

# **PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTOS PARA A CIRURGIA VASCULAR – SUS**

**Tamara Marques Ziliotto  
2023**

## Declaração de avaliação de Produto Técnico Tecnológico

Título do produto técnico tecnológico (PTT): Protocolo de Encaminhamento para a Cirurgia Vascular - SUS

Discente: Tamara Marques Ziliotto

Orientador(a): Celso Machado Junior

Esse PTT passou por processo de avaliação por pares da Comissão de Avaliação *ad-hoc* constituída seguindo as normativas do Programa de Pós-graduação de Mestrado Profissional em Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

A comissão *ad-hoc* foi constituída pelos Professores Doutores Amanda Costa Araujo, Carlos Alexandre Felício Brito, Celso Machado Júnior, Daniel Leite Portella, Leandro Bueno Lima, Luisa Veras de Sandes-Guimarães, Marcela Charantola Rodrigues, Rebeca Nunes Guedes de Oliveira, Rosamaria Rodrigues Garcia e Sandra Regina Mota Ortiz.

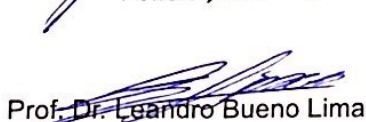
Pelo menos dois docentes dos listados acima avaliaram esse PTT, sendo que a distribuição dos docentes nos processos avaliativos ocorreu de forma aleatória, excluindo-se qualquer docente com vínculo à produção do PTT. Para a avaliação utilizou-se de uma ficha única, seguindo as normativas pré estabelecidas pela comissão.

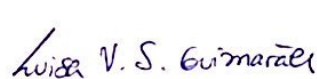
  
Prof. Dra. Amanda Costa  
Araujo

  
Prof. Dr. Carlos Alexandre  
Felício Brito

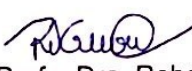
  
Prof. Dr. Celso Machado Júnior

  
Prof. Dr. Daniel Leite Portella

  
Prof. Dr. Leandro Bueno Lima

  
Prof. Dra. Luisa Veras de  
Sandes-Guimarães

  
Prof. Dra. Marcela Charantola  
Rodrigues

  
Prof. Dra. Rebeca Nunes  
Guedes de Oliveira

  
Prof. Dra. Rosamaria  
Rodrigues Garcia

  
Prof. Dra. Sandra Regina  
Mota Ortiz

Ziliotto, Tamara Marques.

Protocolo de Encaminhamento para a Cirurgia Vasculuar  
/ Tamara Marques Ziliotto; orientador, Celso Machado  
Junior, -- campo Mourão, PR: Ed. Da Autora, 2023, 45 p.

Bibliografia.

ISBN xxx-xx-xx-xxxxx-x

1. Avaliação em Saúde. 2. Capacitação Profissional.  
3. Cirurgia Vasculuar. 4. Integralidade em Saúde. 5.  
Medicina. 6. Título.

23-xxxxxx

CDD-xxx.xxx

# Índice

**04**

**Introdução**

**07**

**Capítulo 1- Doenças Vasculares**

**15**

**Capítulo 2 - Regulação da Atenção às Doenças Vasculares**

**19**

**Capítulo 3 – Proposta de Protocolo de Encaminhamento à Cirurgia Vascular**

**37**

**Capítulo 4 – Como preencher adequadamente a Guia de Referência e Contrarreferência**

# Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são consideradas umas das principais causas de morbimortalidade no mundo; se caracterizam pela duração prolongada ou indefinida e de início progressivo. Tais características, por sua vez, dificultam a determinação de um prognóstico inicial adequado. Em sua evolução, as DCNTs podem levar à incapacitação em períodos críticos e demandar atenção contínua à saúde (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como DCNTs as seguintes patologias: cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus (DM). Elas são consideradas sérios problemas de saúde pública pois, segundo estimativas da OMS, são responsáveis por 58,5% das mortes e 45,9% da carga de doenças no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Segundo a OMS, as DCNTs, em 2015, foram responsáveis por 40 milhões de mortes no mundo, representando em torno de 70% do total dos óbitos registrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Atinente a isso, o estudo em questão irá abordar especificamente Doenças Vasculares (DV). Elas correspondem a uma variedade de patologias com acometimento no sistema arterial, venoso e linfático, como insuficiência venosa crônica (IVC), aneurismas periféricos, síndromes compressivas, pé diabético, doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), estenose carotídea, linfedema, lipedema, e o Tromboembolismo Venoso (TEV) e o Aneurisma de Aorta (AA) que, entre as DCNTs, são as que apresentam maiores coeficientes de morbimortalidade (GUTIERREZ; TAVORA; BORGES, 2021).

O conjunto de DVs é a principal causa de mortes no mundo e no Brasil. Ainda que a mortalidade por doenças vasculares esteja gradativamente diminuindo nos últimos tempos, principalmente pela melhora na qualidade e estilo de vida como parar de fumar, praticar exercícios físicos, alimentação equilibrada, ainda é necessário cuidado, atenção e planejamento para enfrentamento das mesmas (GUTIERREZ; TAVORA; BORGES, 2021).

As doenças vasculares, junto às cardíacas, em 2015, por exemplo, foram a causa de 31% dos óbitos no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). No Brasil, geraram mais de 807 mil internações clínicas e aproximadamente 280 mil

internações cirúrgicas (BRASIL, 2006a). Esse fato reflete de forma significativa no custo do tratamento para pacientes portadores dessas patologias, de modo a representar cerca de 0,7% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, ou seja, cerca de R\$37 bilhões (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

Com o aumento da expectativa de vida e a crescente urbanização, a importância de ações de prevenção das DV tende a se ampliar (NASCIMENTO *et al.*, 2018). Segundo Nascimento *et al.* (2018), nesse contexto, torna-se importante a implementação de políticas de saúde direcionadas ao incentivo da manutenção dos hábitos de vida saudáveis, o acesso às prevenções primária e secundária e ao tratamento dos eventos cardiovasculares agudos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, é o responsável pela operacionalização da Saúde. A saúde, como direito de cidadania, foi garantida a todos por meio da Constituição de 1988. Adiante, a lei nº 8080, de 1990, ganha frente com a finalidade de implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária que estava ocorrendo no país. A universalidade, a equidade, a integralidade, o direito à informação, a resolutividade, a autonomia das pessoas e a epidemiologia como base se posicionam como diretrizes e princípios do SUS (MENDES, 2012).

A lei nº 8.142/90 determina a inclusão da participação da sociedade e comunidade na gestão do SUS e estabelece a regulamentação dos repasses financeiros na saúde. Ela estipula as diretrizes para a participação da sociedade na gestão do SUS e a transferência de recursos financeiros na área da saúde entre os diversos órgãos que compõem o sistema brasileiro. Em conjunto com a lei nº 8080/90, compõe as denominadas - Leis Orgânicas da Saúde, disciplinando e regulamentando os sistemas de saúde (BRASIL, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como principal característica o acesso preferencial do usuário ao SUS, cumprindo a atuação estratégica nas redes de atenção, como fundamento disciplinador para a efetivação do todo. Assim, identifica-se a associação de uma alta taxa de êxito para o estabelecimento de atendimento articulado com outros pontos da rede de saúde (BRASIL, 2016).

Dessa forma, o processo de referência e contrarreferência é de suma importância para garantir a realização de exames e avaliações complementares do paciente diagnosticado com DV, ou, ainda, para que o paciente tenha acesso à melhor

avaliação diagnóstica e otimização do tratamento (BERNARDINO-JÚNIOR *et al.*, 2020).

Esse processo, portanto, é um dos pontos importantes para garantir a funcionalidade do Sistema Único de Saúde, visto que, por sua implantação, é o que torna possível o encaminhamento de pacientes dentro de diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2006b).

No entanto, diante do número elevado de casos de DV e da necessidade de tratamento, o atendimento ofertado pelo SUS possui entre suas limitações a dificuldade de conceder ao usuário o atendimento especializado, variando, ainda, de acordo com a estrutura municipal e a disponibilidade do serviço de referência na região (BRASIL, 2017).

O tempo prolongado de espera, associado à dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais especializados, é decorrente de diversos fatores. Dentre eles se destacam a organização das ofertas de serviços, o modelo de atenção adotado pela instituição e o dimensionamento das necessidades apresentadas pelos serviços a serem prestados (BERNADINO JÚNIOR *et al.*, 2020).

Sabe-se que a fila de espera do SUS e a insatisfação do usuário derivam da saturação do atendimento especializado. Isso se dá, em parte, pela baixa resolutividade da Atenção Primária, por promover encaminhamentos excessivos e de maneira desqualificada aos serviços de referência (ALBIERI; CECÍLIO, 2015).

Nesse íterim, a grande quantidade de pacientes referenciados ao atendimento especializado gera uma sobrecarga no sistema; para a sua superação é necessária a elaboração de estratégias que impactem na APS, nos processos de regulação do acesso, bem como na organização da Atenção Especializada (AE) (BRASIL, 2016).

No serviço de Cirurgia Vasculuar esse fato não é diferente, inclusive em Campo Mourão. A quantidade de encaminhamentos sem real indicação, potencialmente, estabelece as filas de espera e amplia a demanda reprimida do acesso especializado. Logo, dificulta o atendimento de pacientes prioritários e críticos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016).

# CAPÍTULO 1

---

Doenças Vasculares

# Doenças Vasculares

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT se constituem no principal grupo de causa de morte em todo o mundo, equivalente a mais de 38 milhões de mortes por ano, acarretando agravantes como mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos adversos econômicos e sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

No Brasil, 72% das mortes resultam de DCNT e, desse universo, identifica-se que 30% são decorrentes de Doenças Cardiovasculares (DCV), um relevante elemento de atenção à saúde, seguidas dos 16% das ocorrências em neoplasias. Vale destacar que as Doenças Vasculares são um desafio para a saúde pública e vêm aumentando com o passar do tempo (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo Oliveira *et al.* (2022), a prevalência foi estimada em 6,1% da população brasileira e vem crescendo desde 1990, devido ao aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional.

A definição de DCV pode variar de acordo com os autores da área, incluindo todas as doenças listadas no Capítulo IX da Classificação Internacional de Doenças CID-10 (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Já as doenças especificamente vasculares são um grupo de males que acometem o sistema arterial, venoso e linfático, que incluem: IVC (Insuficiência Venosa Crônica), úlceras venosas, doença arterial obstrutiva periférica, aneurisma de aorta abdominal e outros aneurismas, trombose venosa profunda e superficial (OPAS, 2022).

Os fatores de risco preponderantes nas doenças vasculares são: histórico familiar, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM), obesidade, sedentarismo, estresse psicossocial, entre outros. Sabe-se da importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces, ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção e em possíveis complicações. Esses são os fatores de risco potencialmente controláveis mais críticos para a saúde pública (BRASIL, 2006a).

As intervenções preventivas não devem ser determinadas pelo valor de um certo aspecto, mas sim pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo. Essa estratificação de risco baseia-se inicialmente no exame clínico, evoluindo para a realização de exames complementares na medida em que o grau de risco se posiciona entre moderado e alto. A determinação de risco está relacionada

às seguintes variáveis: colesterol total, pressão arterial sistólica, tabagismo, intolerância à glicose, HDL-C, LDL-C, índice de massa corporal e idade (BRASIL, 2010). De forma individualizada, ou ainda de forma combinada, esses fatores de risco são incorporados em escalas preditivas globais, como por exemplo o Escore de Risco de Framingham (BRASIL, 2010).

O Escore de Risco de Framingham é o mais conhecido e surgiu a partir de um estudo que analisou dados importantes para determinar o risco cardiovascular de cada indivíduo (BRASIL, 2010; CESARINO *et al.*, 2013). Ele é considerado confiável, simples de ser aplicado e de baixo custo, ideal para identificar pacientes com risco para doenças cardiovasculares, colaborando na proposição de estratégias mais rigorosas de acompanhamento e potencialmente auxiliando na definição do modelo de tratamento (CHOBANIAN *et al.*, 2003).

A partir do apresentado até aqui, cabe discutir de maneira mais profunda as principais doenças vasculares que acometem a população.

## **Tromboembolismo Venoso**

O Tromboembolismo Venoso (TEV), nas suas apresentações mais frequentes: embolia pulmonar (EP) e trombose venosa profunda (TVP), é a terceira principal causa de morte por doença cardiovascular e a primeira causa de morte intra-hospitalar prevenível (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 2010 e 2021, o número de internações decorrentes de TEV ultrapassou 520.000 casos, com mais de 67 mil óbitos entre 2010 e 2019 (ALBRINCKER *et al.*, 2022).

Em 1856, Virchow descreveu pela primeira vez a patologia da trombose como resultado de defeitos nas plaquetas, nas proteínas de coagulação e na parede do vaso. A interação entre esses três fatores ficou conhecida como tríade de Virchow (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012). Esta se caracteriza pela formação de trombos dentro de veias profundas, com obstrução parcial ou oclusão, sendo mais comum nos membros inferiores, onde se observa a ocorrência de 80 a 95% dos casos (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Dentre os fatores de risco para ocorrer a tríade de Virchow, pode-se destacar como os predisponentes:

- Hipercoagulabilidade: trombofilias hereditárias ou adquiridas, uso de contraceptivos orais com estrogênio e reposição hormonal, gravidez, tabagismo, neoplasias e seus tratamentos, doenças infecciosas, entre outras;
- Lesão de endotélio (traumatismo), tabagismo, história prévia de trombose conhecida, cirurgias, cateteres, pacientes com mais de 40 anos de idade, entre outros;
- Alteração do fluxo (estase): DPOC, queimaduras, gravidez, idade, inatividade física no pós-operatório, imobilizações por mais de 3 dias, cirurgias de grande porte, fratura de quadril ou joelho, viagens prolongadas com pouca mobilidade, entre outras.

Em condições normais, o revestimento endotelial dos vasos não é uma superfície favorável à trombose. Os diversos componentes celulares do sangue interagem com as células endoteliais para inibir a formação de trombos. Esses componentes, como as plaquetas, liberam diversos fatores antitrombóticos, como a plasmina e a trombomodulina (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012).

A principal manifestação da trombose se dá pela Trombose Venosa Profunda (TVP) e pelo Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Grande parte dos sinais e sintomas são decorrentes do processo fisiopatológico da doença, o que demanda não só o diagnóstico clínico, mas também por meio de exames complementares para diferenciar TVP e TEP (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012). A falha diagnóstica pode levar a comorbidades permanentes ou, inclusive, ser fatal (ALBRINCKER *et al.*, 2022).

A Trombose Venosa Profunda é uma afecção frequente e potencialmente fatal, sendo a TEP a sua principal complicação e, também, a primeira causa de morte evitável no ambiente intra-hospitalar (ALBRINCKER *et al.*, 2022). É considerada uma morbidade de grande impacto socioeconômico, visto que a complicação crônica pela síndrome pós-trombótica impacta diretamente na qualidade de vida do paciente, que desenvolve prejuízos de capacidade funcional como dor, baixa vitalidade, problemas relacionados à saúde mental e limitações físicas/emocionais (MAIA *et al.*, 2014).

O Tromboembolismo Pulmonar, ou embolismo pulmonar apenas, é definido como obstrução de uma ou mais artérias pulmonares. Em grande parte das ocorrências, é decorrente de coágulos sanguíneos originados de uma TVP dos membros inferiores que chegam às artérias pulmonares.

Para o diagnóstico complementar, no caso da TVP, o ultrassom venoso com doppler tem se mostrado extremamente útil e deve ser o primeiro teste diagnóstico a ser realizado, visto ser de baixo custo, de alta sensibilidade (89% - 100%) e alta especificidade (86% - 100%) (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012).

Já para o TEP, o diagnóstico pode ser um pouco mais complexo, em decorrência de diversos diagnósticos diferenciais que podem ser realizados pela associação de sinais e sintomas. No entanto, o mais utilizado é a angiotomografia pulmonar, um exame caro para o Sistema Único de Saúde e nem sempre disponível no interior ou em pequenos centros (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012).

## **Aneurisma de Aorta**

O Aneurisma de Aorta (AA) é considerado uma dilatação localizada maior que 50% do diâmetro da luz esperada em um determinado segmento aórtico. A incidência dos AAs vem aumentando nas últimas décadas, em decorrência da elevação da expectativa de vida da população e do aumento e aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo Oliveira *et al.* (2022), a incidência do aneurisma de aorta abdominal (AAA) é de 25 por 100.000 pacientes/ano.

Possui patogênese multifatorial, com contribuição de fatores ambientais e genéticos, em grande parte por causas degenerativas. Até hoje sua fisiopatologia é incerta, mas acredita-se que tenha influência das vias metabólicas proteolíticas, estresse oxidativo, degeneração da matriz extracelular e do processo inflamatório (SIQUEIRA, 2022).

Grande parte dos pacientes são assintomáticos e o diagnóstico é feito por uma descoberta inesperada. O principal sintoma é a dor abdominal intensa e aguda, podendo ter irradiação ao trato inguinal e/ou reto e testículos (MOTA *et al.*, 2022).

A mortalidade por AA é associada significativamente ao rompimento dele, de modo a provocar um quadro clínico de hemorragia abdominal e demandar correção cirúrgica de emergência para evitar o óbito. É preferivelmente tratada de forma eletiva, com o intuito de prevenir a ocorrência de uma ruptura (BECKER; BONAMIGO; FACCINI, 2020). Pesquisas indicam que a morbimortalidade do AAA pode chegar a 8% em homens com mais de 65 anos e, quando rota, é fatal em mais de 80% dos casos (MOTA *et al.*, 2022).

Atualmente, não existe nenhum tratamento medicamentoso eficaz que possa prevenir a rotura ou impedir o curso clínico da doença, no entanto, terapias com estatina, exames de imagem regular, controle de fatores de risco cardiovascular e terapia antiplaquetária são úteis na condução do paciente assintomático (MOTA *et al.*, 2022).

A ultrassonografia abdominal é considerada a principal forma de rastreio do AA, devido a sua alta especificidade e sensibilidade, segurança e relativo baixo custo, visto ser uma técnica não invasiva que pode ser realizada inclusive a nível ambulatorial (ASCANIO; VÁZQUES; GAINZA, 2021). Já a angiotomografia é reservada comumente ao planejamento cirúrgico, devido ao alto custo e baixa disponibilidade no SUS. Com ela, é possível avaliar o acometimento dos ramos da aorta, o tamanho, localização e calcificações dentro do aneurisma (MOTA *et al.*, 2022).

## **Doença Arterial Obstrutiva Periférica**

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) é uma condição na qual há uma redução do fluxo sanguíneo para as pernas e pés devido ao estreitamento ou obstrução das artérias (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo Oliveira *et al.* (2022), o óbito em decorrência da DAOP teve um aumento de cerca de 96% entre 1990 e 2019. Segundo Neto e Nascimento (2007), a DAOP apresenta uma prevalência de 10 a 25% na população com mais de 55 anos e aumenta com a idade. Além disso, cerca de 70 a 80% dos pacientes são assintomáticos para a doença.

Dentre os fatores de risco conhecidos estão a idade avançada, o tabagismo, a Diabetes Melito, a hiperlipidemia e a hipertensão arterial. Novos estudos indicam que fatores como raça, etnia, genética, a presença de certos fatores inflamatórios e trombofilias podem influenciar a incidência da doença e seus desfechos (NETO; NASCIMENTO, 2007).

O diagnóstico é realizado pelo exame físico minucioso, com sinais e sintomas clínicos sugestivos como a ausência ou redução de pulsos periféricos, alteração da pele do membro afetado e frêmitos arteriais. Já a confirmação da gravidade da obstrução vascular é realizada por meio do índice tornozelo-braço (ITB). Com o auxílio do Doppler de ondas contínuas e um esfigmomanômetro, deve-se medir a maior pressão sistólica das artérias tibial posterior e dorsal do pé para posterior cálculo (SAVINO NETO; NASCIMENTO, 2007).

## Insuficiência Venosa Crônica

A Insuficiência Venosa Crônica (IVC) é uma doença que acomete o funcionamento venoso, que é provocada uma falha em suas válvulas, podendo estar associada à obstrução do fluxo sanguíneo. A IVC pode afetar tanto o sistema venoso superficial como o profundo, e até ambos ao mesmo tempo. As ulcerações representam o estágio mais avançado da doença (BERTOCHI; GOMES; MARTINS, 2019; CARROLL; PINTO; SANINA, 2019).

A IVC de membros inferiores é causada principalmente pela hipertensão venosa, associada à falha no sistema valvular e outros fatores; essas alterações provocam estase sanguínea. Atualmente, a doença afeta cerca de 30% da população adulta no mundo. A IVC provoca dor, edema, alterações nos tecidos, coceira e varizes (DEAK, 2018). Esses sinais e sintomas acabam por interferir diretamente na qualidade de vida, principalmente devido à intensidade e característica da dor, que pode ser latejante, a gravidade do edema, e a associação com processo inflamatório. A IVC costuma diminuir a qualidade de vida das pessoas acometidas, visto que os sintomas acabam por impactar diretamente na sua capacidade funcional e realização da atividade física, o que por sua vez compromete ainda mais o prognóstico da patologia (OZBERK *et al.*, 2018).

As opções de tratamento são tanto conservadoras como invasivas, partindo de fisioterapia e prática de exercícios que previnam e tratem as complicações até intervenção cirúrgica. Normalmente, a terapia conservadora busca principalmente fortalecer a musculatura periférica para colaborar com o retorno venoso (PETTO *et al.*, 2016).

O tratamento tem por objetivo minimizar os sintomas e prevenir futuras complicações. Deve sempre começar por questões simples como melhoria dos hábitos de vida com atividade física, alimentação saudável para perda de peso, melhoria das condições de trabalho como ficar em pé ou sentado por muito tempo, fazendo intervalos e pausas (COURTOIS; ZAMBON, 2019).

## Pé Diabético

O Pé Diabético é uma complicação advinda do Diabetes Mellitus (DM) mal controlado, e a doença que mais provoca amputação de membro inferior. Vale lembrar que o DM é uma patologia metabólica provocada por deficiência de insulina,

responsável pelo controle da glicose no sangue, causando hiperglicemia. Esta provoca alterações micro e macrovasculares, além de neuropáticas (MILECH, 2004).

A grande preocupação é que a DM vem aumentando exponencialmente, principalmente pelo aumento da expectativa de vida, mas também pelos hábitos de vida que têm provocado um aumento do tipo 2 em pessoas entre 20 e 45 anos. Logo, o aumento no número de pacientes com DM leva ao aumento de casos de Pé Diabético (LOPES *et al.*, 2021).

O Pé Diabético acontece devido à neuropatia, que provoca a perda de sensibilidade local, e isso acaba por determinar feridas complexas que levam até à amputação do membro. Sabe-se que entre 10 e 25% de pacientes com diabetes com mais de 70 anos desenvolvem lesões em membros inferiores e, destes, até 24% precisam amputar o membro (LOPES *et al.*, 2021).

Ocorre que o comprometimento da microvasculatura dos vasos sanguíneos neuronais provoca um processo crônico, definido como neuropatia diabética. Devido a esses tecidos não necessitarem de insulina para suas atividades de transporte, a hiperglicemia lesiona as células. Essa lesão provoca comprometimento do sistema nervoso periférico, mais comumente nos membros inferiores (FERREIRA *et al.*, 2011).

A neuropatia provocada pelo processo hiperglicêmico causa lesão nos pés em 90% dos casos, o famoso pé diabético. Essa lesão pode se associar à infecção, ou não, evoluir para ulceração e morte de tecidos profundos e o resultado é a amputação, se o tratamento e cuidado adequados não forem estabelecidos (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Essa patologia é uma grande preocupação em Saúde Pública, pois é a maior causa de internamentos de longa duração, gerando altos custos sociais e financeiros (SANTOS *et al.*, 2015).

Como opções de tratamento estão: cuidados gerais com a lesão, uso de antibióticos para tratar a infecção e controle da isquemia local. Além disso, a prevenção é a melhor medida de cuidado, assim, pacientes diabéticos devem ter especial atenção com comprometimento vascular. O tratamento cirúrgico normalmente está relacionado ao desbridamento para retirada de tecido morto, ou em casos mais graves a amputação (SANTOS *et al.*, 2015).

# CAPÍTULO 2

---

Regulação das Doenças Vasculares no Brasil

## Regulação das Doenças Vasculares

No Brasil, a APS é a principal porta de entrada da população no SUS. Dessa forma, cabe a esse nível da assistência oferecer atenção integral e biopsicossocial durante o processo de saúde e doença, com ações que visem a promoção, prevenção e cura e reabilitação dos usuários, incluindo os encaminhamentos para outras especialidades médicas, não médicas e hospitais (PINTO *et al.*, 2017).

Assim, identifica-se que o processo de regulação da assistência à saúde contempla a necessidade de disciplinar o acesso às ações e aos serviços de saúde, com destaque para a realização de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com quadro clínico de maior risco, quando observada a necessidade e/ou indicação clínica oriunda de serviços de saúde em tempo oportuno (BRASIL, 2016).

Atinente a isso, com o intuito de mitigar os aspectos adversos, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM/MS n° 1.559, de 1°/08/2008, que define a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo essa portaria, seu objetivo é fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, bem como promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários a estes, além de aperfeiçoar a utilização dos serviços em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário, sem que haja a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Regulação do SUS está organizada em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, sendo: - Regulação sobre sistemas; - Regulação da atenção; - Regulação do acesso (BRASIL, 2008).

A Regulação do acesso, ou regulação assistencial, aborda a gestão da organização, a realização de controle, o estabelecimento de prioridades ao acesso das necessidades identificadas, bem como dos respectivos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Essa abordagem incorpora a regulação médica, posicionando a autoridade sanitária como fundamento para a garantia do acesso, fundamentada em protocolos destinados a classificar o risco envolvido, bem como outros critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Esse serviço regulatório é efetivado pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às

urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários. Nesse contexto, a regulação incorpora as seguintes ações:

(...) regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. (BRASIL, 2008, s.p.).

No entanto, ao serem encaminhados da APS para atenção especializada, os usuários necessitam superar obstáculos, tais como: os usuários são atendidos por inúmeros profissionais de saúde antes de serem tratados; as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares; o aconselhamento ou as intervenções são de curta duração; há casos em que os especialistas tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico, não liberando vagas para atendimento de novos pacientes (PINTO *et al.*, 2017). Segundo Pinto *et al.* (2017), esse conjunto de fatores dificulta a coordenação do cuidado ao paciente pela APS.

Nesse cenário, o auxílio no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados é elaborado por meio de protocolos específicos, os quais se posicionam como ferramentas de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência destinada a modular a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores (BRASIL, 2016).

Os protocolos exercem ainda a função de filtro para as ocorrências de encaminhamentos desnecessários. Em análise das virtudes do protocolo de encaminhamento, observa-se a atribuição de orientar e eleger o acesso dos enfermos às consultas e/ou procedimentos somente quando identificada a necessidade clínica para tal. Sua aplicação de forma adequada proporciona expandir o cuidado clínico e a efetividade dos atendimentos, além de otimizar os recursos envolvidos, mitigando movimentações desnecessárias e, assim, proporcionando melhor emprego dos atores e materiais envolvidos, e adicionalmente melhor gestão das listas de espera (BRASIL, 2016).

Entretanto, o atendimento dos protocolos de forma efetiva depende do entendimento das informações necessárias referentes ao paciente, a fim de

determinar a necessidade da consulta, do atendimento ou do procedimento especializado. Assim, o desenvolvimento de protocolos para os principais fatores de encaminhamento de pacientes para cada especialidade, ou ainda para os principais procedimentos solicitados, facilita a ação da regulação (BRASIL, 2016).

Ressalta-se a importância de se estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre a equipe que encaminhou e o serviço para qual o usuário foi encaminhado (BRASIL, 2016).

No município de Campo Mourão-PR o sistema de referência e contrarreferência funciona através de formulário impresso (apresentado ao final deste). O médico da APS, ao examinar o paciente e verificar a necessidade de encaminhamento para serviço especializado, deve preencher a guia de referência que é levada pelo próprio paciente ao médico especialista no ato da consulta.

Nessa guia, o médico da família deve preencher as informações do paciente com nome, UBS de origem, idade, e principalmente, a história clínica, os achados no exame físico, resultados de exames complementares que já foram realizados, impressão diagnóstica par ao caso, terapêutica já utilizada, com detalhes da posologia, e solicitações ao médico especialista que receber o paciente.

O especialista, por sua vez, deve realizar o preenchimento da contrarreferência após realizar sua conduta para o determinado caso e orientar o paciente a voltar à UBS e entregar a guia ao médico da família, para que este continue acompanhando o caso e prestando o atendimento e cuidados necessários.

Na contrarreferência, cabe ao especialista preencher quanto à avaliação clínica realizada, diagnóstico provisório ou definitivo, investigação diagnóstica com exames complementares solicitados, terapêutica diagnóstica, solicitação de prazo para retorno ou dispensa dele, solicitações ao médico da UBS e informações profissionais.

O que se nota é que na maioria das vezes os encaminhamentos não são realizados adequadamente, o médico das UBS encaminha apenas um receituário com a queixa do paciente, colocando o motivo do encaminhamento. Com a implantação do prontuário eletrônico, médicos que utilizam o mesmo sistema conseguem se comunicar através do mesmo, porém não são todos os profissionais que possuem e fazem o preenchimento correto dele.

# CAPÍTULO 3

---

Proposta de Protocolo de Encaminhamentos à  
Cirurgia Vascular

A Figura 1 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 1 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento

## O QUE PRIORIZAR NO ENCAMINHAMENTO?

### MUITO ALTO

- Eletivo de Alta Prioridade: pacientes que demandam atendimento especializado prioritário e/ou prováveis complicações físicas e/ou clínicas.

### ALTO

- Eletivo Prioritário: pacientes que necessitam de atendimento médico especializado em um curto prazo de tempo, pois a demora no agendamento pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar impossibilidade de acesso a outros procedimentos subsequentes.

### MÉDIA

- Prioridade eletiva não urgente: situações clínicas sem gravidade que necessitem de agendamento eletivo.

### BAIXA

- Eletivo de rotina: pacientes que não necessitam de atendimento médico prioritário.

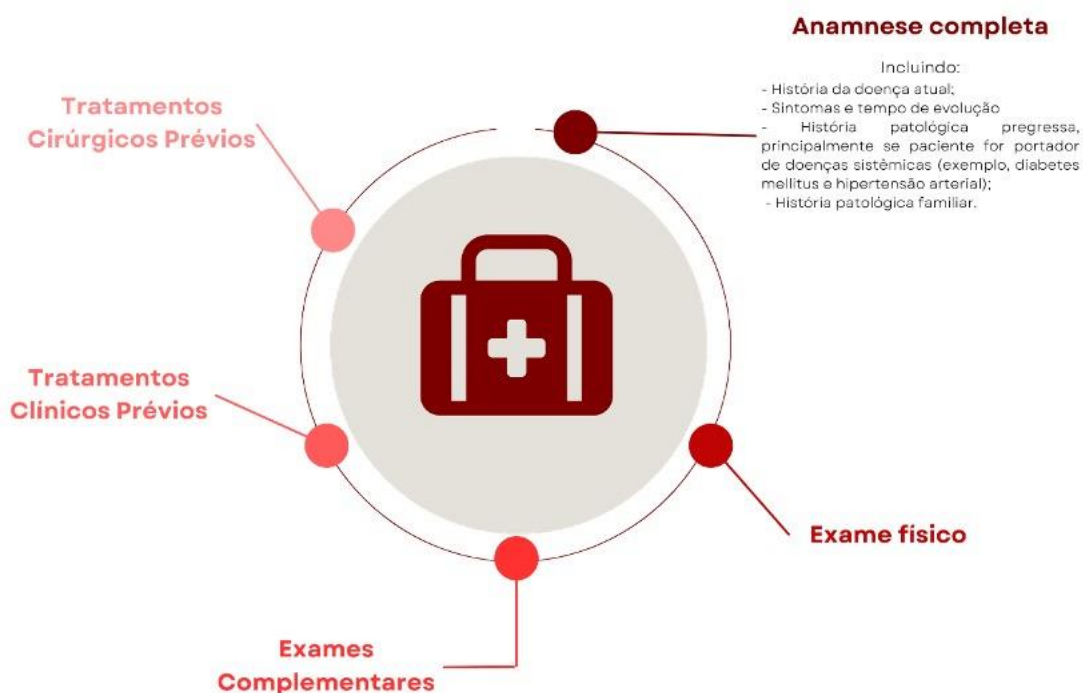
Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 2 apresenta conteúdo descritivo primário do que deve conter o encaminhamento de paciente ao especialista.

Figura 2 - Conteúdo descritivo primário do que deve conter o encaminhamento

## CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

### O que deve conter no encaminhamento?



Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

**Atenção:** orientar o paciente sobre a importância de levar o documento de referência com as informações clínicas, o motivo do encaminhamento, os exames complementares realizados recentemente e a receita dos medicamentos que está utilizando logo na primeira consulta com o especialista.

# PRINCIPAIS COMORBIDADES QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

A Figura 3 apresenta características da doença obstrutiva periférica.

Figura 3 - Características da doença obstrutiva periférica

## DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

### CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM ENCAMINHAMENTO

- Tabagistas, diabéticos, pessoas com ausência de pulsos em membros inferiores e claudicação arterial ou que apresentem cianose/palidez de extremidades e alterações de temperatura;
- Doença arterial crônica sintomática com claudicação, mesmo em uso de vasodilatadores, antiagregantes plaquetários, realizando exercício físico apropriado, com controle dos fatores de risco cardiovascular, interrupção do tabagismo, tratamento do diabetes, hipertensão e dislipidemia.

### SINAIS E SINTOMAS, DESCREVER:

- Claudicação intermitente com dor muscular desencadeada pelo exercício, e se alivia ou não com repouso;
- Presença de alterações tróficas (escassez de pêlos, unhas dos pés quebradiças, 2 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;
- Tempo de evolução, se amputações prévias e índice Tornozelo-Braquial (ITB);
- Tratamento realizado na APS: se mudanças no estilo de vida, medicações em uso e posologia.

### **DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA. DESCREVER 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 e história familiar.

### **EXAMES COMPLEMENTARES:**

- Exames laboratoriais: Hemograma, Tempo de Atividade da Protrombina (TAP) e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (PTTK). Glicemia de jejum. Hemoglobina glicada, Creatinina, Colesterol total e frações, Triglicérides e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory);
- Anexar laudo de Ecodoppler arterial ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

### **PRIORIDADES PARA REGULACÃO:**

- Casos de doença mais avançada com: - Palidez da pele ou cianose de extremidades, dor nas pernas mesmo quando em repouso; redução da temperatura das pernas, parestesias e úlcera isquêmicas ou gangrenas nos pés.

### **CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

- Suspeita de isquemia crítica aguda (palidez, baixa temperatura, ausência de pulso, dor em repouso que piora de intensidade, perda de força ou sensibilidade, parestesia ou paralisia do membro, gangrena úmida).

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 4 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 4 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento

<b>Muito alto</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com dor isquêmica ao repouso ou lesão trófica e pacientes com suspeita de isquemia aguda - encaminhar com urgência para hospital com serviço de alta complexidade especializado em cirurgia vascular e endovascular.</li> </ul>
<b>Alto</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com claudicação moderada a grave, sem dor ao repouso ou lesão trófica.</li> <li>• Ausência de melhora sintomática após tratamento clínico de 3 a 6 meses.</li> </ul>
<b>Média</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente com claudicação leve.</li> </ul>
<b>Baixa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente assintomático com exame de imagem evidenciando estenoses arteriais ou exame físico com ausência ou diminuição de pulsos de membros inferiores.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 5 apresenta os estágios clínicos da Doença Arterial Oclusiva Periférica.

Figura 5 - Estágios Clínicos da DAOP

Estágio	Classificação de Fontaine		Classificação de Rutherford			
	Manifestações Clínicas		Grau	Categoria	Manifestações Clínicas	
I	Assintomático	↔	0	0	Assintomático	
II	IIa	Claudicação não incapacitante	↔	I	1	Claudicação leve
			↔	I	2	Claudicação moderada
	IIb	Claudicação incapacitante	↔	I	3	Claudicação grave
III	Dor em repouso	↔	II	4	Dor isquêmica de repouso	
IV	Úlcera ou gangrena	↔	III	5	Perda tecidual menor	
			III	6	Perda tecidual maior	

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 6 apresenta características do Tromboembolismo Venoso.

Figura 6 - Características do Tromboembolismo Venoso

## TROMBOEMBOLISMO VENOSO

### CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM ENCAMINHAMENTO

- Síndrome pós-trombótica com hipertensão venosa ambulatorial (insuficiência venosa secundária à trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa), refratária ao tratamento conservador na APS (terapia compressiva para reduzir o volume do membro e consequentemente diminuir o calibre venoso e com isso aumentar a capacidade de fluxo no sistema venoso - melhora hemodinâmica, drenagem linfática, exercícios para trabalhar bomba muscular para diminuir a hipertensão venosa).

### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- 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, descrever os fatores de risco: cirurgia e trauma; idade; história anterior de TEV; imobilidade; câncer; obesidade; gravidez e puerpério; presença de veias varicosas em membros inferiores; viagem de longa duração;
- Anexar laudo de exames realizados na investigação, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data.

### PRIORIDADES PARA REGULAÇÃO

- Tromboembolismo venoso recorrente;
- Casos com dificuldades no manejo da anticoagulação;
- Pacientes com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratários ao tratamento conservador na APS.

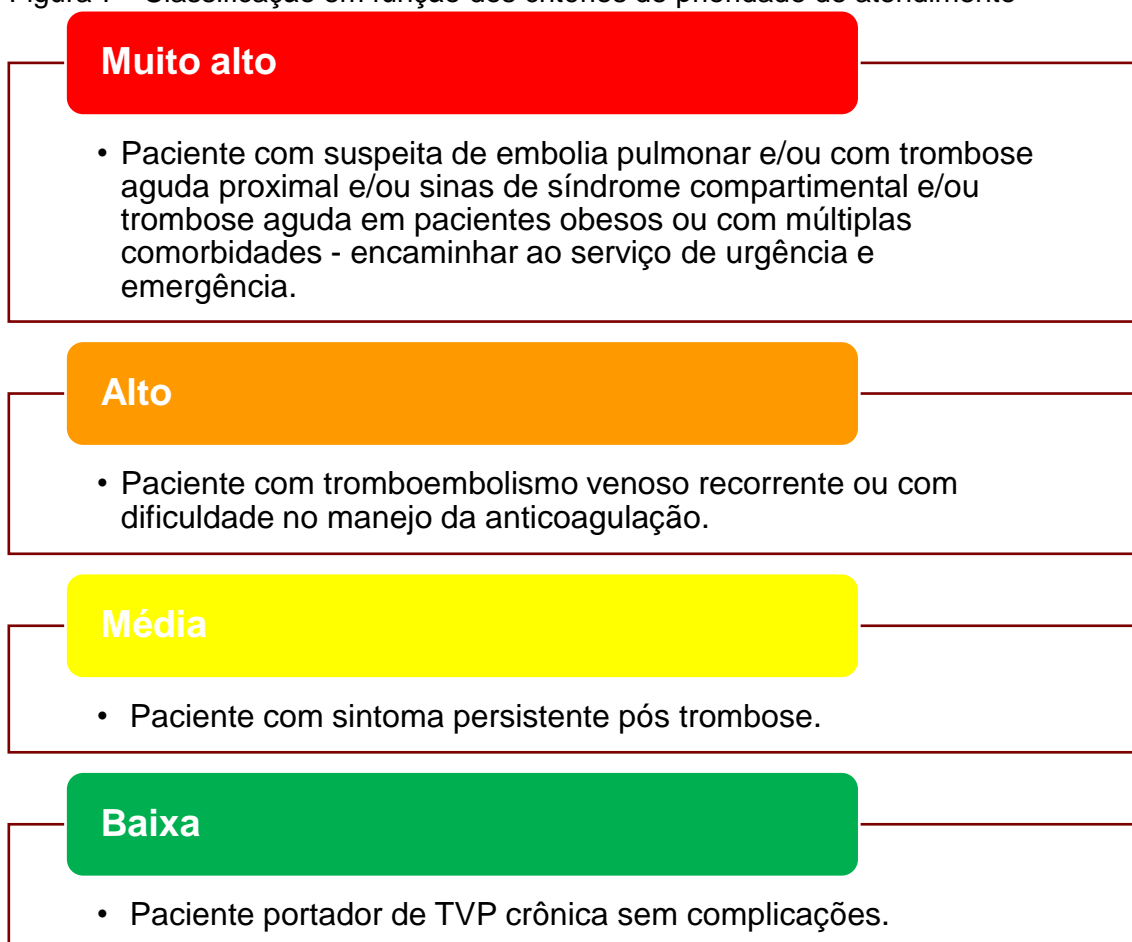
## CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Suspeita clínica de Trombose Venosa Profunda (TVP) - vide Escore de Wells para TVP.
- Suspeita clínica de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) - vide Escore de Wells para TEP.

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 7 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 7 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento



Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 8 apresenta o escore de Wells para análise do Tromboembolismo Venoso TVP.

Figura 8 - Escore de Wells para análise do Tromboembolismo Venoso TVP

SUSPEITA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) - ESCORE DE WELLS PARA TVP	
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 três ou mais dias ou cirurgia de grande porte nas últimas doze semanas (com necessidade de anestesia geral ou regional)	1
Aumento de sensibilidade ao longo do sistema venoso profundo	1
Edema em toda 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, necessário ecografia venosa de membros inferiores em até quatro horas.
- 1 ou 0 pontos – TVP pouco provável.

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

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

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 9 apresenta o escore de Wells para análise do Tromboembolismo Pulmonar TEP.

Figura 9 - Escore de Wells para análise do Tromboembolismo Pulmonar TEP

SUSPEITA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) – ESCORE DE WELLS PARA TEP	
Características clínicas	Pontos
Sinais e sintomas de TVP (edema de membro inferior e dor a 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 quatro semanas	1,5
TVP ou TEP prévio	1,5
Hemoptise	1
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos seis 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.

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).

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

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 10 apresenta características do Aneurisma de Aorta.

Figura 10 - Características do Aneurisma de Aorta

## ANEURISMA DE AORTA

### CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM ENCAMINHAMENTO

- Aneurismas com diâmetro maior ou igual a 4,5 cm; ou
- Com expansão rápida (maior do que 1 cm no ano ou 0,5 cm em seis meses); ou
- Pacientes com outros aneurismas periféricos (artérias ilíacas, femorais ou poplíteas); ou
- Para acompanhamento com exame de imagem quando indisponível na Atenção Primária em Saúde (APS).

### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio);
- Alterações ao exame físico;
- História familiar de doenças vasculares;
- Descrever atendimentos prévios em emergência e conduta na ocasião (se realizado);
- Medicamentos em uso, com posologia;
- Anexar e descrever laudo de exames complementares com data (se realizados);
- Presença de fatores de risco para ruptura de aneurisma, se presentes. Por exemplo: DPOC, hipertensão, assimetria do saco aneurismático, sexo feminino e fumo.

### PRIORIDADES PARA REGULAÇÃO

- Aneurisma fusiforme com crescimento maior do que 0,5 cm em seis meses ou 1 cm 3 ao ano;
- Aneurismas fusiforme maiores que 5 cm;
- Aneurismas saculares devem ser encaminhados para cirurgia vascular independentemente do tamanho.

### CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- Paciente apresentando dor de forte intensidade, constante e que não alivia com mudança de posição, geralmente em posição lombar ou epigástrica, associada à palidez e sudorese, com ou sem alterações hemodinâmicas;
- Aneurismas maiores que 5 cm com dor e/ou síncope associadas ao aneurisma.

### OBSERVAÇÕES:

- Aneurisma de Aorta Abdominal em paciente assintomático deve ser monitorado com exame de ultrassonografia abdominal total a cada seis meses na APS.
- 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, o diagnóstico é quase definitivo.

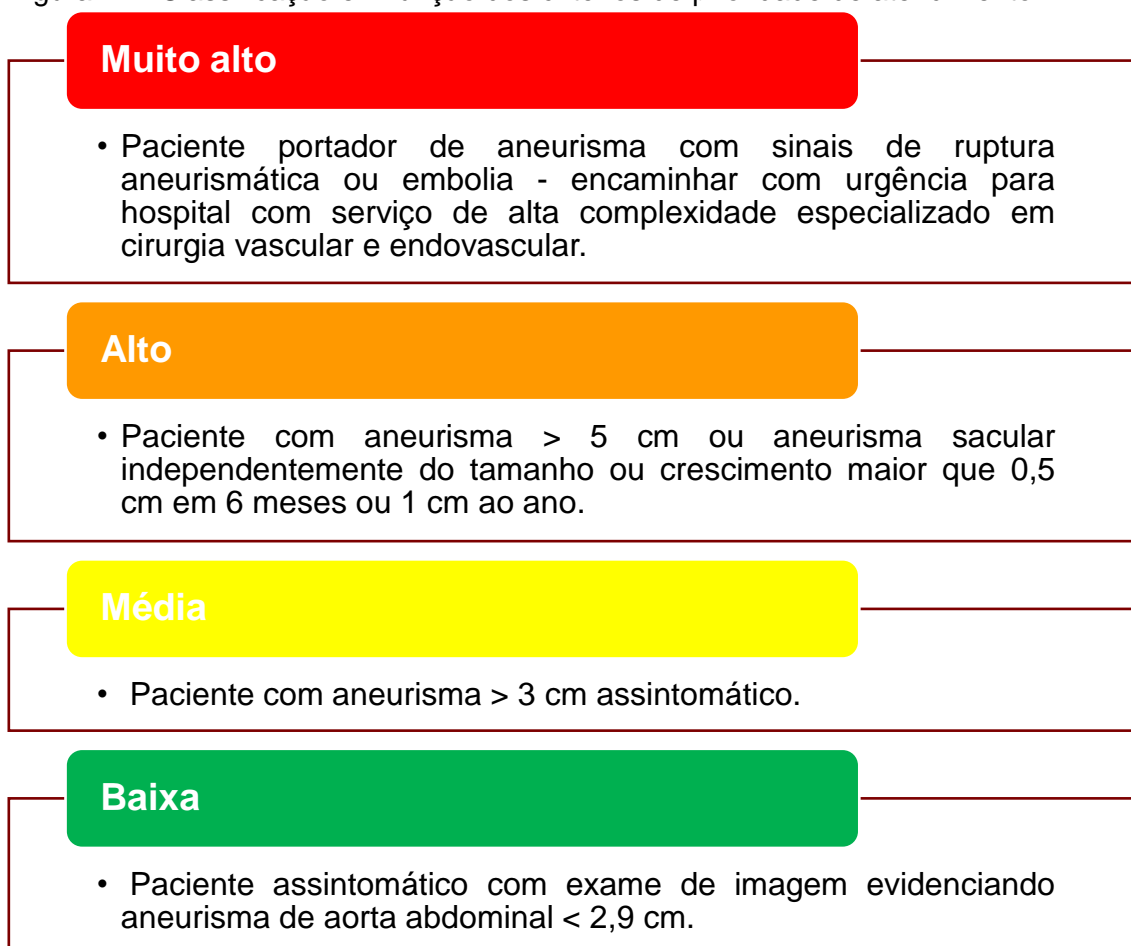
ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COM ECOGRAFIA	
Diâmetro do Aneurisma	Periodicidade do acompanhamento com ecografia
> 2,5 a 2,9 cm	Repetir exame em dez anos.
≥ 3 a 3,9 cm	Repetir exame a cada três anos.
≥ 4 a 4,9 cm	Repetir exame a cada doze meses (acima de 4,5 cm, encaminhar 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).

Chaikof et al. (2018)

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 11 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 11 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento



Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 12 apresenta características do Pé Diabético.

Figura 12 - Características do Pé Diabético

## PÉ DIABÉTICO

### CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM ENCAMINHAMENTO

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

### **CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:**

- 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 pêlos, unhas dos pés quebradiças, pulsações diminuídas ou ausentes, hipotrofia do membro acometido, úlcera);
- Fazer diagnóstico diferencial com Hanseníase.

### **PRIORIDADES PARA REGULAÇÃO**

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

### **CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE REDEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:**

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

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 13 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 13 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento



Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 14 apresenta características da Insuficiência Venosa Crônica.

Figura 14 - Características da Insuficiência Venosa Crônica

## INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

### CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM ENCAMINHAMENTO:

- Insuficiência venosa crônica (classificação CEAP C3 ou C4) refratária ao tratamento conservador na APS por seis meses - vide Classificação CAP para Insuficiência Venosa Crônica;
- Insuficiência venosa crônica sem melhora, com terapêutica conservadora com vistas a procedimento cirúrgico;
- Todas as úlceras venosas de membros inferiores de classificação CEAP C5 ou C6 - vide Classificação CEAP para Insuficiência Venosa Crônica (Quadro 2);
- Paciente com quadro recorrente de Trombose Venosa Profunda (TVP);
- Investigar trombofilia (avaliar encaminhamento ao Hematologista);
- Investigar neoplasia do aparelho digestivo (Considerar Endoscopia Digestiva Alta (EDA)/Colonoscopia/USGde Abdome Total antes de encaminhar ao Gastroenterologista).

### CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera, seu aspecto e se úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros);
- Dados relevantes da história clínica e do exame físico;
- Descrever episódio de tromboembolismo venoso prévio, se houver;
- Tratamento realizado para insuficiência venosa crônica (descrever tratamento conservador, medicamentos utilizados e tempo de duração);
- Se presença de úlcera crônica, descrever tratamento realizado: anexar laudo de USG com doppler venoso, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

### PRIORIDADES PARA REGULAÇÃO

- Presença de úlcera em membros inferiores (CEAP C5 ou C6) - se possível solicitar ecodoppler venoso bilateral de membros inferiores, de veias ilíacas e veia cava;
- Presença de varizes de grosso calibre;
- Alterações tróficas, tais como: hiperpigmentação, eczema, lipodermatoesclerose e úlcera venosa em membros inferiores;
- Episódio de varicorragia prévia.

### CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- Suspeita de trombose venosa profunda (presença de edema unilateral em membros inferiores, dor e empastamento na panturrilha);
- 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.

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 15 apresenta a Classificação da Insuficiência Venosa Crônica dos Membros Inferiores (CEAP).

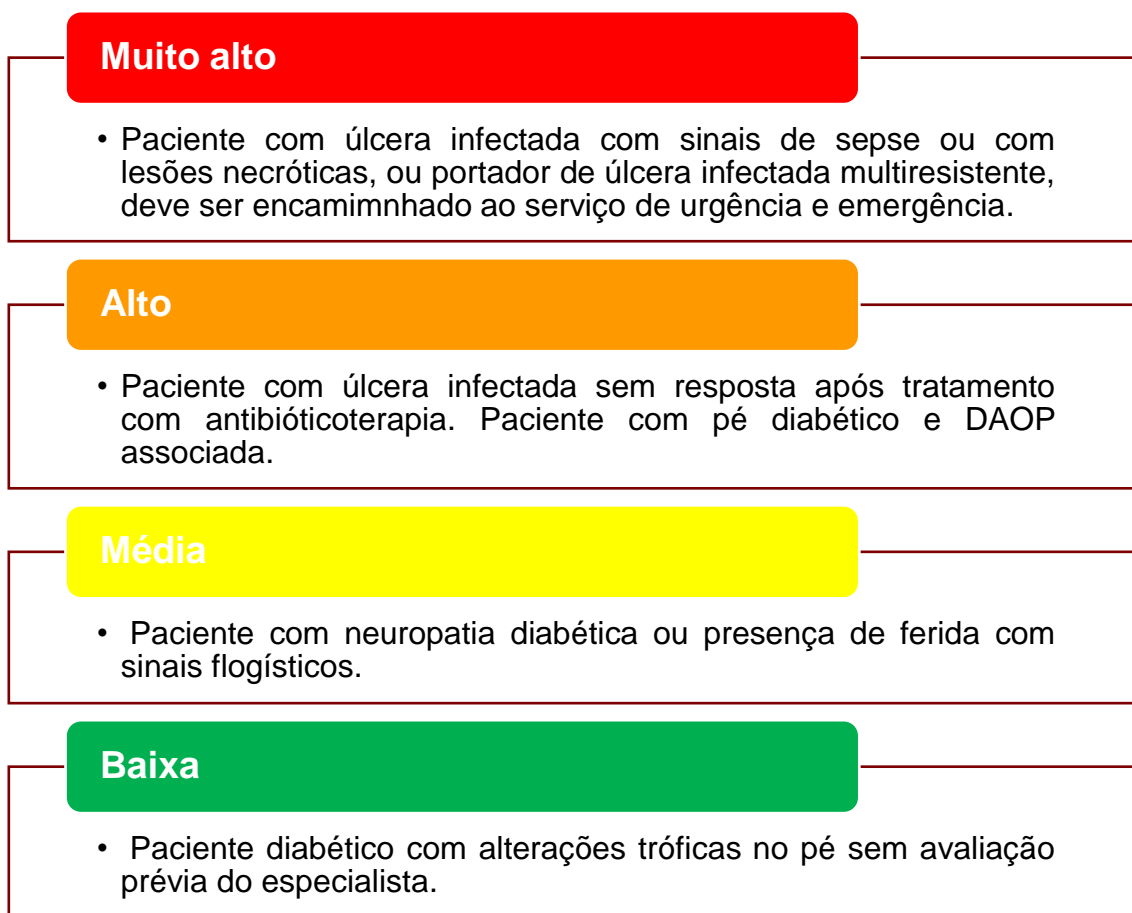
Figura 15 - Classificação CEAP para insuficiência venosa crônica

Classificação CEAP	Descrição
C0	Sem Sinais de Doença Venosa Crônica
C1	Telangiectasias ou veias reticulares
C2	Veias varicosas
C3	Edema
C4	Alterações de pele
C5	Úlcera venosa cicatrizada
C6	Úlcera venosa ativa

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 16 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 16 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento




Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

# CAPÍTULO 4

---

Como preencher adequadamente a Guia de  
Referência e Contrarreferência

Guia de referência e contrarreferência utilizada Secretaria de Saúde do Município de Campo Mourão – Paraná.

 <b>REFERÊNCIA</b>			
<b>PACIENTE</b>	Nome:	F. Familiar (geral)	
	1	2	
<b>DE</b>	Unidade de Saúde	Idade:	Sexo:
	3	4	5
<b>PARA</b>	Nome e n° do CR do Profissional (carimbo)	Fonte:	
	6	7	
	Especialidade:	Data:	
	8	9	
	Nome do Profissional:	Data da consulta:	
	10	11	
	Local do Encaminhamento:	Hora:	
	12	13	
História clínica (dirigida à causa do encaminhamento):			
14			
Exame Físico:			
15			
Resultados de Exames complementares já realizados (com data)			
16			
Impressão Diagnóstica			
17			
Terapêutica já utilizada (com posologia)			
18			
Solicitações:			
19			

<h1>CONTRA-REFERÊNCIA</h1>	
Avaliação Clínica:  <div style="text-align: center;">20</div>	
Diagnóstico provisório:  <div style="text-align: center;">21</div>	
Diagnóstico definitivo:	
Investigação diagnóstica - exames complementares solicitados:  <div style="text-align: center;">22</div>	
Terapêutica diagnóstica - exames complementares solicitados:  <div style="text-align: center;">23</div>	
Retorno em: <div style="text-align: center;">24</div>	<input type="text"/> dias <input type="text"/> meses <input type="text"/> anos
Desnecessário retorno: <input type="text"/>	
Solicitações:  <div style="text-align: center;">25</div>	
Nome e nº CR do Profissional (carimbo)  <div style="text-align: center;">26</div>	Data:  <div style="text-align: center;">27</div>

**Informações a serem preenchidas nos campos dos da Guia de Referência.**

(Preenchido pelo médico que está realizando o encaminhamento a outro profissional).

- 1 – Informar o nome completo do paciente, sem abreviações. Informar sempre o nome oficial que consta no documento oficial. Caso o paciente possua um nome social ele também deve ser informado entre parentes e em primeiro plano (Exemplo: Nome Social – Maria).
- 2 – Informar o número da Ficha Familiar de cadastro na Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde a qual o paciente está adscrito.
- 3 – Informar a unidade de saúde do médico de atendimento básico que está realizando o encaminhamento.
- 4 – Informar a idade do paciente.
- 5 – Informar sexo masculino ou feminino. Caso o paciente deseje informar seu gênero deve-se realizar um asterisco neste campo e no verso da guia repetir o asterisco e relatar o gênero informado pelo paciente.
- 6 – Informar o nome completo do Profissional que está realizando o encaminhamento e o número do respectivo conselho de classe.
- 7 – Informar o nível de saúde em que o profissional está atendendo (ex. atenção primária, secundária, etc.).
- 8 – Informar o nome da especialidade para a qual está realizando o encaminhamento.
- 9 – Informar a data da realização do encaminhamento.
- 10 – Informar, se houver, o nome do profissional específico para o qual está realizando o encaminhamento.
- 11 – Informar a data da consulta com o especialista.
- 12 – Informar o local da consulta com o especialista.
- 13 – Informar o horário da consulta com o especialista.
- 14 – Informar a História Clínica do Paciente relacionada ao motivo que levou ao encaminhamento ao especialista indicado.
- 15 – Informar o Exame Físico realizado na consulta e os achados pertinentes ao especialista.
- 16 – Informar os exames complementares que já haviam sido realizados na data da consulta e a data da realização deles.
- 17 – Informar a impressão diagnóstica da consulta.
- 18 – Informar a terapêutica adotada após a consulta e até a consulta com o especialista, incluindo toda a posologia proposta.
- 19 – Informar as solicitações para o médico especialista realizar avaliação.

**Informações a serem preenchidas nos campos dos da Guia de Contrarreferência.**

(Preenchido pelo médico especialista que recebe o paciente encaminhado e devolve para a unidade de saúde de origem).

20 – Informar os dados da avaliação clínica realizada no ato da consulta.

21 – Informar o possível Diagnóstico Provisório para o caso do paciente ou o Diagnóstico Definitivo, se este já estiver estabelecido.

22 – Informar os exames solicitados para melhor investigação diagnóstica.

23 – Informar a Terapêutica proposta para o caso do paciente e outros exames complementares solicitados, se necessário.

24 – Informar sobre o prazo de retorno, se este deve acontecer em dias, semanas ou meses, ou se não for necessário o retorno também deve ser informado.

25 – Informar as solicitações para o profissional ao qual o paciente está sendo “devolvido”.

26 – Informar os dados profissionais do médico que realizou o atendimento, nome completo, e registro profissional, com carimbo.

27 – Informar da data do atendimento e preenchimento da contrarreferência.

## Referências

- ALBIERI, F. A. O.; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 184-195, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015s005231>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- ALBRINCKER, M. *et al.* Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Internados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.l.], v. 48, n. 4, p. e20220161, 2022.
- ASKIN, L.; TANRIVERDI, O.; ASKIN, H. S. O efeito da doença de coronavírus 2019 nas doenças cardiovasculares. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, [S.l.], v. 114, n. 5, p. 817-822, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200273>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- BATTINELLI, E. M.; MURPHY, D. L.; CONNORS, J. M. Venous Thromboembolism Overview. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 345-367, apr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hoc.2012.02.010>. Acesso em: 05 ago. 2022.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. *In*: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Org.). **Pesquisa Qualitativa com texto Imagem e Som – um manual prático**. 13 ed. Petrópolis: Vozes. cap. 1, p. 17-36, 2015.
- BECKER, M.; BONAMIGO, T. P.; FACCINI, F. P. Avaliação da mortalidade cirúrgica em aneurismas infra-renais da aorta abdominal. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 15-21, 2020.
- BERNARDINO JUNIOR, S. V. *et al.* Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 694-707, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012608>. Acesso em: 05 ago. 2022.
- BERTOCHI, T.; GOMES, R. Z.; MARTINS, M. Mobilidade da articulação talocrural como fator preditor no prognóstico de cicatrização em portadores de insuficiência venosa crônica com úlcera venosa. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 18, e20180133, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.180133>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.559, de 1 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: DF, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559\\_01\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html). Acesso: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. *E-book* (28 p.). ISBN 978-85-334-2018-2. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_do\\_doenc\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_do_doenc_cronicas.pdf). Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; 14), ISBN 85-334-1197-9, 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada Cardiologia.** V. 2. (23 p.). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_especializada\\_cardiologia\\_v\\_II.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf). Acesso: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Regulação em saúde: Direito do Cidadão e Dever do Estado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPO MOURÃO. PARANÁ. SECRETARIA DE SAÚDE. **Secretaria Municipal de saúde.** 2022. Disponível em: <https://campomourao.atende.net/subportal/secretaria-de-saude/pagina/unidades-basicas-de-saude>. Acesso: 20 nov. 2022.

CARROLL, B. J.; PINTO, D. S.; SANINA, C. Chronic venous disorders. *In*: WILEY, J.M., editor. **Endovascular interventions.** London: John Wiley & Sons, 2019. p. 251-65.

CESANA, A. C. *et al.* **Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial.** Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação em Saúde. Governo do Estado do Espírito Santo. Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS). Espírito Santo, 2021.

CESARINO, C. B. *et al.* Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 101-107, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100016>. Acesso em: 24 jun. 2022.

CHOBANIAN, A. V. *et al.* The seventh report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). **JAMA**, [S.l.], v. 289, n. 19, p. 2560-2571, 2003.

COURTOIS, M. C.; ZAMBON, J. Várices e insuficiência venosa crônica. **EMC Tratado de Medicina**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 1-11, 2019.

DEAK, S. T. Retrograde administration of ultrasound-guided endovenous microfoam chemical ablation for the treatment of superficial venous insufficiency. **Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 477-484, 2018.

FERREIRA, L. T. *et al.* Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 182- 188, 2011.

GUTIERREZ, P. S.; TAVORA, F. R. F.; BORGES, L. F. Vasos Sanguíneos e Linfáticos. *In*: BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Panorama geral**. 2022. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/campo-mourao/panorama>. Acesso: 20 nov. 2022.

LOPES, G. S. G. *et al.* Representações sociais sobre pé diabético: contribuições para Atenção Primária à saúde no Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 5, p. 1793-1803, 2021.

MAIA, M. *et al.* Síndrome pós-trombótica e qualidade de vida em doentes com trombose venosa ilio-femoral. **Angiologia e Cirurgia Vasculare**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 173-179, 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. ISBN: 978-85-7967-078-7.

MILECH, A. Pé diabético. *In*: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. organizadores. **Diabetes Mellitus**: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 7-14.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOTA, L. P. *et al.* Aneurisma de aorta abdominal: Importância do diagnóstico precoce. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 3, e15211326251, 2022.

NASCIMENTO, B. R. *et al.* Epidemiologia das doenças cardiovasculares em países de Língua Portuguesa: dados do " Global Burden of Disease", 1990 a 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.l.], v. 110, n. 6, p. 500-511, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180098>. Acesso em: 12 out. 2022.

NETO, L. M. S.; NASCIMENTO, C. L. S. Fatores de risco para doença arterial obstrutiva periférica. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 168-175, 2007.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular–Brasil 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20211012>. Acesso em: 12 out. 2022.

OLIVEIRA, J. C. *et al.* Pé diabético e amputações em pessoas internadas em hospital público: estudo transversal. **ABCS Health Sci.**, [S.l.], v. 41, n. 1, p. 34-39, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Doenças cardiovasculares**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso: 20 nov. 2022.

ÖZBERK, S. *et al.* The relationship between quality of life, functional capacity, physical activity and performance levels in chronic venous disease. **EJCM**. [S.l.], v. 6, n. 3, p. 97- 101, 2018.

PETTO, J. *et al.* Importância da qualidade da formação acadêmica no tratamento da Insuficiência Venosa Crônica. **Int J Cardiovasc Sci**, [S.l.], v. 29, p. 31-36, 2016.

PINTO, L. F. *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>. Acesso em: 05 ago. 2022.

SANTOS, I. C. R. V. *et al.* Factors associated with diabetic foot amputations. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 37-45, 2015.

SAVINO NETO, S.; NASCIMENTO, J. L. M. Doença arterial obstrutiva periférica: novas perspectivas de fatores de risco. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 21, n. 2, 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v21n2/v21n2a07.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

SIQUEIRA, A. S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G.; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.l.], v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20170068>. Acesso em: 12 out. 2022.


SIQUEIRA, F. Aneurisma de aorta: etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Cardiologia**, [S.l.], v. 34, n. 4, p. 334-339, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002. ISBN: 85-87853-72-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2017**: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [internet]. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/world-health-statistics-2017-monitoring-health-sdgs>. Acesso em: 23 nov. 2022.

## ANEXO C

Guia de referência e contrarreferência utilizada pela Secretaria de Saúde do Município de Campo Mourão – Paraná.

 <b>SUS</b> <small>Sistema Único de Saúde</small>			
REFERÊNCIA			
<b>PACIENTE</b>	Nome:	F. Familiar (geral)	
<b>DE</b>	Unidade de Saúde	Idade:	Sexo:
	Nome e n° do CR do Profissional (carimbo)	Fonte:	
<b>PARA</b>	Especialidade:	Data: / /	
	Nome do Profissional:	Data da consulta:	
	Local do Encaminhamento:	Hora:	
História clínica (dirigida à causa do encaminhamento):			
Exame Físico:			
Resultados de Exames complementares já realizados (com data)			
Impressão Diagnóstica			
Terapêutica já utilizada (com posologia)			
Solicitações:			

# CONTRA-REFERÊNCIA

Avaliação Clínica:

Diagnóstico provisório:

Diagnóstico definitivo:

Investigação diagnóstica - exames complementares solicitados:

Terapêutica diagnóstica - exames complementares solicitados:

Retorno em:

dias

meses

anos

Desnecessário retorno:

Solicitações:

Nome e nº CR do Profissional (carimbo)

Data: