

Abordagem da doença arterial obstrutiva periférica na Atenção Primária à Saúde: um relato de caso

Approach to Peripheral Artery Disease in Primary Health Care: a case report

Abordaje de la Enfermedad Arterial Periférica en Atención Primaria de Salud: un informe de caso

Hassã Pereira Lemos¹ , Marianny da Silva Barreto¹ , Marília de Oliveira Cunha¹ , Maria Clara Sousa Evangelista Vieira¹,
Thaynã Albuquerque da Silva¹ , Isadora Teixeira de Freitas Cavalcante¹ , Rebeca Alvares Dias¹ , Wellison Gil Magalhães de Almeida¹ 

¹Universidade Christus, Curso de Medicina – Fortaleza (CE), Brasil.

Resumo

Introdução: A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) é uma das doenças ateroscleróticas que mais causam morbidade cardiovascular. Apesar de o seu sintoma clássico ser a claudicação intermitente, ela não está presente em todos os pacientes, especialmente nos mais idosos. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento dessa doença são: envelhecimento, apresentando maior incidência após os 50 anos de idade; tabagismo; sedentarismo; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; dislipidemia; e história de doença arterial coronariana e cerebrovascular. O Índice Tornozelo-Braquial (ITB) é o método padrão-ouro para o diagnóstico da DAOP e pode ser realizado ambulatorialmente por qualquer profissional da saúde. **Apresentação do caso:** Apresenta-se um caso de DAOP grave que foi identificado na Atenção Primária à Saúde (APS) por meio da realização do ITB e conduzido de forma eficaz pelo médico assistente, com melhora importante dos sintomas do paciente. **Conclusão:** A identificação da DAOP de forma precoce na APS, por meio do ITB, melhora a qualidade de vida dos pacientes e reduz as consequências negativas provocadas pelo subdiagnóstico da doença. Nesse sentido, a APS, por meio de seus atributos de longitudinalidade e de primeiro contato, é fundamental para o diagnóstico e tratamento dessa doença.

Palavras-chave: Doença arterial periférica; Índice Tornozelo-Braço; Atenção primária à saúde; Relatos de casos.

Autor correspondente:

Hassã Pereira Lemos
E-mail: hassapereiralessos@yahoo.com.br

Fonte de financiamento:

não se aplica.

Parecer CEP:

não se aplica.

TCLE:

não se aplica.

Procedência:

não encomendado.

Editora Associada:

Monique Bourget.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 12/09/2024.

Aprovado em: 25/01/2026.

Como citar: Lemos HP, Barreto MS, Cunha MO, Vieira MCSE, da Silva TA, Cavalcante ITF, Dias RA, de Almeida WGM. Abordagem da doença arterial obstrutiva periférica na Atenção Primária à Saúde: um relato de caso. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2026;21(48):4504. [https://doi.org/10.5712/rbmfc21\(48\)4504](https://doi.org/10.5712/rbmfc21(48)4504)



Abstract

Introduction: Peripheral Artery Disease (PAD) is among the leading causes of cardiovascular morbidity. Although its classic symptom is intermittent claudication, it is not present in all patients, especially in older adults. The main risk factors for the development of this disease are aging, with a higher incidence after 50 years of age; smoking; sedentary lifestyle; systemic arterial hypertension; diabetes mellitus; dyslipidemia; and a history of coronary and cerebrovascular disease. The Ankle-Brachial Index (ABI) is the gold standard method for diagnosing PAD and can be performed in outpatient settings by any healthcare professional. **Case Presentation:** A case of severe PAD was identified in Primary Health Care (PHC) using the ABI and effectively managed by the attending physician, resulting in significant improvement in symptoms. **Conclusions:** Early identification of PAD in PHC improves patients' quality of life and reduces the negative consequences of underdiagnosis. Therefore, PHC, through its attributes of longitudinality and first-contact care, plays a key role in the diagnosis and management of PAD.

Keywords: Peripheral artery disease; Ankle-brachial index; Primary health care; Case reports.

Resumen

Introducción: La Enfermedad Arterial Periférica (EAP) es una de las enfermedades ateroscleróticas que causan mayor morbilidad cardiovascular. Aunque su síntoma clásico es la claudicación intermitente, no está presente en todos los pacientes, especialmente en los ancianos. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de esta enfermedad son: el envejecimiento, con mayor incidencia a partir de los 50 años; tabaquismo; estilo de vida sedentario; hipertensión arterial sistémica; diabetes mellitus; dislipidemia y antecedentes de enfermedad arterial coronaria y cerebrovascular. El Índice Tobillo Braquial (ITB) es el método de referencia para diagnosticar la EAP y cualquier profesional sanitario puede realizarlo de forma ambulatoria. **Presentación del caso:** Se presenta un caso de EAP grave que fue identificado en Atención Primaria de Salud (APS) a través del ITB y manejado eficazmente por el médico tratante, con mejoría significativa de los síntomas del paciente. **Conclusiones:** La identificación temprana de la EAP en la APS, a través del ITB, mejora la calidad de vida de los pacientes y reduce las consecuencias negativas provocadas por el subdiagnóstico de la enfermedad. En este sentido, la APS, a través de sus atributos de longitudinalidad y primer contacto, es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad arterial periférica; Índice tobillo braquial; Atención primaria de salud; Informes de casos.

INTRODUÇÃO

A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) tem como característica o estreitamento do lúmen arterial dos membros inferiores, o que provoca diminuição da perfusão local e dismetabolismo. Os pacientes portadores dessa condição apresentam um maior risco de eventos cardiovasculares e cerebrais, uma vez que a sua principal causa é a aterosclerose sistêmica.^{1,2}

Atualmente, a DAOP ocupa a terceira posição entre as doenças ateroscleróticas que mais causam morbidade cardiovascular, atrás somente da Doença Arterial Coronariana (DAC) e do Acidente Vascular Encefálico (AVE).³

A prevalência da DAOP aumenta com a idade, apresentando maior incidência após os 50 anos de idade, com crescimento exponencial após os 65 anos.⁴ Além do envelhecimento, são fatores de risco: tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemia, hipotireoidismo, história de doença arterial coronariana e cerebrovascular, e histórico familiar.^{3,5}

A claudicação intermitente é o sintoma clássico da DAOP e ocorre devido ao aporte reduzido de sangue para o tecido muscular esquelético dos membros inferiores durante o esforço. É descrita como dor ou desconforto em panturrilha, coxa ou região glútea durante caminhada, mas que cede em poucos minutos de repouso. Apesar de ser o sintoma mais característico, não está presente em todos os pacientes, especialmente nos mais idosos.¹

Além desse sintoma, podem ser observados alguns sinais, como rarefação de pelos, atrofia muscular, alteração de coloração e da integridade da pele, que também pode estar fina, brilhante, seca

ou descamativa. Palidez, hipotermia, úlceras e até mesmo necrose também são sinais que podem caracterizar a DAOP, especialmente em estágios mais críticos.⁶

Diante de suspeita clínica de DAOP, ou seja, quando há sinais e sintomas sugestivos dessa patologia, a investigação diagnóstica se torna necessária. Para isso, a realização do Índice Tornozelo-Braquial (ITB) é o método padrão-ouro, pois é um exame não invasivo, além de apresentar baixo custo e ser de fácil acesso e execução, podendo ser realizado ambulatorialmente por qualquer profissional da saúde.³

O ITB possui especificidade de 92% e sensibilidade de 61% para DAOP.⁷ A técnica para encontrar esse índice consiste em aferir a pressão sistólica das artérias pediosa e tibial posterior bilateralmente, selecionar a pressão sistólica mais alta de cada perna, e dividir cada um dos valores selecionados pela maior pressão sistólica braquial, resultando assim nos ITB direito e esquerdo. Razões menores que 0,9 sugerem fortemente a presença de déficit da circulação arterial das extremidades inferiores.^{3,8}

Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo relatar um caso de DAOP grave diagnosticado na Atenção Primária à Saúde (APS) e a importância desta, por meio de seus atributos de longitudinalidade e de primeiro contato, no diagnóstico e tratamento da mencionada patologia.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Paciente de 79 anos, sexo masculino, compareceu a uma consulta em março de 2022 em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para receber o resultado dos exames que haviam sido solicitados na consulta anterior. Durante o atendimento, relatou que sentia dor, do tipo câibra, na panturrilha do Membro Inferior Esquerdo (MIE) sempre que estava na terceira volta da sua caminhada, a qual melhorava após o repouso. Referiu que fazia cerca de 30 minutos de caminhada por dia, além de exercícios em casa, mas que devido aos sintomas, estava tolerando apenas 10 minutos dessa atividade.

O paciente era ex-tabagista, com carga tabágica de 35 maços-ano, e ex-etilista, interrompendo o uso dessas substâncias há 30 anos. Quanto às comorbidades, era portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), realizando tratamento com losartana (100 mg/dia) e anlodipino (10 mg/dia).

Ao exame físico, o paciente estava em bom estado geral, acianótico, anictérico, afebril, hidratado e normocorado, não apresentava alterações nas ausculta cardíaca e pulmonar, e estava com pressão arterial de 145 x 73 mmHg. Na avaliação de extremidades, o pulso pedioso do MIE não era palpável, e havia presença de dermatite ocre e ingurgitamento de veias, sinais típicos de insuficiência venosa crônica.

Os resultados dos exames realizados previamente foram: Hemoglobina (Hb) = 13,1 g/dL; Hematócrito (Ht) = 40,3%; Leucócitos = 5200/ μ L; Plaquetas (Pt) = 211.000/ μ L; Glicemia = 116 mg/dL; Hemoglobina glicada (HbA1c) = 6,1%; Creatinina (Cr) = 0,99 mg/dL; Colesterol Total (CT) = 221,1 mg/dL; Colesterol HDL (HDL-c) = 36 mg/dL; Triglicerídeos (TGL) = 263 mg/dL; Colesterol LDL (LDL-c) = 132,5 mg/dL; Relação Albumina/Creatinina (RAC) = inferior à sensibilidade analítica; e Sumário de Urina (SU) sem alterações.

Diante dos exames e da avaliação clínica, o médico assistente considerou que o paciente tinha HAS estágio 1 associada a um risco cardiovascular alto. Assim, manteve as medicações para HAS e iniciou atorvastatina devido à dislipidemia, evidenciada pelos exames laboratoriais, associada ao seu alto risco cardiovascular. Considerou, ainda, a possibilidade de o paciente ter DAOP.

Diante dos atributos da APS, o médico assistente decidiu utilizar-se da longitudinalidade, que pressupõe o vínculo entre profissional e paciente ao longo do tempo, para programar um novo encontro entre eles, no qual abordaria a suspeita de DAOP com a realização do ITB.

Nesse ínterim, o médico assistente organizou sua agenda para garantir o tempo adequado e separou o material necessário para realização do ITB (aparelho de Doppler vascular, gel condutor e esfigmomanômetro).

O paciente retornou para a consulta duas semanas depois e relatou redução da dor em MIE, descrevendo-a como dor leve, em peso, que cessava com o repouso e que surgia ao realizar as caminhadas diárias. Referiu, ainda, que passou alguns dias sem sentir tal dor e que estava conseguindo realizar pelo menos 10 minutos de caminhada pela manhã e pela tarde.

Na ocasião, o médico assistente realizou o ITB, que demonstrou um valor de 0,4 no Membro Inferior Direito (MID) e 0,7 no MIE. Tais valores confirmaram o diagnóstico de DAOP e, além disso, graduaram a doença como grave ($ITB \leq 0,4$). Diante da gravidade do quadro, solicitou-se uma ultrassonografia com Doppler arterial dos membros inferiores para posterior avaliação de tratamento intervencionista com médico cirurgião vascular.

Para redução da morbimortalidade no paciente portador de DAOP, decidiu-se acrescentar ao uso da estatina, já instituído previamente, a prescrição do Ácido Acetilsalicílico (AAS), antiagregante plaquetário eficaz na redução do risco de desenvolvimento de DAC e de AVE em indivíduos com doença arterial periférica aterosclerótica de membros inferiores. Para melhora da claudicação intermitente, prescreveu-se cilostazol, medicação com propriedades vasodilatadoras, eficaz no tratamento dos sintomas e no aumento da distância caminhada de pacientes portadores de DAOP.

Na consulta seguinte, o paciente referia melhora importante dos sintomas ao esforço após o início do AAS e do cilostazol, conseguindo aumentar o tempo de caminhada de 10 para 15 minutos. Além disso, trazia consigo o resultado da ultrassonografia com Doppler solicitado anteriormente.

Na avaliação do membro inferior esquerdo, esse exame demonstrou presença de artérias com calcificação parietal grosseira difusa, ausência de fluxo ao Doppler das artérias tibial anterior e pediosa, fluxo monofásico nas artérias tibial posterior e fibular, e ausência de ectasias e aneurismas. Quanto ao MID, detectou-se presença de artérias com calcificação parietal grosseira difusa, ausência de fluxo ao Doppler da artéria tibial posterior, estenose menor que 50% na femoral comum, fluxo monofásico nas artérias tibial anterior, pediosa e fibular, e ausência de ectasias ou aneurismas. Diante do comprometimento difuso e grave das artérias dos membros inferiores do paciente, algumas delas com oclusão total do lúmen, o médico assistente encaminhou o paciente para o cirurgião vascular para avaliar a possibilidade de tratamento intervencionista.

DISCUSSÃO

O paciente apresentava vários fatores de risco para a DAOP, como idade, história de tabagismo, HAS e dislipidemia. Segundo a diretriz da *American Heart Association/ American College of Cardiology* de 2016 sobre o manejo da doença arterial periférica dos membros inferiores, pacientes com risco aumentado para DAOP incluem: idade maior ou igual a 65 anos; idade entre 50 e 64 anos com fatores de risco para doença aterosclerótica, tais como HAS, diabetes mellitus, hiperlipidemia, história familiar de DAOP e antecedente de tabagismo; idade menor que 50 anos, com diabetes mellitus e um outro fator de risco adicional para aterosclerose; e indivíduos com doença aterosclerótica conhecida em outro leito vascular, por exemplo, estenose das artérias coronárias, carótidas, subclávias, renais, mesentéricas; ou com aneurisma de aorta abdominal.⁹

Os sintomas e sinais da DAOP são variáveis. Os pacientes podem manifestar o sintoma clássico de claudicação ou apresentar doença avançada, incluindo isquemia crítica do membro. Estudos demonstraram que a maioria dos pacientes com DAOP confirmada não apresenta claudicação típica. Esses indivíduos

podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas não articulares (sintomas atípicos de membros). No presente relato, o paciente apresentava dor do tipo cãibra, que, apesar de piorar durante a caminhada e melhorar ao repouso, não caracterizava claudicação, o que poderia retardar o diagnóstico.¹⁰

Assim como para o paciente do caso, a simples aferição do ITB pode identificar um grande número de pacientes com DAOP previamente não reconhecida. Apesar da grande acurácia desse método para o diagnóstico da DAOP, a falta de treinamento profissional e a indisponibilidade do Doppler vascular são importantes obstáculos para o seu uso nos diversos níveis de atenção.¹¹

Segundo Kawamura,¹² uma alternativa à necessidade de aquisição do Doppler é o uso de esfigmomanômetros oscilatórios automáticos, equipamentos cada vez mais presentes na prática clínica para aferição da pressão arterial. Seu uso torna a medida do ITB uma técnica simples, fácil, barata, exequível por qualquer profissional bem treinado.

Diante da possibilidade de disseminação do uso do ITB em diversos cenários, ressalta-se a importância do seu uso na APS, cujos pacientes apresentam elevada prevalência de DAOP, evidenciada em alguns estudos. O subdiagnóstico de DAOP na prática dos profissionais da APS pode ser uma barreira para a prevenção efetiva de eventos cardiovasculares associados a essa doença.¹³⁻¹⁵

A APS, por meio de seu atributo de primeiro contato, é locus primordial para diagnóstico das doenças crônicas, bem como para prevenção das complicações a elas associadas. Para tanto, pode lançar mão de outros atributos, entre os quais, a longitudinalidade, que permite a abordagem integral do paciente ao longo do tempo.¹⁶

Considerando-se o vasto número de serviços assistenciais prestados pela APS e o grande potencial desse nível de atenção para redução expressiva da morbimortalidade relacionada às doenças cardiovasculares, é importante que se invista cada vez mais na melhoria dos seus serviços, com foco não somente no diagnóstico e tratamento dessas doenças, mas também nas ações de prevenção e promoção à saúde. Vale ressaltar que, nos últimos anos, muitas melhorias já foram alcançadas, mas muitos desafios ainda precisam ser superados para que haja um manejo mais eficiente dos pacientes com doenças cardiovasculares na APS.¹⁷

CONCLUSÃO

A DAOP consiste em uma importante manifestação da aterosclerose sistêmica. Apesar da importante associação com o processo de envelhecimento, também está relacionada a outros fatores, como tabagismo, sedentarismo, HAS, diabetes, dislipidemia, hipotireoidismo, história de doença arterial coronariana e cerebrovascular.

Além da busca dos fatores de risco via coleta da história clínica, a realização do ITB, considerado método padrão-ouro devido a sua acurácia, facilidade de execução e baixo custo, deve ser adotada ainda na APS para confirmar o diagnóstico de DAOP. No caso apresentado, baseado na queixa de claudicação e de achados sugestivos no exame físico, foi realizado o ITB, que permitiu diagnosticar e classificar a DAOP, orientar a abordagem terapêutica inicial, solicitar exames complementares e realizar o encaminhamento adequado, assegurando a continuidade e a coordenação do cuidado na APS.

Devido à importância dessa condição no contexto de morbimortalidade cardiovascular e ao seu impacto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos, torna-se evidente a necessidade de um olhar mais criterioso para os pacientes que apresentam sintomatologia compatível com a doença e fatores de risco para o desenvolvimento de DAOP. A identificação dessa patologia de forma precoce e adequada, por meio do ITB, especialmente quando realizado na APS, ajudaria a mitigar as consequências negativas causadas pelo subdiagnóstico da DAOP.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

HPL: Conceituação, Curadoria de Dados, Metodologia, Administração do Projeto, Supervisão, Escrita – Revisão e Edição. MSB: Análise Formal, Investigação, Visualização, Escrita – Primeira Redação. MOC: Análise Formal, Investigação, Visualização, Escrita – Primeira Redação. MCSEV: Análise Formal, Investigação, Visualização, Escrita – Primeira Redação. TAS: Análise Formal, Investigação, Visualização, Escrita – Primeira Redação. ITFC: Análise Formal, Investigação, Visualização, Escrita – Primeira Redação. RAD: Análise Formal, Investigação, Visualização, Escrita – Primeira Redação. WGMA: Análise Formal, Investigação, Visualização, Escrita – Primeira Redação.

REFERÊNCIAS

1. Turrini FJ, Ventura MM. Prevalência de Doença Arterial Periférica em Idosos Atendidos no Ambulatório de Geriatria e sua Correlação com Fatores de Risco Cardiovascular. *Unopar Cient Ciênc Biol Saúde*. 2011;13(1):17–21.2. Behroozian AA, Beckman JA. Asymptomatic peripheral artery disease: silent but deadly. *Prog Cardiovasc Dis*. 2021;65:2–8. <https://doi.org/10.1016/j.pcad.2021.02.009>
3. Cavalcante KS, Barroso WKS. Contribuição do índice tornozelo-braquial na estratificação do risco cardiovascular. *Rev Bras Hipertens*. 2021;28(4):272–5. <http://doi.org/10.47870/1519-7522/20212804272-5>
4. Bartelink M. Epidemiology and risk factors. In: Camm AJ, Lüscher TF, Maurer G, Serruys PW, ed. *The ESC Textbook of Cardiovascular Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 2018. p. 2693–4. <https://doi.org/10.1093/med/9780198784906.003.0775>
5. Dimarzio G, Yoshida RA. Doença Arterial Periférica. In: Gusso G, Lopes JMC, Dias LC, ed. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019. p. 1394–402.
6. Firnhaber JM, Powell CS. Lower extremity peripheral artery disease: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician*. 2019;99(6):362–9.
7. Herraiz-Adillo A, Cavero-Redondo I, Álvarez-Bueno C, Pozuelo-Carrascosa DP, Solera-Martínez M. The accuracy of toe brachial index and ankle brachial index in the diagnosis of lower limb peripheral arterial disease: a systematic review and meta-analysis. *Atherosclerosis*. 2020;315:81–92. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2020.09.026>
8. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FGR. Inter-Society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *J Vasc Surg*. 2007;45(1):S5–S67. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2006.12.037>
9. Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, Drachman D, et al. 2016 AHA/ACC Guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. 2017;135(12):e686–725. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000470>
10. McDermott MM, Mehta S, Greenland P. Exertional leg symptoms other than intermittent claudication are common in peripheral arterial disease. *Arch Intern Med*. 1999;159(4):387–92. <https://doi.org/10.1001/archinte.159.4.387>
11. Gengo e Silva RC, Melo VFA, Lima MAM. Validity, reliability and accuracy of oscillometric devices, compared with Doppler ultrasound, for determination of the ankle brachial index: an integrative review. *J Vasc Bras*. 2014;13(1):27–33. <https://doi.org/10.1590/jvb.2014.006>
12. Kawamura T. Índice tornozelo-braquial (ITB) determinado por esfigmomanômetros oscilométricos automáticos. *Arq Bras Cardiol*. 2008;90(5):322–6. <https://doi.org/10.1590/s0066-782x2008000500003>
13. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, Regensteiner JG, Creager MA, Olin JW, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA*. 2001;286(11):1317–24. <https://doi.org/10.1001/jama.286.11.1317>
14. Lagos RA, López EJD, Juárez BLC, Pagoada REC, Meza JCP, Munguía GIC. Enfermedad arterial periférica y diabetes mellitus de tipo 2 en atención primaria. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc*. 2020;21(2):e113.
15. Diehm C, Schuster A, Allenberg JR, Stritzky BV, Tepohl G, Trampisch H, et al. High prevalence of peripheral arterial disease and co-morbidity in 6880 primary care patients: cross-sectional study. *Atherosclerosis*. 2004;172(1):95–105. [https://doi.org/10.1016/S0021-9150\(03\)00204-1](https://doi.org/10.1016/S0021-9150(03)00204-1)
16. Vieira NF, Lanza FM, Araújo DD, Cunha ES. Atributos da atenção primária à saúde no cuidado às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis [Internet]. Goiânia: Cegraf UFG; 2023 [acessado em 20 dez. 2023]. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/688/o/MODULO_03__22_03_2023__1_.pdf
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Estratégia de saúde cardiovascular na atenção primária à saúde: instrutivo para profissionais e gestores [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [acessado em 5 out. 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/estrategia_saude_cardiovascular_instrutivo_profissionais.pdf.