



ASSISTÊNCIA À PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA NA ATENÇÃO BÁSICA

*Elaine Alves de Souza*¹

*Isabel Assunção Maia*¹

*Suzana Martins*²

RESUMO: Introdução: Segundo o Ministério da saúde, doença cardiovascular é a principal causa morte no Brasil. Dentre estas, a doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) vem aumentando, devido aos processos aterosclerótico. **Metodologia:** Um relato de caso utilizando o Arco de Maguerez, na unidade de saúde Jardim Tiradentes em Aparecida de Goiânia- GO, de janeiro a maio de 2018. Revisou a literatura utilizando os descritores: DAOP, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade e hipercolesterolemia, nos indexadores: ScientificElectronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico. **Discussão:** DAOP, patologia decorrente de aterosclerose levando a isquemia, obstruções arteriais e limitação funcional. Tabagismo, obesidade, idade avançada, DM, HAS e dislipidemias, estão associados. **Conclusão:** Unimos teoria à prática na atenção primária à saúde, buscando na literatura um melhor entendimento da DAOP, levantando os fatores de risco que a paciente apresenta para modificá-los e prevenir futuras complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Doença arterial obstrutiva periférica. Atenção básica. Hipertensão arterial sistêmica. Diabetes mellitus. Tabagismo.

1 INTRODUÇÃO

Segundos dados do Ministério da saúde, as doenças cardiovasculares são ainda a principal causa de morte no Brasil tanto em homens, quanto em mulheres. Dentre estas a doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) vem aumentando nos últimos anos, devido aos processos ateroscleróticos ligados aos fatores de risco (GAROFOLO *et al.*, 2014).

A doença arterial obstrutiva periférica é uma patologia complexa e multifatorial, tendo como etiologia a aterosclerose, que está cada vez mais prevalente na sociedade atual, pois está diretamente ligada ao tabagismo, obesidade, idade avançada, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemias (GAROFOLO *et al.*, 2014; DURAZZO, 2005).

¹ Acadêmica do 7º período do curso de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser, no 1º semestre de 2018.

² Professora do curso de Medicina da Faculdade Alfredo Nasser, orientadora do presente trabalho.

A DAOP está relacionada a um alto risco de morbidade cardiovascular. Estima-se que após os 40 anos de idade, o risco de apresentar DAOP aumentam de 3 a 4 vezes a cada 10 anos. Apresentando uma prevalência de 25% na população acima de 55 anos e cerca de 70 a 80% dos pacientes acometidos são assintomáticos (DURAZZO, 2005).

Diante disso, a atenção básica de saúde através dos princípios da integralidade, acessibilidade, universalidade e do direito ao cuidado, tem um papel importante na promoção de saúde da população tanto individual como coletivo no intuito de reduzir os fatores de risco para doenças cardiovasculares, prevenindo, diagnosticando de preferência precocemente e tratando no intuito de evitar possíveis complicações (BRASIL, 2006).

Contudo, o objetivo deste artigo é fazer um relato de caso com a aplicação do Método do Arco da Problematização, sobre a assistência na atenção básica a uma paciente mulher, idosa, portadora de doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), com diversas comorbidades associadas que serão melhor descritas no decorrer deste artigo.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de caso utilizando a metodologia da problematização, através do Arco de Maguerez, com busca ativa de uma família adscrita na unidade de saúde Jardim Tiradentes na cidade de Aparecida de Goiânia- GO, no período de janeiro a maio de 2018. Foi realizada uma revisão de literatura utilizando os descritores: doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, obesidade e hipercolesterolemia, nos indexadores: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico.

3 DISCUSSÃO

1ª etapa: Observação da realidade

M. D. S., sexo feminino, 63 anos, solteira, trabalhava em serviços gerais, e há 4 anos recebe auxílio-doença, nega etilismo, tabagismo e uso de drogas ilícitas, porém fumou durante 30 anos, e cessou o mesmo a sete. G4P4A0, sendo três mulheres e um homem. 3 partos normais e 1 cesáreo. E seis netos.

Reside sozinha, porém 2 netos fazem companhia no período vespertino. A casa possui 5 cômodos (sala, dois quartos, banheiro e cozinha), com saneamento básico e água tratada, no bairro Jardins Tiradentes, em Aparecida de Goiânia-GO.

Pais falecidos, a mãe por causa desconhecida, quando ela ainda era criança e o pai de acidente vascular encefálico. Possui seis irmãos, apenas um deles é hipertenso e diabético, os outros cinco são saudáveis.

Ao exame físico na primeira visita domiciliar, apresentava-se em bom estado geral, orientada, consciente, anictérica, afebril e acianótica. Pressão arterial sistêmica em membro superior direito 120x70 mmHg, frequência cardíaca 81 batimentos por minuto (bpm), pulso periférico aferido em artéria radial direita 81 bpm, pulso tibial posterior esquerdo 80 bpm e direito de 85 bpm. Circunferência abdominal 110 cm, altura 1,70, peso 74 kg, IMC 25,61.

Apresenta queixa de dor em membro inferior esquerdo (MIE), quando caminha por um longo tempo. Relatando ter trombose nesse membro.

Segundo o exame de arteriografia do MIE, feito em 2012, apresentava ectasia de artéria ilíaca comum esquerda, oclusão de artéria tibial anterior após sua origem e oclusão de artéria plantar lateral, oclusão fêmoro-poplíteia com reabilitação infrapatelar em tronco tibiofibular e artéria tibial anterior. Sendo submetida a uma cirurgia para enxerto fêmoro-poplíteio, nesse mesmo ano.

Em 2015, foi realizado um Doppler arterial do MIE, que constatou artéria femoral superficial, fibular, tibial anterior e poplíteia sem fluxo, esta última com área extensa de trombo em seu interior.

Em 2016, foi realizado novamente o mesmo exame desse membro e observou-se a oclusão do enxerto fêmoro-poplíteio.

Apresentou como comorbidades, diabetes mellitus tipo 2 há 7 anos, que trata com: Janumet® (sitagliptina e metformina): 1 comprimido pela manhã e outro à noite; diamicron® 60 mg (gliclazida): 1 comprimido pela manhã. Hipertensão arterial sistêmica em uso de um medicamento com as seguintes associações, hidroclorotiazida, olmesartana e medoxomila: 1 comprimido pela manhã. Trata também hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia com ciprofibrato 100 mg: 1 comprimido à noite e rosuvastatina: 1 comprimido à noite. Para a dor no MIE usa amitriptilina: 2 comprimidos à noite e o Claudic® 100 mg (cilostazol) 1 comprimido pela manhã e outro à noite para a doença arterial periférica obstrutiva do membro inferior esquerdo.

2ª etapa: Pontos-chaves

Doença arterial obstrutiva periférica;
Diabetes Mellitus;
Hipercolesterolemia;
Tabagismo;
Hipertensão arterial sistêmica;
Obesidade;
Atenção primária a saúde.

3ª etapa: Teorização

Doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) é uma patologia decorrente de aterosclerose que leva a uma isquemia e várias obstruções arteriais, levando a limitação funcional e dificultando ou impedindo o fluxo sanguíneo para os membros, causando dor em membros inferiores, câimbras, queimação e claudicação intermitente principalmente quando realiza exercícios físicos e melhorando com o repouso (HARADA, 2015; DURAZZO, 2005).

Doença arterial coronariana (DAC) e doença carotídea estão associadas com a DAOP elevando a chance de desenvolver infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) e morte vascular. Aumentando assim, em seis vezes os risco de mortalidade atribuído a essas causas. Não tendo uma relação de proporção entre homens e mulheres, ou seja, acomete por igual os dois sexos (DURAZZO, 2005).

Durazzo (2005) cita alguns fatores de risco que estão diretamente ligados a DAOP, que são: tabagismo, obesidade, idade avançada, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemias. Porém dentre esses, o DM e o tabagismo são os principais fatores que levam ao surgimento dessa patologia e aumenta o seu risco em três a quatro vezes.

Segundo Neto e Nascimento, em seu trabalho intitulado “doença arterial obstrutiva periférica- novas perspectivas de fatores de risco” dividi estes, em dois principais grupos, os conhecidos que são idade avançada, tabagismo, diabetes, dislipidemia e hipertensão arterial, e os emergentes que entra as raças e etnias, genéticas, insuficiência renal crônica (IRC), inflamação e estado de hipercoagulabilidade. Relatando:

Idade avançada: a prevalência da DAOP aumenta com a idade. No estudo de Framingham e no NHANES verificou-se uma grande associação com idade a partir dos 70 anos, sendo que nesse último a prevalência foi de 4,3% em pacientes com 40 anos e de 14,5% com 70 anos ou mais. No estudo PARTNERS, os grupos de pacientes entre 50 e 69 anos e de 70 anos ou mais, associados ao tabagismo e ao diabetes, a prevalência foi de 29%.

Tabagismo: É o mais importante fator de risco para a DAOP, bem como para o aparecimento de suas manifestações como a claudicação intermitente e isquemia crítica. Aumenta cerca de quatro vezes o risco para a doença e acelera em torno de uma década o aparecimento da claudicação intermitente. Quando comparamos a evolução de pacientes com DAOP não fumantes com os fumantes, observamos neste grupo uma menor taxa de sobrevivência por eventos cardiovasculares e piora da isquemia dos membros, com taxas de amputações duas vezes maiores. A associação da DAOP com o tabagismo é duas vezes maior, quando comparada com a doença coronariana, não se sabendo claramente os motivos.

Diabetes Mellito: o diabetes aumenta o risco da DAOP de 1,5 a 4 vezes, estando associada a eventos cardiovasculares e aumento da mortalidade [...].

Hiperlipidemia: o nível de colesterol total elevado aumenta o risco de claudicação intermitente em até duas vezes de acordo com o estudo de Framingham. No estudo de NHANES e PARTNERS, foram observadas taxas de hipercolesterolemia em pacientes com DAOP de 60% e 77% respectivamente [...].

Hipertensão Arterial: pacientes com índice tornozelo-braço (ITB) menor que 0,9, cerca de 52% tem hipertensão arterial. O risco de Claudicação Intermitente nesses pacientes é aumentada em 2,5 a 4 vezes, tanto em homens como em mulheres [...] mostram a alta prevalência da hipertensão com a DAOP, sendo a DAOP um fator de risco para a doença isquêmica do coração.

Já dentre os grupos de fatores de risco emergentes destacam os:

Raça e etnia: alguns estudos tem mostrado maior prevalência de DAOP em pacientes negros e hispânicos. Entre esses estudos o NHANES mostrou que negros sem descendência hispânica tiveram uma taxa de DAOP três vezes maior que brancos sem descendência hispânica [...].

Genéticos: a predisposição genética para a DAOP baseia-se na observação de que pacientes sem fatores de risco desenvolvem a doença prematuramente. Entretanto, até o momento, não se detectou a presença de um gene responsável pela mesma, mas estudos como o GeneticDeterminantsofPeripheral Arterial Disease apontam a presença de um fator genético entre as causas do seu desenvolvimento.

Insuficiência Renal Crônica (IRC): Até pouco tempo, pequeno número de estudos epidemiológicos relacionavam a insuficiência renal crônica com um fator de risco para a DAOP. O estudo NHANES mostrou que 24% de uma população com idade de 40 anos ou mais, portadores de IRC apresentaram a doença (ITB < 0,9), contra 3,7% de pacientes com clearance de creatinina > 60 ml/min. A prevalência de ITB alterada (< 0,9) é elevada, cerca de 30 a 38% em pacientes com doença renal avançada em tratamento dialítico. A associação entre insuficiência renal crônica e DAOP independe da presença do diabetes, hipertensão arterial, idade, etnia e o seu mecanismo não é conhecido, podendo estar relacionado com os mecanismo de inflamação vascular e os níveis elevados de homocisteína presentes nesses doentes.

Inflamação: a presença de marcadores inflamatórios como a proteína C reativa, fibrinogênio, interleucina-6 e leucócitos têm sido observados em doença arteriosclerótica de outros territórios, mas a sua associação com a DAOP não está bem definida, tendo poucos trabalhos que mostram essa relação [...].

Estados de Hipercoagulabilidade: também chamado de trombofilias, representam um fator de risco para a DAOP. Pacientes jovens, sem fatores de risco, pacientes com história familiar de arteriosclerose precoce, oclusão de revascularizações arteriais sem motivos técnicos devem ser considerados. Diversos estudos sugerem associação da DAOP e níveis alterados de fatores hemostáticos como lipoproteína A, homocisteína, anticorpo antifosfolípides e dímero D. Os níveis elevados de dímero D parecem estar relacionados com a piora da claudicação intermitente, enquanto que o aumento da homocisteína e da lipoproteína A parece ser importante em DAOP difusas sem fatores de risco tradicionais para a doença [...].

O diagnóstico da DAOP é realizado através de um minucioso exame físico principalmente dos pulsos, o índice tornozelo-braquial que é um exame não invasivo de fácil execução, de alta sensibilidade e especificidade que faz-se o cálculo pela divisão do maior

valor da pressão sistólica de uma das artérias do tornozelo pelo valor da pressão sistólica da artéria braquial, que em casos normais a pressão sistólica dos membros inferiores é igual ou ligeiramente superior à dos membros superiores, e na presença de DAOP ocorre uma queda da pressão sistólica dos membros inferiores. O resultado menor que 0,9 indica a alta sensibilidade e especificidade para a doença (MOTA *et al.*, 2017).

Tem-se como exames de imagens a arteriografia por punção direta que irá detectar qual segmento está opacificado, o doppler que quantifica o grau da isquemia, a angiressonância magnética que é um exame não invasivo que potencializa as imagens de estenose arterial, e angiotomografia realizada com grandes quantidades de contraste iodado por via endovenosa e radiação (MOTA *et al.*, 2017).

O tratamento é baseado em medidas para aliviar os sinais e sintomas, juntamente com medidas que reduzem as complicações cardiovasculares secundárias como manter o colesterol em níveis normais e utilizar de terapias de antiagregantes plaquetários, hipolipemiantes, estatinas, inibidores da enzima de conversão e betabloqueadores. Outros métodos também são eficazes como a revascularização endovascular para pacientes com estenose de alto grau dos segmentos arteriais. Além de medidas gerais como controle do peso, evitar tabagismo, etilismo e sedentarismo são de suma importância no tratamento da DAOP (DURAZZO, 2005; MOTA *et al.*, 2017).

4ª etapa: Hipóteses de solução

Nesta etapa foi formulado um plano para auxiliar dona M. D. S. a tratar melhor a sua patologia de base, que é a Doença Arterial Obstrutiva Periférica.

Assim, focamos nos fatores de risco apresentados, que são: diabetes mellitus, obesidade, hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia e tabagismo.

Diante disso, as hipóteses de soluções foram: agendamento de consulta com o médico angiologista, para dar seu parecer sobre a gravidade das oclusões e realização de novos exames; cardiologista, pois a DAOP está intimamente relacionada com doenças coronarianas e aterosclerose e também com a endocrinologista, para fazer um melhor controle da diabetes mellitus tipo 2.

Propomos a adoção de uma dieta hipocalórica, hipoglicêmica, a prática de atividade física e adesão a terapia medicamentosa.

5ª etapa: Aplicação à realidade

Mediante a situação encontrada, conseguimos aplicar todas as hipóteses de solução que descrevemos no item acima.

Fomos muito bem recebidas pela senhora M. D. S., conseguindo ter uma percepção da realidade em que está inserida, pois conversamos muito e foi bastante receptiva as nossas visitas e orientações.

Ao explicarmos sobre a importância de ir ao médico, se tratar, fazer uma dieta equilibrada, emagrecer e tomar a medicação corretamente, sentimos a cada encontro que estava seguindo as nossas orientações, pois percebemos que ela estava adquirindo novos hábitos.

Dessa forma, nosso papel na Atenção Básica, de orientar sobre a mudança nos hábitos de vida para prevenir novas obstruções, foi alcançado, porém por ser uma doença que necessite de um atendimento especializado e cirúrgico, não foi possível no curto período que a acompanhamos, verificar o seu desfecho.

Em seu último exame de Doppler arterial do membro inferior esquerdo foi constatado oclusão do enxerto fêmoro-poplíteo feito em 2012 e oclusões das artérias femoral superficial, poplíteo e tibial anterior, o que de antemão solicitamos que marcasse um médico angiologista, para que este pudesse dar seu parecer sobre a gravidade dessas lesões, realização de novos exames e uma possível modificação no seu tratamento.

Após as visitas domiciliares, constatamos inúmeras irregularidades no seu estilo de vida, como alimentação inadequada, má adesão ao uso dos medicamentos prescritos, excesso de peso e sedentarismo.

Orientamos uma dieta balanceada com baixo índice glicêmico para o controle da diabetes e hipocalórica para sua hipercolesterolemia e perda de peso, pois apresentava-se com obesidade grau I. Dessa forma, elaboramos uma tabela com os alimentos que pode comer em maior quantidade, os que pode comer, porém com moderação e os que deve evitar. E também outra tabela com os índices glicêmicos desses alimentos. Explicamos de uma forma bastante didática, respondendo a seus questionamentos, e ao final colamos em sua geladeira, para que pudesse familiarizar com a dieta e aos poucos ir aderindo.

Realizamos uma compra de verduras e frutas, mostrando como deve se alimentar e o qual é mais acessível financeiramente esse tipo de alimento do que os industrializados.

Outra medida adotada foi explicar a importância da adesão à terapia medicamentosa, respeitando a dose e os horários até o dia da próxima consulta médica, evitando maiores complicações do seu quadro.

Marcamos uma consulta com endocrinologista para fazer o tratamento da diabetes mellitus, porém ela não compareceu, pois não havia entendimento das complicações que essa enfermidade pode trazer, explicamos ainda a necessidade do controle da glicemia e remarcamos uma nova consulta. Também orientamos uma consulta ao cardiologista pois a DAOP pode estar associada a doença coronariana.

Por fim, conseguimos a doação de um tênis para M. D. S, pois esta havia nos relatado que estava sedentária por falta de recurso financeiro para adquirir um sapato apropriado para a prática de atividade física. No entanto, solicitamos que aguardasse o aval médico, pois o enxerto realizado em cirurgia prévia estava obstruído segundo mostra o último exame realizado, e a mesma aguardava esta consulta para marcar a cirurgia de desobstrução em MIE.

5 CONCLUSÃO

Sendo assim, durante o tempo de trabalho realizado, conseguimos unir teoria à prática através da metodologia da problematização dentro da atenção primária à saúde utilizando do arco de Magueréz, buscando na literatura um melhor entendimento da doença arterial obstrutiva periférica, levantando os fatores de risco para melhorar os hábitos de vida da paciente para prevenir futuras complicações.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. A. *et al.* Prevalência da doença arterial obstrutiva periférica em doentes com insuficiência renal crônica. **J Vasc Bras.**, v. 8, n. 4, 2009.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseadas em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface Comunic Saúde Educ.** v. 2, n. 2, p. 139-54, fev., 1998.

BORILLE, D. C. *et al.* A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. **Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 209-16, jan.-mar., 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

COLOMBO, A. P.; BERBEL, A. P. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez., 2007.

DURAZZO, A. E. S. *et al.* Doença arterial obstrutiva periférica: que atenção temos dispensado à abordagem clínica dos pacientes? **J Vasc Br.**, v. 4, n. 3, p. 255-64, 2005.

GAROFOLO, L.; FERREIRA, S. R. G.; JUNIOR, F. M. Avaliação da associação entre doença arterial obstrutiva periférica e níveis aumentados de proteína C-reativa em população nipo-brasileira. **Rev. Col. Bras. Cir.** v. 41, n. 3, p. 168-75, 2014.

HARADA, V. T. T. **Relato de casos:** vigilância e salvamento de enxerto na doença arterial obstrutiva periférica. São Paulo: HSPM, 2015.

MOTA, T. C. *et al.* **Doença arterial obstrutiva periférica:** revisão integrativa. v. 53, n. 1, p.120-5, jul.-set., 2017.

NETO, S. S.; NASCIMENTO, J. L. M. **Doença arterial obstrutiva periférica** - novas perspectivas de fatores de risco. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v21n2/v21n2a07.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2018.

PRADO, M. L. *et al.* Arco de Charles Maguerez: refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012.

RODRIGUES, J.; ZAGONEL, I. P. S.; MANTOVANI, M. F. Alternativas para a prática docente no ensino superior de enfermagem. **Esc Anna Nery**. [periódico on-line]. jun. 2007. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/scielo>>.

SCHAURICH, D.; CABRAL, F. B.; ALMEIDA, M. A. Metodologia da problematização no ensino em enfermagem: uma reflexão do vivido no PROFAE/RS. **Esc Anna Nery**, v. 11, n. 2, p. 318-24, abr.-jun., 2007.