúde

O agendamento da consulta especializada deve condizer com a estratificação de risco estabelecida pelo médico da unidade básica de saúde. Essa estratificação de risco é importante, uma vez que casos clínicos classificados como prioridade P1 devem ser enviados para a Regulação Médica (via email da regional de saúde a que pertence a UBS).

É fundamental que sejam esgotados todos os recursos diagnósticos e terapêuticos na atenção primária à saúde antes de encaminhar aos serviços especializados. Os encaminhamentos devem conter todas as informações clínicas do paciente, de forma clara e objetiva.

Após avaliação pelo serviço especializado, o paciente poderá: retornar em consulta no serviço; ser encaminhado para subespecialidade ou receber o relatório de contrarreferência para acompanhamento na unidade básica de saúde (UBS).

PRIORIZAÇÃO:

- **P0 / Urgência:** não se aplica ao atendimento ambulatorial. São os casos com necessidade de atendimento imediato (urgências e emergências). Encaminhar ao PS (pronto-socorro).
- **P1:** casos que necessitam de atendimento especializado em um curto período de tempo (até 3 semanas);
- **P2:** situações clínicas sem gravidade, mas que necessitam de agendamento eletivo em até 03 meses;
- **P3:** necessitam de atendimento eletivo podendo ser acompanhados, inicialmente, pelos médicos da atenção básica. Agendamento com especialidade acima de 03 meses sem prejuízo ao paciente.

Obs: Referenciamentos classificados como P1 devem ser encaminhados ao email da regulação médica, de acordo com a regional a que pertence a unidade básica de saúde:

Regional 1 - e-mail: regmedica.regional1@jundiai.sp.gov.br

Regional 2 - e-mail: regmedica.regional2@jundiai.sp.gov.br

Regional 3 - e-mail: regmedica.regional3@jundiai.sp.gov.br

Regional 4 - e-mail: regmedica.regional4@jundiai.sp.gov.br

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA

1.INTRODUÇÃO

A trombose venosa profunda (TVP) caracteriza-se pela formação de trombos dentro de veias profundas, com obstrução parcial ou oclusão, sendo mais comum nos membros inferiores – em 80-95% dos casos^{1,2}. As principais complicações decorrentes dessa doença são insuficiência venosa crônica, síndrome pós-trombótica e embolia pulmonar.

Idade avançada, câncer, procedimentos cirúrgicos, imobilização, uso de estrogênio, ciclo gravídico-puerperal, distúrbios de hipercoagulabilidade hereditários ou adquiridos, constituem-se como fatores de risco para TVP^{3,4}.

A TVP em membros inferiores é dividida em proximal (quando acomete veia ilíaca e/ou femoral e/ou poplítea) e distal (quando acomete as veias localizadas abaixo da veia poplítea), sendo que o risco de embolia pulmonar e a magnitude da síndrome pós-trombótica são maiores em TVP proximais.

2.DIAGNÓSTICO

Os principais sinais e sintomas, quando presentes, são: dor, edema, eritema, cianose, dilatação do sistema venoso superficial, aumento de temperatura e empastamento muscular⁵. Nenhuma avaliação clínica feita de forma isolada é suficiente para diagnosticar ou descartar a TVP¹, pois os achados clínicos se relacionam com a doença em apenas 50% dos casos². A literatura existente recomenda a anamnese e o exame físico, combinados com a realização de testes laboratoriais e exames de imagem^{1,6,7}. O sistema de predição clínica de TVP mais bem estudado é o escore de Wells^{7,8}.

3.TRATAMENTO

3.1. Anticoagulação inicial para TVP aguda de membros inferiores

Em pacientes com TVP, a abordagem preferencial é o uso de terapia anticoagulante como tratamento primário⁹.

3.2. *Duração do tratamento*

Para tratamento inicial do TEV, sugere-se anticoagulação por 3 a 6 meses, exceto em casos em que há um risco persistente⁹, como câncer ativo e múltiplos episódios de TEV - especialmente aqueles que ocorrem sem um fator de risco identificável.

3.3. *Tipo de anticoagulante*

O tratamento para o tromboembolismo tem como base o uso de anticoagulantes. Não há medicação totalmente segura e sem risco de hemorragia. A escolha depende da disponibilidade, familiaridade de uso pela equipe médica, características farmacocinéticas e dinâmicas, comorbidades do paciente, facilidade de reversão do efeito e até preferência do paciente e custo. O anticoagulante disponível no SUS é a varfarina.

3.4. *D-dímero*

A principal aplicação do D-dímero é como uma ferramenta de exclusão diagnóstica. O D-dímero é um produto de degradação da fibrina e, portanto, seus níveis estão tipicamente elevados em pacientes com TVP aguda. Devido à sua alta sensibilidade, mas baixa especificidade, um resultado negativo do teste de D-dímero pode ser útil para excluir a presença de TVP em pacientes com baixa ou moderada probabilidade clínica pré-teste de tromboembolismo venoso. No entanto, seu uso em outros cenários, como na avaliação do risco de recorrência de tromboembolismo venoso após a interrupção da anticoagulação, ainda é controverso

3.5. *Ultrassonografia com Doppler venosa*

A ultrassonografia após a suspensão da anticoagulação em casos de trombose venosa profunda (TVP) não é sempre necessária, mas pode ser indicada em situações específicas. Segundo as diretrizes da *Society of Radiologists in Ultrasound*, realizar o exame ao final do tratamento ajuda a estabelecer um parâmetro de comparação para futuras avaliações e identificar possíveis sequelas venosas. Essa abordagem pode aumentar a precisão no diagnóstico de recidiva da TVP, pois permite confrontar novos exames com um estado basal conhecido.

No entanto, as evidências que sustentam o uso de alterações residuais na ultrassonografia para definir a duração da anticoagulação são limitadas, sendo necessários mais estudos para validar critérios ultrasonográficos nesse contexto. Além disso, análises de custo-efetividade indicam que, embora o exame de referência ajude a detectar recorrências ipsilaterais, os gastos são elevados sem impacto na mortalidade. Assim, sua aplicação rotineira não é justificável sob essa perspectiva.

4.COMPLICAÇÕES

4.1. Síndrome pós-trombótica

A síndrome pós-trombótica refere-se aos sintomas e sinais de insuficiência venosa crônica que se desenvolvem após TVP. Resumidamente, os sinais e sintomas podem incluir dor nas extremidades, sensação de peso, dilatação venosa, edema, pigmentação, alterações tróficas da pele e úlceras venosas. O diagnóstico de síndrome pós-trombótica é predominantemente clínico. Em pacientes com histórico conhecido de trombose venosa profunda (TVP) e sintomas/sinais óbvios de insuficiência venosa crônica, um diagnóstico clínico de síndrome pós-trombótica pode ser feito; testes diagnósticos adicionais geralmente não são necessários¹⁰.

O tratamento conservador da insuficiência venosa devido à síndrome pós-trombótica é similar ao de outros pacientes com doença venosa crônica e inclui exercícios para fortalecimento muscular da panturrilha, elevação dos membros inferiores, terapia de compressão, cuidados com a pele e possivelmente terapia farmacológica.

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

P0	Suspeita clínica de trombose venosa profunda
-----------	--

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

P2	Síndrome pós-trombótica com sintomas refratários ao tratamento conservador por 6 meses na UBS.
-----------	--

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

Hematologia	Suspeita de trombofilia e/ou morbidade obstétrica devem ser encaminhados ao hematologista conforme protocolo da especialidade
--------------------	---

:

DOENÇA VENOSA CRÔNICA

1. INTRODUÇÃO

A doença venosa crônica compreende uma constelação de manifestações clínicas que vão desde telangiectasias e varizes até úlceras venosas. Enquanto as varizes afetam 10-30% da população¹¹, as veias reticulares e telangiectasias podem atingir até 66% dos indivíduos¹². Os fatores de risco estabelecidos incluem idade avançada, sexo feminino, obesidade, gravidez, histórico de trombose venosa profunda e permanência de pé por período prolongado¹³.

2. DIAGNÓSTICO

Os pacientes com doença venosa podem ser assintomáticos ou apresentarem sintomas como dor, sensação de peso, inchaço, ressecamento da pele e coceira. Os sinais clínicos variam desde telangiectasias, veias reticulares e varizes a dermatite ocre e úlceras.



“Telangiectasias e veias reticulares”.Fonte: Uptodate



“Veias varicosas (varizes) e dermatolipoesclerose”. Fonte: Uptodate

“Dermatite de estase e úlcera venosa ativa”. Fonte: Uptodate

A classificação clínica, etiológica, anatômica e fisiopatológica (CEAP) é usada para categorizar o distúrbio venoso crônico.



Tabela 1- Classificação clínica para doença venosa crônica.

Classificação clínica para doença venosa crônica	
C0	Sem sinais visíveis ou palpáveis de doença venosa
C1	Telangiectasias, veias reticulares
C2	Veias varicosas
C2r	Veias varicosas recorrentes
C3	Edema
C4	Alterações na pele e tecido celular subcutâneo secundários a doença venosa
C4a	Eczema ou pigmentação
C4b	Lipodermatoesclerose ou atrofia branca
C4C	Corona flebetásica
C5	Úlcera venosa cicatrizada
C6	Úlcera venosa ativa
C6r	Úlcera venosa ativa recorrente
S	Com sintomas atribuíveis a doença venosa
A	Sem sintomas atribuíveis a doença venosa

3. TRATAMENTO CLÍNICO

3.1. Terapia de compressão

A terapia de compressão continua sendo uma pedra angular do gerenciamento. Recomenda-se o uso da terapia compressiva para tratamento sintomático da insuficiência venosa crônica¹⁴.

3.2. Drogas venoativas

Revisões sistemáticas sugerem que as drogas venoativas provavelmente reduzem ligeiramente o edema em comparação com o placebo e provavelmente reduzem a circunferência do tornozelo¹⁴. O fármaco de destaque em revisões é usualmente a diosmina-hesperidina em sua fração micronizada¹⁵. Contudo, essa classe de medicamento não é disponibilizada.

3.3. Atividade física

O exercício físico é eficaz na melhora do refluxo venoso, da força muscular e da amplitude de movimento do tornozelo¹⁴. Estudos mostram que a atividade física é importante para a melhora do quadro de insuficiência venosa qualquer que seja a

intensidade praticada¹⁶.

3.4. Controle da obesidade

A obesidade e mobilidade reduzida trabalham contrariamente ao retorno venoso, com a obesidade inclusive contribuindo para maior incidência de úlceras venosas¹⁷.

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

P0	Suspeita de trombose venosa profunda Varicorrágia não controlada com elevação de membro e compressão local da veia Quadro agudo de erisipela não controlado na unidade básica de saúde
-----------	--

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

P1	Úlcera venosa ativa (classificação CEAP C6)
-----------	---

P2	Doença venosa crônica avançada (classificação CEAP C4 a C5) Doença venosa crônica (classificação CEAP C2/CEAP C3) refratária ao tratamento clínico por 6 meses
-----------	---

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

Pacientes com úlceras crônicas de etiologia não-vascular (exemplos: úlceras de causas hematológicas, reumatológicas, neoplásicas e úlceras de pressão).

DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

1. INTRODUÇÃO

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) ocorre devido a obstruções arteriais em razão da aterosclerose, causada pela idade, tabagismo, diabetes mellitus, hipertensão, sedentarismo, obesidade e dislipidemia.

A claudicação intermitente é o mais frequente dos sintomas da DAOP e resulta da redução do aporte de fluxo sanguíneo para os membros inferiores durante o exercício. A claudicação é caracterizada por dor ou desconforto durante a caminhada e que desaparece após repouso¹⁸.

2. DIAGNÓSTICO

Tipicamente, pacientes com claudicação de origem vascular apresentaram câibras, dor muscular (panturrilha ou nádega) ao caminhar uma distância definida, tendo que parar para conseguir continuar sua caminhada. Isso difere da isquemia crônica que ameaça o membro, antes chamada de isquemia crítica, que provoca dor mesmo durante o repouso, ou com gangrena ou ainda ulceração na extremidade inferior, identificando o paciente com um quadro mais grave da mesma doença.

3. TRATAMENTO CLÍNICO

3.1. Gestão dos fatores de risco para doença arterial obstrutiva periférica

3.1.1. Cessação do tabagismo

O tabagismo está associado ao desenvolvimento e à progressão da DAOP. A fim de alcançar a cessação do tabagismo, além do aconselhamento comportamental, a terapia farmacológica deve ser considerada, desde a terapia de reposição de nicotina, como chicles e adesivos, até bupropiona e vareniclina¹⁹.

3.1.2. Estatinas

As estatinas são recomendadas para prevenção secundária e melhora da distância de caminhada em todos os pacientes com DAOP que toleram tal medicação. Portanto, para todos os pacientes com doença arterial periférica sintomática dos membros inferiores, é recomendado tratamento de alta intensidade com estatinas²⁰. Enquanto a Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular recomenda que o LDL seja reduzido para 70 mg/dL ou reduzido em 50% se os valores pré-tratamento forem de 70-135 mg/dL¹⁹, as metas da Sociedade Européia são ainda mais agressivas e recomendam reduzir as concentrações de colesterol de lipoproteína de baixa densidade para < 55 mg/dL e diminuí-las em $\geq 50\%$ se os valores basais estiverem entre 55 – 110 mg/dL²⁰.

Estatina de alta intensidade: atorvastatina $\geq 40\text{mg}$ ou rosuvastatina $\geq 20\text{mg}$.

A atorvastatina está disponível no SUS para pacientes com evidência de doença arterial periférica conforme Protocolo Clínico de Dislipidemia²¹.

3.1.3. Terapia antitrombótica

3.1.3.1 Pacientes DAOP assintomáticos

A terapia antitrombótica de rotina (agentes antiplaquetários ou anticoagulantes) não é recomendada para pacientes com DAOP assintomática de membros inferiores¹⁹.

3.1.3.2 Pacientes DAOP sintomáticos

Inibidores da agregação plaquetária são recomendados para prevenção secundária de eventos cardiovasculares em pacientes com DAOP sintomática. O clopidogrel pode ser preferível à aspirina.

3.1.4. Agente hipertensivos

Recomenda-se reduzir a pressão arterial para $\leq 120 - 129/80$ mmHg em pacientes < 70 anos e para $\leq 130 - 139/80$ mmHg em pacientes ≥ 70 anos para reduzir o risco de eventos cardiovasculares adversos importantes²⁰.

3.1.5. Rastreamento da obesidade, síndrome metabólica e diabetes

Para pacientes com doença arterial periférica dos membros inferiores, deve-se considerar o rastreamento de obesidade, síndrome metabólica e diabetes, com subsequente tratamento ideal, para reduzir o risco de progressão da doença dos membros inferiores com o benefício adicional de reduzir o risco cardiovascular geral. O controle do DM tipo 2 em pacientes com isquemia crônica e membros ameaçados deve ter como meta hemoglobina A1c < 7%¹⁹.

3.1.6. Vacinação contra gripe e COVID-19

É recomendada uma dose anual da vacina da gripe e esquema completo da vacina da COVID-19²⁰.

3.2. Aspectos específicos do manejo na claudicação intermitente

3.2.1. Cilostazol

Recomenda-se que o cilostazol seja considerado apenas para pacientes claudicantes se a qualidade de vida for substancialmente limitada e o treinamento de caminhada for restrito, inviável ou ineficaz²⁰. A dose recomendada é de 100 mg duas vezes ao dia. Esta dose deve ser tomada pelo menos 30 minutos antes ou 2 horas após o café da manhã ou jantar²². Contudo, essa classe de medicamento não é disponibilizada no SUS.

O cilostazol é contraindicado na insuficiência cardíaca, distúrbios hemostáticos, úlcera péptica com sangramento ativo ou hemorragia intracraniana.

3.2.2. Exercícios físicos

Para pacientes com claudicação intermitente, um programa de exercícios supervisionados (treinamento de caminhada estruturado e supervisionado) é recomendado como terapia de primeira linha para melhorar a distância máxima de caminhada sem dor e a qualidade de vida¹⁹. Recomenda-se que pacientes com claudicação intermitente passem por treinamento supervisionado no mínimo 3 vezes por semana, por no mínimo 30 minutos, durante no mínimo 3 meses²⁰. Embora, o treinamento físico supervisionado seja aquele onde encontra-se as melhores evidências, recomenda-se o exercício não supervisionado quando o treinamento físico supervisionado não for viável ou estiver indisponível²⁰.

3.2.2. Suspensão do tabagismo

Abandonar o cigarro reduz drasticamente o risco de complicações graves, como morte, infarto, amputação e falha em cirurgias de revascularização. Pacientes que continuam fumando têm maior chance de piora da doença, isquemia crítica e necessidade de amputação, enquanto os que param apresentam melhores resultados após procedimentos como angioplastia e bypass.

Além disso, programas de cessação do tabagismo com acompanhamento médico aumentam as chances de sucesso. Estudos mostram que o tabaco influencia mais no desenvolvimento da DAOP do que em outras doenças cardiovasculares, como infarto e AVC. Mesmo que o risco ainda exista anos após parar, os benefícios são significativos, melhorando a sobrevida e a qualidade de vida.

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

P0	Suspeita de oclusão arterial aguda
-----------	------------------------------------

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

P1	Doença arterial obstrutiva periférica com dor em repouso e/ou úlcera ativa
P2	Doença arterial obstrutiva periférica com claudicação intermitente

ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL E ILIACAS

1.DEFINIÇÃO

O aneurisma de aorta abdominal (AAA) compreende uma dilatação de 50% a mais que o diâmetro esperado para aquela artéria naquela região. Em se tratando de aneurismas infrarrenais, consideram-se aneurismáticas as dilatações acima de 3 cm de diâmetro²³.

2.RASTREAMENTO

A USA Preventive Services Task Force recomenda o rastreio de AAA com uma triagem única com ultrassom abdominal para homens com idades entre 65 e 75 anos que alguma vez fumaram (100 ou mais cigarros)²⁴. No entanto, a Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular tem uma recomendação ainda mais abrangente²³: todos os homens acima de 65 anos devem ser rastreados com uma ultrassonografia de abdome e parentes de primeiro grau de pacientes com aneurismas de aorta abdominal devem ser rastreados a partir dos 50 anos.

3.SEGUIIMENTO

Tabela 2- Intervalo de exames conforme o diâmetro do aneurisma de aorta abdominal²³:

Diâmetro do aneurisma	Intervalo do exame
Ectasia de aorta (<3cm)	A cada 5-10 anos
Aneurisma entre 3-3,9 cm	A cada 3 anos
Aneurisma entre 4-4,9 cm	Anuais
Aneurisma entre 5-5,5 cm	A cada 3-6 meses

4.DIAGNÓSTICO CLÍNICO

A maioria dos pacientes com AAA não têm sintomas. Porém, com o aumento do diâmetro do aneurisma, pode ocorrer a compressão de estruturas vizinhas. Outro sintoma que pode se manifestar é a isquemia dos membros inferiores por uma trombose do aneurisma de aorta ou por embolia arterial distal. No caso de uma expansão aguda do aneurisma, podemos observar dor abdominal de forte intensidade na região do aneurisma, que normalmente só regride após sua correção. Quando acontece a ruptura do aneurisma, que é a complicação mais comum, o paciente normalmente refere dor abdominal de forte intensidade, e pode também ocorrer desmaio pela hipotensão ou desfalecimento²³.

5.TRATAMENTO CLÍNICO

5.1. Redução do risco cardiovascular

Todos os pacientes com aneurisma da aorta abdominal devem ser considerados como portadores de doença cardiovascular aterosclerótica estabelecida com risco cardiovascular alto ou muito alto. Portanto, o tratamento intensivo dos fatores de risco cardiovascular é recomendado, incluindo (1) cessação do tabagismo e recomendações de estilo de vida, incluindo dieta saudável e exercícios; (2) terapia antitrombótica; (3) redução do colesterol de lipoproteína de baixa densidade (LDL) $\geq$ 50% e <70 mg/dL usando terapia de estatina de alta intensidade; e (4) PA sistólica $< 130 - 140$ mmHg²⁵.

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

P0	Suspeita de ruptura de aneurisma da aorta Paciente apresentando aneurisma com suspeita de ruptura iminente e/ou complicações (ex: dor abdominal/costas/flancos, dor à palpação do aneurisma, sintomas tromboembólicos)
-----------	---

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

P1	AAA $\geq 5,5$ cm em homens e ≥ 5 cm em mulheres AAA com crescimento rápido, sendo $> 0,5$ cm em 6 meses ou > 1 cm em 1 ano AAA com formato sacular Aneurismas de artéria ilíaca comum (≥ 3 cm)
P2	Ectasia/ aneurisma de aorta abdominal (diâmetro $> 2,5$ cm) Aneurismas de artéria ilíaca comum ($\geq 1,8$ cm em homens e $\geq 1,5$ cm em mulheres)

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

Cirurgia Cardíaca	Aneurismas de aorta torácica devem ser encaminhados à cirurgia cardíaca.
--------------------------	--

Neurocirurgia	Aneurismas intracranianos
----------------------	---------------------------

DOENÇA EXTRACRANIANA CAROTÍDEA

1.INDICAÇÃO

A estenose aterosclerótica na artéria carótida interna extracraniana ou bulbo carotídeo tem sido associada a um risco aumentado de acidente vascular cerebral. Nesta seção abordaremos, o tratamento e seguimento da doença carotídea *assintomática*.

2. TRATAMENTO CLÍNICO

2.1.Redução do risco cardiovascular e mudanças do estilo de vida

Pacientes com estenose carotídea requerem aconselhamento sobre estilo de vida sobre dieta, exercícios, cessação do tabagismo e perda de peso, além do tratamento da hipertensão e diabetes mellitus. As dietas devem ser ricas em frutas, vegetais, grãos integrais, nozes e leguminosas; moderadas em laticínios com baixo teor de gordura e frutos do mar; e baixas em carnes processadas, bebidas adoçadas com açúcar, grãos refinados e sódio ²⁶. A intensidade de exercício recomendada pela AHA para prevenir doenças cardiovasculares é de 30 minutos, cinco vezes por semana para atingir pelo menos 150 minutos por semana de exercício moderado, ou 25 minutos, três vezes por semana para atingir pelo menos 75 minutos por semana de atividade vigorosa ²⁷.

2.2. Terapia antiplaquetária

Dois terços dos pacientes com estenose carotídea assintomática têm doença arterial coronariana subclínica ²⁸. Nesse sentido, a terapia antiplaquetária visa a redução de eventos vasculares graves.

- Para pacientes com estenose carotídea assintomática >50%, deve-se considerar aspirina em doses mais baixas (75–325 mg por dia). Se o paciente for intolerante ou alérgico à aspirina, deve ser considerado o clopidogrel 75 mg diariamente ²⁹.

3.Terapia hipolipemiante

- Para pacientes com estenose carotídea assintomática, a terapia de redução de lipídios com estatinas (com ou sem ezetimiba) é recomendada para a prevenção a longo prazo de acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio e outros eventos cardiovasculares²⁹.

4. Rastreamento da doença carotídea assintomática

A Sociedade Europeia de Cirurgia Vascular, a US Preventive Task Force, a American Heart Association e a American Stroke Association não recomendam o rastreamento populacional de rotina para estenose carotídea assintomática ^{29 30 31}.

5. Seguimento da doença carotídea assintomática

É razoável repetir a ultrassonografia duplex anualmente para avaliar a progressão ou regressão da doença e a resposta às intervenções terapêuticas em pacientes com estenose aterosclerótica >50% ³¹.

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

P0	Suspeita de acidente vascular cerebral ou acidente isquêmico transitório
-----------	--

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

P1	Estenose de carótida $\geq 70\%$
P2	Estenose de carótida entre 50-69%

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bates SM, Jaeschke R, Stevens SM, et al. Diagnosis of DVT: antithrombotic therapy and prevention of thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2012;141(2) Suppl: e351S–418S.
2. Barros MVL, Pereira VSR, Pinto DM. Controvérsias no diagnóstico e tratamento da trombose venosa profunda pela ecografia vascular controversies in the diagnosis and treatment of deep vein thrombosis for vascular ultrasound. J Vasc Bras. 2012;11(2):137–143.
3. McManus RJ, Fitzmaurice DA, Murray E, Taylor C. Thromboembolism. Clin. Evid. 2010; 2011:1–23.
4. Lopes LC, Eikelboom J, Spencer FA, et al. Shorter or longer anticoagulation to prevent recurrent venous thromboembolism: systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2014;4(7): e005674.
5. Giannini M, Rollo HA, Maffei FHA. O papel do mapeamento dúplex no diagnóstico da trombose venosa profunda assintomática dos membros inferiores. J Vasc Bras. 2005;4(3):290–296.
6. Geersing GJ, Zuithoff NPA, Kearon C, et al. Exclusion of deep vein thrombosis using the Wells rule in clinically important subgroups: individual patient data meta-analysis. BMJ. 2014;348(3): g1340.

7. Segal JB, Eng J, Tamariz LJ, Bass EB. Review of the evidence on diagnosis of deep venous thrombosis and pulmonary embolism. *Ann Fam Med*. 2007;5(1):63–73.
8. Wells P, Owen C, Doucette S, Fergusson D, Tran H. Does this patient have deep vein thrombosis? *JAMA*. 2006;295(2):199–207.
9. Sobreira, Marcone Lima et al. “Guidelines on deep vein thrombosis of the Brazilian Society of Angiology and Vascular Surgery.” *Jornal vascular brasileiro* vol. 23 e20230107. 3 Sep. 2024
10. Prandoni P, Kahn SR. Post-thrombotic syndrome: prevalence, prognostication and need for progress. *Br J Haematol* 2009; 145:286.
11. Criqui, Michael H et al. “Chronic venous disease in an ethnically diverse population: the San Diego Population Study.” *American journal of epidemiology* vol. 158,5 (2003): 448-56.
12. Fukaya E, Flores AM, Lindholm D, Gustafsson S, Zanetti D, Ingelsson E, Leeper NJ. Clinical and Genetic Determinants of Varicose Veins. *Circulation*. 2018 Dec 18;138(25):2869-2880.
13. Evans CJ, Fowkes FG, Ruckley CV, Lee AJ. Prevalence of varicose veins and chronic venous insufficiency in men and women in the general population: Edinburgh Vein Study. *J Epidemiol Community Health*. 1999 Mar;53(3):149-53.
14. Kikuchi R, Nhuch C, Drummond DAB, Santiago FR, Coelho F, Mauro FO, Silveira FT, Peçanha GP, Merlo I, Corassa JM, Stambowsky L, Figueiredo M, Takayanagi M, Gomes Flumignan RL, Evangelista SSM, Campos W Jr, Joviliano EE, de Araujo WJB, de Oliveira JCP. Brazilian guidelines on chronic venous disease of the Brazilian Society of Angiology and Vascular Surgery. *J Vasc Bras*. 2023 Nov 6;22:e20230064.
15. Martinez-Zapata MJ, Vernooij RW, Simancas-Racines D, et al. Phlebotonics for venous insufficiency. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;11(11):CD003229.
16. Keser İ, Özdemir K, Erer D, Onurlu İ, Bezgin S. Differences in pain, fatigue, and quality of life in patients with chronic venous insufficiency based on physical activity level. *Türk Gogus Kalp Damar Cerrahisi Derg*. 2020 Jan 23;28(1):76-83.
17. Deol ZK, Lakhanpal S, Franzon G, Pappas PJ. Effect of obesity on chronic venous insufficiency treatment outcomes. *J Vasc Surg Venous Lymphat Disord*. 2020 Jul;8(4):617-628.e1.

18. Presti C, et al. Projeto Diretrizes SBACV: doença arterial periférica obstrutiva de membros inferiores - diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular; 2015.
19. Erzinger FL, Polimanti AC, Pinto DM, Murta G, Cury MV, da Silva RB, Biagioni RB, Belckzac SQ, Joviliano EE, de Araujo WJB, de Oliveira JCP. Brazilian Society of Angiology and Vascular Surgery guidelines on peripheral artery disease. J Vasc Bras. 2024 Oct 28;23: e20230059.
20. Nordanstig J, Behrendt CA, Baumgartner I, Belch J, Bäck M, Fitridge R, Hinchliffe R, Lejay A, Mills JL, Rother U, Sigvant B, Spanos K, Szeberin Z, van de Water W; ESVS Guidelines Committee; Antoniou GA, Björck M, Gonçalves FB, Coscas R, Dias NV, Van Herzelee I, Lepidi S, Mees BME, Resch TA, Ricco JB, Trimarchi S, Twine CP, Tulamo R, Wanhainen A; Document Reviewers; Boyle JR, Brodmann M, Dardik A, Dick F, Goëffic Y, Holden A, Kakkos SK, Kolh P, McDermott MM. Editor's Choice -- European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2024 Clinical Practice Guidelines on the Management of Asymptomatic Lower Limb Peripheral Arterial Disease and Intermittent Claudication. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2024 Jan;67(1):9-96.
21. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. 36 p. : il.
22. Brown T, Forster RB, Cleanthis M, Mikhailidis DP, Stansby G, Stewart M. Cilostazol for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev. 2021;6(6):CD003748.
23. Mulatti GC, Joviliano EE, Pereira AH, Fioranelli A, Pereira AA, Brito-Queiroz A, Von Ristow A, Freire LMD, Ferreira MMDV, Lourenço M, De Luccia N, Silveira PG, Yoshida RA, Fidelis RJR, Boustany SM, de Araujo WJB, de Oliveira JCP. Brazilian Society for Angiology and Vascular Surgery guidelines on abdominal aortic aneurysm. J Vasc Bras. 2023 Oct 30;22:e20230040.
24. Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, Coppola EL. Primary Care Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2019 Dec

25. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Bäck M, Benetos A, Biffi A, Boavida JM, Capodanno D, Cosyns B, Crawford C, Davos CH, Desormais I, Di Angelantonio E, Franco OH, Halvorsen S, Hobbs FDR, Hollander M, Jankowska EA, Michal M, Sacco S, Sattar N, Tokgozoglu L, Tonstad S, Tsioufis KP, van Dis I, van Gelder IC, Wanner C, Williams B; ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Prev Cardiol*. 2022 Feb 19;29(1):5-115.
26. Yu E, Malik VS, Hu FB. Cardiovascular Disease Prevention by Diet Modification: JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol*. 2018 Aug 21;72(8):914-926.
27. Lobelo F, Rohm Young D, Sallis R, Garber MD, Billinger SA, Duperly J, Hutber A, Pate RR, Thomas RJ, Widlansky ME, McConnell MV, Joy EA; American Heart Association Physical Activity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Clinical Cardiology; Council on Genomic and Precision Medicine; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; and Stroke Council. Routine Assessment and Promotion of Physical Activity in Healthcare Settings: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2018 May 1;137(18):e495-e522.
28. Adams RJ, Chimowitz MI, Alpert JS, Awad IA, Cerqueria MD, Fayad P, Taubert KA; American Heart Association/American Stroke Association. Coronary risk evaluation in patients with transient ischemic attack and ischemic stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the Stroke Council and the Council on Clinical Cardiology of the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2003 Sep;34(9):2310-22.
29. Naylor R, Rantner B, Ancetti S, de Borst GJ, De Carlo M, Halliday A, Kakkos SK, Markus HS, McCabe DJH, Sillesen H, van den Berg JC, Vega de Ceniga M, Venermo MA, Vermassen FEG, Esvs Guidelines Committee, Antoniou GA, Bastos Goncalves F, Bjorck M, Chakfe N, Coscas R, Dias NV, Dick F, Hinchliffe RJ, Kolh P, Koncar IB, Lindholt JS, Mees BME, Resch TA, Trimarchi S, Tulamo R, Twine CP, Wanhainen A, Document Reviewers, Bellmunt-Montoya S, Bulbulia R, Darling RC 3rd, Eckstein HH, Giannoukas A, Koelemay MJW, Lindström D, Schermerhorn M, Stone DH. Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 Clinical Practice Guidelines on the

- Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2023 Jan;65(1):7-111.
30. US Preventive Services Task Force; Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, Donahue K, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kubik M, Ogedegbe G, Pbert L, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW, Wong JB. Screening for Asymptomatic Carotid Artery Stenosis: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021 Feb 2;325(5):476-481.
31. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, Creager MA, Eckel RH, Elkind MS, Fornage M, Goldstein LB, Greenberg SM, Horvath SE, Iadecola C, Jauch EC, Moore WS, Wilson JA; American Heart Association Stroke Council; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Clinical Cardiology; Council on Functional Genomics and Translational Biology; Council on Hypertension. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2014 Dec;45(12):3754-832.

Figuras:

01. Mathes BM, Kabnick LS. Clinical manifestations of lower extremity chronic venous disorders. UpToDate; 2024 [acesso em 26 fev. 2025]. Disponível em: <https://www.uptodate.com>