

A DOENÇA ARTERIAL OCLUSIVA CRÔNICA EM MEMBROS INFERIORES: DADOS BÍOSSOCIAIS E CLÍNICOS DE SEUS PORTADORES

Maria Regina Scholz*

RESUMO

A doença arterial oclusiva crônica (DAOC) é uma enfermidade que atinge a parede das artérias, manifestando-se frequentemente nas extremidades inferiores. O objetivo do estudo foi caracterizar uma população de pacientes com DAOC quanto aos aspectos biossociais e clínicos. Os dados foram coletados junto a 114 pacientes em tratamento no Hospital de Clínicas da Unicamp, por meio de entrevista semi-estruturada. Os resultados revelaram predomínio de indivíduos idosos (79,8%); de cor branca (85,1%); do sexo masculino (63,2%); aposentados (64,0%), os quais, em grande parte, trabalharam como lavradores (37,7%). No que se refere aos dados clínicos, identificou-se que a cirurgia foi a opção de tratamento indicada para 64,0% dos indivíduos e que 64,9% deles já haviam sido internados, por uma média de 19,6 dias. A partir da percepção dos indivíduos sobre as mudanças ocorridas em suas vidas, propõe-se a metodologia de assistência, pautado no processo e enfermagem, melhor indicada para pacientes portadores dessa doença.

Palavras-chave: Doença arterial oclusiva. Doença vascular periférica. Aterosclerose. Processo de enfermagem.

THE CHRONIC ARTERIAL OCCLUSIVE DISEASE AFFECTING THE LOWER LIMBS: THE BIO SOCIAL AND CLINICAL DATA OF THEIR CARRIER

ABSTRACT

The disease arterial chronic oclusiva (DAOC) it is an illness that reaches the wall of the arteries, frequently showing in the inferior extremities. The objective of the study went characterize a population of patients with DAOC, with relationship to the aspects biossociais and clinical. The data were collected 114 close to patient in treatment in the Hospital of Clinics of UNICAMP, by means of semi-structured interview. The results revealed senior individuals' prevalence (79,8%); of white color (85,1%); of the masculine sex (63,2%); retired (64,0%) and that, largely, they worked as tillers (37,7%). In what he/she refers to the clinical data he/she identified that the surgery went to suitable treatment option for 64,0% of the individuals and that 64,9% of them had already been interned, for an average of 19,6 days. Starting from the individuals' perception on the changes happened in its lives, it proposes the methodology of attendance, pautado in the nursing process, best indicated for patient carriers of that disease.

Key words: Peripheral arterial insufficiency. Peripheral vascular disease. Atherosclerosis. The nursing process.

LA ENFERMEDAD ARTERIAL OCLUSIVA CRÓNICA EN MIEMBROS INFERIORES: DATOS BIO- SOCIALES Y CLÍNICOS DE SUS PORTADORES

RESUMEN

La enfermedad arterial oclusiva crónica (DAOC) es una enfermedad que ataca la pared de las arterias, manifestándose frecuentemente en las extremidades inferiores. El objetivo del estudio fue caracterizar una población de pacientes con DAOC y sus aspectos bio-sociales y clínicos. Los datos fueron recogidos en 114 pacientes en tratamiento en el Hospital de Clínicas de la Unicamp, por medio de entrevista semi-estructurada. Los resultados revelaron predominio de individuos de edad (79,8%); de color blanco (85,1%); del sexo masculino (63,2%); jubilados (64,0%), los cuales, en su mayor parte, trabajaron como labradores (37,7%). En lo que se refiere a los datos clínicos, se identificó que la cirugía fue la opción de tratamiento indicada para el 64,0% de los individuos y que el 64,9% de ellos ya habían sido internados, por una media de 19,6 días. A partir de la percepción de los individuos sobre los cambios ocurridos en sus vidas, se propone la metodología de asistencia, pautada en el proceso y enfermería, mejor indicada para pacientes portadores de esta enfermedad.

Palabras Clave: Enfermedad arterial oclusiva. Enfermedad vascular periférica. Arteriosclerosis. Proceso de enfermería.

* Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA – Brasília – DF.

INTRODUÇÃO

A doença arterial oclusiva crônica (DAOC), também denominada **ateriosclerose**, é uma patologia de características crônico-degenerativas que acarreta deficiências e incapacidades, interferindo de modo significativo nas atividades diárias e na qualidade de vida das pessoas acometidas por ela.

Dois fenômenos concorrem, principalmente nos idosos, para a degenerescência das artérias: a **arteriosclerose**, resultado de alterações inerentes ao processo normal de envelhecimento; e a **arteriosclerose**, patologia de causa ainda não plenamente esclarecida, mas com fatores de risco e medidas preventivas já conhecidos (JACOB FILHO; MAGALDI; CHIAMOLERA, 1992).

A doença arterosclerótica apresenta duas fases distintas (GIANNINI, 1998): a **fase silenciosa**, na qual as lesões não são suficientemente grandes para interferir no fluxo sanguíneo a ponto de causar sintomas; e a **fase clínica ou sintomática**, na qual ocorre a diminuição expressiva do fluxo sanguíneo, devido à presença de lesões grandes o suficiente para diminuir esse fluxo pela redução da luz do vaso.

Entre os autores ainda não há consenso sobre a denominação dessa doença. Desse modo, podemos encontrá-la com as seguintes designações: doença arterial oclusiva crônica, doença arterial periférica crônica, insuficiência arterial dos membros, síndrome isquêmica crônica, arteriosclerose obliterante, insuficiência arterial crônica, doença oclusiva arterosclerótica crônica e arterosclerose obliterante periférica.

Segundo Ramos Jr. (1986), entre os **sintomas** característicos da DAOC dos membros inferiores se destaca a claudicação intermitente, pela frequência com que ocorre. É causada pela obstrução de uma ou mais artérias de médio ou grande calibre, a qual reduz o seu fluxo sanguíneo, fazendo com que as exigências de determinados grupos de músculos, quando em exercício, não sejam atendidas. O resultado é a produção de acidose metabólica

A **dor** é o mais forte parâmetro de avaliação da “distância de claudicação”, pois indicará a distância que o paciente pode percorrer (de 20

até 200 metros) sem queixas. A diminuição abrupta da distância, ou gradativa mas constante, mostrará piora importante, com risco da viabilidade do membro acometido e de isquemia, causadora de dor.

Outro sintoma importante é a **parestesia**, causada pela nutrição deficiente dos nervos. Neste caso, os pacientes se queixam de dor, sensação de formigamento e queimação, principalmente na planta dos pés.

A **alteração da nutrição da pele e anexos** é mais um sintoma que deve ser destacado, representada por pêlos rarefeitos, unhas enfraquecidas, pele ressecada com palidez intensa, cianose e hiperemia. Qualquer descuido do doente ao cortar as unhas ou ao machucar o pé poderá causar uma lesão da pele sem perspectiva de cura a curto prazo, principalmente em portadores de diabetes.

Em relação aos **sinais**, observam-se: **pulsos arteriais** diminuídos ou ausentes, abaixo do local da obstrução; **pressão arterial** no membro acometido, de menor valor que a medida no membro superior; e a **temperatura**, devido à obstrução, se apresenta mais baixa do que a do membro contralateral, quando este tem a circulação mantida.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

Os escassos trabalhos publicados nesta área induziram à realização desta pesquisa, devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, com o objetivo de caracterizar uma população de pacientes com essa patologia (DAOC) em membros inferiores quanto aos dados biossociais e clínicos.

3 UNIVERSO PESQUISADO

O tamanho amostral calculado foi de 110 pacientes. O processo amostral, realizado sob orientação de uma especialista em estatística, seguiu as seguintes etapas: elaboração de uma primeira listagem de todos os pacientes que realizaram consultas médicas no Ambulatório de Cirurgia Vascular do Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP, para identificar aqueles com diagnóstico clínico de DAOC, sendo

listados 738 pacientes. Nessa segunda listagem os pacientes foram relacionados de acordo com a seqüência numérica do Registro Geral de Prontuário em ordem decrescente, excluídos aqueles cujos prontuários apontavam deficiência de compreensão, de uso da linguagem, de audição e de memória. O primeiro número desta segunda lista correspondeu ao último paciente atendido em consulta. Foram, então, identificados seqüencialmente os primeiros 114 doentes com retornos agendados em ambulatórios do HC, em 1998. Tais pacientes compuseram a amostra do estudo. Vale considerar que a amostra foi obtida de uma população em tratamento num serviço hospitalar especializado, concentrando pacientes de um grupo com graus mais avançados da doença.

METODOLOGIA

- 4.1 Instrumento de coleta de dados - formulário específico contemplando os dados de identificação do paciente (biossociais) e os dados sobre a doença e o tratamento (dados clínicos vasculares pregressos, tipo de tratamento, número de internações e tempo de internação).
- 4.2 Procedimento para a coleta de dados – entrevista realizada após consentimento por escrito dos pacientes, que foram esclarecidos quanto à justificativa, aos objetivos, ao procedimento do estudo e à liberdade de participação, sem prejuízo para a continuidade de seu tratamento.
- 4.3 Análise estatística dos dados: uso do programa estatístico Epiinfo (versão 6.02), do teste exato de Fischer e do teste de Qui-quadrado. Os resultados, apresentados em tabelas, contemplam frequências absolutas (n) e relativas (%). Nível de significância adotado: 5%.

- 4.4 Formação de grupos para estudo e análise - Os pacientes foram distribuídos em três grupos: 1) grupo **C** - com claudicação intermitente - pacientes que apresentaram dor ou fadiga muscular nos membros inferiores, causadas pelo exercício de andar e aliviadas com o descanso (LANE; POTÉRIO FILHO; LUCAS, 1979); 2) grupo **A** - com amputação – aqueles submetidos ao processo cirúrgico de retirada total ou parcial de um membro, ou artelho(s); e, 3) grupo **S/CA** - sem claudicação e sem amputação – pacientes que negaram o sintoma de claudicação e não tinham história de amputação e que se encontravam em fase de recuperação pós-operatória de cirurgia vascular ou estavam sendo acompanhados no ambulatório, por se encontrarem clinicamente estáveis.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foram entrevistados 114 pacientes, distribuídos nos três grupos: com claudicação (**C**); com amputação (**A**); e, sem claudicação e amputação (**S/CA**).

Houve predominância de pacientes do grupo **C** (com sintomas de claudicação intermitente nos membros inferiores): **57** = 50,0%; seguidos pelo grupo **A** (amputação em perna, pé ou artelhos): **43** = 38,0%; e, finalmente, o grupo **S/CA** (sem sintomatologia de claudicação e sem amputação): **14** = 12%.

Dados biossociais

A Tabela 1, a seguir, expõe o universo encontrado, relacionando os dados biossociais enfocados pela pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes nos grupos: com claudicação (C), com amputação (A) e sem claudicação e amputação (S/CA), segundo os dados biossociais. Campinas, 1998.

Variável	Grupos						Total		Valor p
	C		A		S/CA				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Idade									
< 60	14	24,6	07	16,3	02	14,3	23	20,2	0,434*
60 ┤── 80	37	64,9	29	67,4	07	50,0	73	64,0	
≥ 80	06	10,5	07	16,3	05	35,7	18	15,8	
Média	66,2		69,3		71,9				
desvio padrão	± 11,6		± 9,6		± 11,8				
Sexo									
Masculino	29	50,9	34	79,1	09	64,3	72	63,2	0,015**
Feminino	28	49,1	09	20,9	05	35,7	42	36,8	
Estado civil									
Casado	38	66,7	29	67,4	07	50,0	74	64,9	0,530*
Viúvo	15	26,2	09	20,9	07	50,0	31	27,2	
Solteiro/ separados	04	7,1	05	11,7	—	—	09	7,9	
Cor									
Branco	47	82,5	38	88,4	12	85,7	97	85,1	0,683*
Não Branco	10	17,5	05	11,6	02	14,3	17	14,9	
Profissão/ ocupação anterior									
Comércio	03	5,2	03	6,9	01	7,1	07	6,1	0,001*
Do lar	08	14,0	02	4,7	01	7,1	11	9,6	
Lavrador	24	42,1	15	34,9	04	28,6	43	37,7	
Pedreiro/pintor	06	10,6	02	4,7	02	14,3	10	8,9	
Outros	16	28,1	21	48,8	06	42,9	43	37,7	
Situação atual frente ao trabalho									
Aposentado	30	52,6	35	81,4	08	57,2	73	64,0	0,890*
Desempregado	01	1,8	01	2,3	01	7,2	03	2,6	
Licença saúde	03	5,3	02	4,7	01	7,2	06	5,3	
Atividades do lar	22	38,5	05	11,6	02	14,2	29	25,5	
Em atividade	01	1,8	—	—	02	14,2	03	2,6	
Escolaridade									
Analfabeto	26	45,6	17	39,5	03	21,4	46	40,4	0,658*
1º grau incompleto	27	47,4	23	53,5	11	78,5	61	53,4	
Outros (graus acima)	04	7,0	03	7,0	-	-	07	6,2	
Religião									
Católica	52	91,2	32	74,4	13	92,9	97	85,1	0,208*
Não católico	05	8,8	09	20,9	01	7,1	15	13,1	
Ateu	—	—	02	4,7	—	—	02	1,8	
Número de coabitantes									
1	06	10,5	02	4,7	01	7,1	09	7,9	—
2	21	36,8	12	27,9	04	28,6	37	32,5	
3	13	22,8	08	18,6	04	28,6	25	21,8	
4	07	12,3	05	11,6	02	14,3	14	12,3	
5 ou mais	10	17,5	16	37,2	03	21,4	29	25,4	
Renda Mensal/Salário Mínimo-SM									
≤ 1	46	80,6	36	83,7	12	85,7	94	82,4	0,463*
2 ┤── 4	08	14,1	04	9,3	—	—	12	10,6	
≥ 4	03	5,3	03	7,0	02	14,3	08	7,0	
Remédios de uso contínuo									
Sim	56	98,2	42	97,7	13	92,9	111	97,4	0,501*
Não	01	1,8	01	2,3	01	7,1	03	2,6	
Despesas com remédios (SM)									
até ½	23	40,3	17	39,5	06	42,9	46	40,4	0,021*
½ ┤── 1	15	26,3	04	9,3	02	14,4	21	18,4	
1 ┤── 4	—	—	06	13,9	03	21,3	09	7,9	
≥ 4	01	1,8	03	7,0	01	7,1	05	4,4	
Sem despesa	11	19,3	06	14,0	01	7,1	18	15,7	
não sabe informar	07	12,3	07	16,3	01	7,1	15	13,2	
Média	±½		±¼		± 1				

* Teste exato de Fisher / ** χ^2

Em relação à distribuição amostral, não foram encontrados trabalhos nacionais que

pudessem servir como base para uma análise comparativa.

Em relação à idade, dois trabalhos nacionais mostram dados semelhantes, quanto à faixa etária. No acompanhamento de pacientes com claudicação intermitente, em ambulatório especial da Faculdade de Medicina de Botucatu, Moura et al. (1995) obtiveram uma variação de 35 a 82 anos, em 85 pacientes.

Em relação à Necessitaram de **amputação** 38%, dos quais 79,1% do sexo masculino e 20,9% do feminino. Este resultado difere da pesquisa realizada por Bersusa (1998): em 50 pacientes portadores de vasculopatia periférica em membros inferiores, foi constatado que 32 (64%) pacientes apresentavam obstruções arteriais e 6 (12%) tinham amputação; e por Araújo et al. (1995) que, em análise retrospectiva de 260 pacientes submetidos a amputação, entre janeiro de 1989 e junho de 1995, na Escola Paulista de Medicina, foi observado que a média de idade foi de 60,3 anos (faixa etária entre 51 e 70 anos), com predominância do sexo masculino: 64,5% sobre o sexo feminino 35,4%.

Em relação à idade e ao sexo, autores como Maffei (1987), Brum (1989) e Langer (1992) afirmam que a ocorrência da doença vascular periférica oclusiva com sintomatologia de claudicação intermitente ocorre mais freqüentemente entre homens, na proporção de 6:1, e na idade acima dos 40-50 anos até os 70-80 anos.

Quanto ao **sexo**, a doença pode manifestar-se nos homens de 5 a 10 anos antes que nas mulheres. Nas mulheres o aumento da prevalência ocorre após a menopausa, pela ausência do efeito protetor do hormônio estrógeno e, além disso, maior incidência de diabetes em mulheres nessa faixa de idade (LASTÓRIA, 1987; BRIGHT; GEORGI, 1992).

Segundo MOURA et al. (1995), em Botucatu, 58 (68,2%) dos pacientes com claudicação intermitente foram masculinos e 27 (31,8%), femininos.

ARAÚJO et al. (1995), estudando 260 pacientes submetidos à amputação, verificaram que houve predominância do sexo masculino: 64,5% sobre o feminino 35,4%.

Quanto ao **estado civil**, houve predominância de pacientes casados (64,9%), seguidos dos viúvos (27,2%). Relacionando as variáveis sexo e estado civil, podemos constatar

que, dentre as mulheres, 17 (40,5%) são casadas e 20 (47,6%) são viúvas; e, dentre os homens, 57 (79,2%) são casados e 11 (15,3%) são viúvos.

A maioria dos pacientes conta com a companhia constante de um parente (cônjuge, filho(a) ou nora), quer para a realização de tarefas cotidianas quer para a providência de cuidados relativos à sua saúde.

A importância do laço familiar, direto ou não, é crucial para o bem-estar do paciente, uma vez que a busca das informações sobre os cuidados necessários para o tratamento da doença vascular arterial periférica é, geralmente, o parente quem faz.

Em relação à **cor** da pele, dentre os entrevistados, os de cor branca predominaram nos três grupos: grupo C (82,5%), grupo A (88,4%) e, grupo S/CA (85,7%).

De fato, Lastória (1987) assevera que as manifestações clínicas da doença atingem mais homens da raça branca, embora as razões de tal preferência sejam desconhecidas. Também Araújo et al. (1995) verificaram que, de 260 pacientes submetidos à amputação, em 6,5 anos de pesquisa, 195 (76,2%) eram brancos e 62 (23,8%), não-brancos.

Uma provável explicação pode estar baseada nos dados de distribuição quanto à cor da pele da população brasileira em geral. De acordo com os dados do IBGE (1996), o Brasil é constituído de 55,2% de brancos, 6,0% de pretos; 38,2% de pardos; 0,4% de amarelos, e 0,2% de indígenas.

Acredita-se que os dados acima mostram que se deve analisar com cuidado a variável cor da pele para essa doença, sempre levando em consideração a distribuição da população em relação à cor, na região em estudo.

Quanto à **procedência** e à **ocupação**, a quase-totalidade (93,9%) dos respondentes mora, atualmente, na zona urbana; apenas uma minoria (6,1%) reside na zona rural (muitos já residiram, dado que a profissão exercida por 43 indivíduos, que correspondem a 37,7%, era a de lavrador).

No tocante à **situação atual frente ao trabalho**, são 3 os pacientes em atividade. Dos 73 inativos, 27 (23,7%) são aposentados por tempo de serviço, 24 (21,1%) por idade e 22 (19,3%) por invalidez. O tempo de aposentadoria variou de 1 ano a mais de 23 anos.

É no grupo de amputados que se observa o maior número de pacientes aposentados. Assim, no grupo **A** existe um percentual maior dos que foram aposentados por invalidez, sendo 27,9%, enquanto no grupo **C** têm-se 15,8% e, no grupo **S/CA** 7,1%.

Um dado relativamente freqüente que apareceu na fala dos entrevistados e merece citação, embora não tenha feito parte das análises das variáveis, é a relação que os pacientes fazem entre a aposentadoria e a falta de motivação para a recuperação da saúde. Para boa parte dos respondentes o fato de não terem compromissos com uma atividade laboriosa leva ao conformismo com a situação atual, especialmente quanto à claudicação/dificuldade de deambulação. Para eles é suficiente a abolição do sofrimento causado pela dor.

No que se refere à **escolaridade**, esta concentra-se nos primeiros anos do primeiro grau, mas constata-se um expressivo percentual de analfabetos (40,4%).

Sobre a **religião**, dentre os entrevistados, 85,1% afirmam ser católicos. Os amputados apresentam maior diversidade religiosa e dois únicos ateus. Riley *et al.* (1998), estudando os tipos de bem-estar espiritual e sua relação com vários modelos de medidas de qualidade de vida, em uma amostra com 216 pacientes que apresentavam doenças crônicas ou incapacidades, identificou três tipos de bem-estar, quais sejam: o **religioso** (n=146), devido à força de sua fé, sentia-se mais em paz, mais produtivo, com propósito de vida e mais confortado. O grupo **existencial** (n=37) apresentava alto nível de atividade física, vitalidade social e emocional e saúde mental. Além disso, apresentava menor incidência de alterações nos seus estados de saúde, e descrevia sua vida como tendo menos conflitos em comparação aos outros grupos. O grupo **não espiritual** (n=30) apresentava significativamente menor bem-estar físico, atividade social e emocional. Sua saúde e senso de vitalidade foram, também, significativamente inferiores aos dos outros grupos. Este grupo ingeria mais álcool, indicando pouco ajustamento à doença, mostrando-se mais sozinho, divorciado e desempregado.

Em relação ao **número de pessoas na residência**, a maioria dos pacientes

entrevistados vive com uma ou duas pessoas na casa onde residem (32,5% e 21,8%, respectivamente). Interessante destacar que são os respondentes com amputação os que convivem com maior número de pessoas e em asilo.

No que se refere à **renda mensal**, são 94 (82,4%) os pacientes que recebem até um salário-mínimo mensal. Dos entrevistados, 33 (28,9%) vivem somente com renda própria (aposentadoria, salário ou outras rendas). Constatou-se que o cônjuge (23,7%) e os filhos(as) (42,1%) complementam a renda do paciente. 12 (10,6%) recebem até 3 salários-mínimos por mês.

Quanto ao **uso de remédios**, 111 (97,4%) dos respondentes fazem uso contínuo de remédios. Remédios prescritos para esses pacientes, no ambulatório de patologia vascular, são: ácido acetil-salicílico (que age como antiagregante plaquetário), antibióticos e anticoagulantes. Além destes, existem as drogas vasodilatadoras, que são pouco usadas, por sua baixa eficiência.

No que se refere a **despesa na compra de remédios**, 81 (71,1%) pacientes informaram ter despesas mensais com remédios que variam entre menos que meio salário-mínimo para 46 (40,4%) pacientes, até mais que 4 salários mínimos para 5 (4,4%). São os antibióticos e as medicações de uso contínuo para o sistema cardiovascular que geram as maiores despesas na aquisição de remédios. Alguns pacientes relatam que deixam de comprar o remédio prescrito e outros buscam nos vários serviços de saúde a complementação da sua cota mensal desses remédios. Porém, boa parte interrompe o tratamento pela falta do medicamento. O tratamento descontínuo é um fator de piora do prognóstico da doença e das associadas a ela.

Do total de 114 pessoas, 90 (78,9%) mencionaram tomar medicação para o sistema vascular periférico, 73 (64,0%) para o sistema cardíaco e 22 (19,3%) para o sistema endócrino. Foram 57 (51,3%) os informantes que tomavam concomitantemente remédios para o sistema cardiovascular e para o sistema vascular periférico; um menor número de pacientes 18 (16,2%) associava medicações para o sistema vascular e endócrino, enquanto que, 14 (12,6%)

faziam uso de medicações para os três sistemas: cardiovascular, vascular periférico e endócrino.

Dados sobre a doença e o tratamento

Sobre os **dados vasculares progressos**, na Tabela 2, pode-se observar que o teste exato de Fisher, aplicado, demonstrou diferença estatisticamente significativa entre os três grupos, nas quatro variáveis analisadas (claudicação intermitente, dor em repouso, lesão

trófica e presença de gangrena). Como era de se esperar, o grupo C foi o que mais apresentou a claudicação como queixa progressa (89,5%). Os grupos ainda diferiram entre si pela maior proporção de indivíduos com amputação entre aqueles com antecedentes de dor em repouso (53,5%), lesão trófica (69,8%) e gangrena (65,1%). O acidente vascular cerebral (AVC) progressivo estava presente em 22 (19,3%) dos pacientes.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes nos grupos: com claudicação (C), com amputação (A) e sem claudicação e amputação (S/CA), segundo dados da doença vascular progressa e do tratamento. Campinas, 1998.

Variável	Grupos						Total		Valor p
	C		A		S/CA				
	(n=57)		(n=43)		(n=14)				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Dados clínicos vasculares progressos									
Claudicação intermitente	51	89,5	25	58,1	05	35,7	81	71,1	0,00013
Dor em repouso	15	26,3	23	53,5	04	28,6	42	36,8	0,017
Lesão trófica	21	36,8	30	69,8	07	50,0	58	50,9	0,0041
Gangrena	03	5,3	28	65,1	01	7,1	32	28,1	0,00212 ²
AcidentevVascular	13	22,8	08	18,6	01	7,1	22	19,3	
Cerebral (AVC)									
Tipo de Tratamento									
Clinico	38	66,7	—	—	03	21,4	41	36,0	
Cirúrgico*:							73	64,0	
• Cirurgia vascular (ponte, trombectomia etc)	19	33,3	—	—	11	78,6	30	26,3	
• Cirurgia vascular e pequena amputação	—	—	19	44,2	—	—	19	16,7	
• Cirurgia vascular e grande amputação	—	—	13	30,2	—	—	13	11,4	
• Grande amputação	—	—	08	18,6	—	—	08	7,0	
• Pequena amputação	—	—	03	7,0	—	—	03	2,6	
Número de internações									
Nenhuma	34	59,7	03**	7,0	03	21,4	40	35,1	0,00000018
1 — 2	17	29,8	17	39,5	08	52,2	42	36,8	
2 — 4	06	10,5	18	41,9	02	14,3	26	22,8	
4 ou mais	—	—	05	11,6	01	7,1	06	5,3	
Média	1,4		2,3		1,1				
Desvio Padrão	(±0,6)		(±2,0)		(±0,3)				
Tempo de internação (em número de dias)									
Nenhum	34	59,6	03	7,0	03	21,4	40	35,1	0,0450
1 — 10	13	22,8	11	25,9	06	42,9	30	26,3	
10 — 20	07	12,3	12	27,9	04	28,6	23	20,2	
20 — 40	03	5,3	11	25,6	01	7,1	15	13,1	
> 40	—	—	06	13,9	—	—	06	5,3	
Média	10,5		21,7		11,7				
Desvio Padrão	(±6,6)		(±18,6)		(±8,9)				

* Cinco pacientes apresentam amputação em ambos os membros, sendo duas transfemoral mais artelhos, uma transtibial mais artelhos e outras duas somente dos artelhos.

** Três pacientes realizaram amputação fora do HC/UNICAMP

Quanto ao **tipo de tratamento**, 41 (36,0%) (64,0%) foram submetidos à reconstrução arterial, ou à amputação, ou, ainda, a outro tipo

de cirurgia. Parte dos pacientes claudicantes, 19 (33,3%), já foram submetidos à cirurgia. Dentre os três pacientes clínicos (21,4%) do terceiro grupo (S/CA), dois apresentavam lesão trófica no membro inferior direito e um, obstrução femoropoplíteia nos membros inferiores esquerdo e direito. Todavia, nenhum deles apresentava condições para ser submetido à cirurgia. Em relação à amputação, sabe-se que o procedimento normalmente adotado é o de tentativa de salvar o membro comprometido pela doença, isto é, muitas vezes os enfermos são submetidos a cirurgias de reconstrução da artéria (enxerto, por exemplo) antes de serem submetidos a essa cirurgia.

Em relação ao **número de internações**, o teste de Fisher demonstrou haver diferença estatisticamente significativa na distribuição dos números de internações nos grupos estudados. São 40 (35,1%) os pacientes que não tiveram nenhuma internação por obstrução arterial periférica em membros inferiores, e 74 (64,9%) os pacientes que já foram internados. Considerando-se os 74 pacientes, verifica-se que o número de internações varia de 1 a 12, totalizando 132, com média de 1,8 internação por paciente. Na interseção **número de pacientes internados por grupos e sexo** observa-se:

- Claudicantes: 15 do sexo masculino e 8 do feminino;
- Amputados: 33 do sexo masculino e 7 do feminino;
- Sem claudicação e sem amputação: 8 do sexo masculino e 3 do feminino.

Pode-se verificar, por esses dados, a prevalência de internação para pacientes masculinos: dos 74 pacientes internados, 56 (75,7%) são do sexo masculino e 18 (24,3%) do feminino.

Os achados mostram que os homens são internados mais que as mulheres. VERAS (1994) encontrou, em pesquisa com idosos, na população geral do Rio de Janeiro, dados que confirmam estes resultados.

Com relação ao **tempo de internação**, o número de dias passados no hospital variou de 1 a 100, sendo a média geral de 19,6 dias. Bianco et al.(1997) constataram menores índices de tempo médio de internação: em 80 pacientes

admitidos por isquemia crítica no Hospital Universitário de Porto Alegre, houve variações de 1 a 85 dias.

Tipo de Cirurgia

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes nos grupos: com claudicação (C), com amputação (A) e sem claudicação e amputação (S/CA), segundo o tipo de cirurgia. Campinas, 1998.

Tipo de Cirurgia	C	A	S/CA	Total
Cirurgia Hiperemiente				
– Simpatectomia	01	02	–	03
• <i>Reconstrução de Artéria</i>				
– Enxerto ou “bypass”	12	28	06	46
– Endarterectomia Femoral	–	02	02	04
– Angioplastia	01	–	–	01
• <i>Desobstrução de Artéria</i>				
– Trombectomia	02	01	01	04
– Embolectomia	01	01	03	05
• Amputação	–	43	–	43
• Outras (endarterectomia de carótida, aneurismectomia)	02	–	–	02
• Nenhum	38	–	03	41

Na Tabela 3, constata-se que foram realizadas cirurgias, incluindo-se aí 43 amputações. Nove pacientes deste estudo foram submetidos à cirurgia para desobstrução aguda por embolia ou trombose. No ano de 1997, o Serviço de Cirurgia Vascular da Unicamp realizou 114 enxertos em membros inferiores. Destaca-se que a cirurgia realizada no menor número de pacientes desta amostra, é a hiperemiente (simpatectomia) de caráter paliativo e que está sendo superada por técnicas mais novas e eficientes no suprimento de fluxo sanguíneo para o músculo, como, por exemplo, a reconstrução arterial.

No tocante ao **membro acometido**, 52,6% dos pacientes **C** referiram claudicação em ambos os membros inferiores. O membro esquerdo foi o mais comprometido nos pacientes **A** (60,5%) e nos **S/CA** (57,1%). Não foi encontrada na literatura justificativa para um maior acometimento do membro inferior esquerdo, razão pela qual este resultado deve ser considerado com cautela, havendo necessidade de pesquisa específica para uma conclusão.

Em pesquisa realizada no serviço de cirurgia vascular de um hospital governamental, em São Paulo, Bersusa (1998) encontrou, em 50

pacientes examinados com algum tipo de vasculopatia periférica (obstrução arterial, aneurisma, varizes, pé diabético), 56% deles apresentavam os dois membros acometidos; 20% com sintomatologia no membro inferior direito; 12% no membro inferior esquerdo; e 12% dos pacientes com amputação.

Observa-se que, apesar das diferenças entre os resultados das duas pesquisas em relação aos pacientes claudicantes, neste estudo tal diferença não ocorreu (MID=26,3% e MIE=21,1%), pois nas duas investigações os percentuais, em relação ao acometimento da doença, em ambos os membros inferiores, foram bastante semelhantes (52,6% x 56%).

CONCLUSÕES

A pesquisa mostra que na população estudada houve predomínio de indivíduos: idosos (79,8%), acima de 60 anos; de cor branca (85,1%); casados (64,9%); do sexo masculino (63,2%); estavam aposentados 64,0%, tendo trabalhado anteriormente como lavradores 37,7%; 40,0% eram analfabetos e 23,0% tinham curso primário completo. Quanto ao tipo de tratamento, a cirurgia foi a opção indicada para 64,0% dos pacientes; 64,9% já haviam sido internados de uma a mais de quatro vezes, por obstrução arterial em membros inferiores, tendo permanecido internados por uma média de 19,6 dias.

O estudo realizado aponta para a necessidade dos pacientes com problemas vasculares periféricos de receber atenção especializada e individualizada por parte das equipes de saúde, particularmente pela enfermagem, que deverá sistematizar a assistência de enfermagem (Resolução COFEN n.º 272/2002). Para pacientes com DAOC, sugere-se o “processo de enfermagem”, colocado a seguir, abrangendo as seguintes etapas quando do atendimento de enfermagem, em ambulatório:

- Histórico – conhecer os hábitos de vida alimentares e fatores de risco para identificação de problemas.
- Exame físico – realizar inspeção, ausculta e palpação. É importante que durante cada fase da avaliação física, além do exame do

membro afetado, seja também avaliado o membro contralateral para o estabelecimento de indicadores de comparação.

- Diagnóstico de enfermagem – analisar os dados coletados no histórico e no exame físico, para identificar os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas; e fazer uma avaliação clínica das respostas da pessoa. Assim, será possível ter como diagnósticos: alteração na perfusão de tecidos periféricos, relacionada ao comprometimento da circulação; dor, relacionada à redução da capacidade de os vasos periféricos fornecerem oxigênio aos tecidos; risco de diminuição da integridade cutânea, relacionado ao comprometimento da circulação e outros.
- Prescrição de enfermagem – direcionar e coordenar a assistência de enfermagem ao doente, a partir dos diagnósticos, com vistas a: aumentar a irrigação sanguínea arterial da extremidade afetada; diminuir a congestão venosa; promover a proteção de vasodilatação e a prevenção de compressão vascular; aliviar a dor e manter a integridade tecidual.
- Evolução de enfermagem – registro das alterações observadas no paciente com problema vascular periférico: os resultados das medidas implementadas em relação aos cuidados com as unhas, pés e pernas.

Os resultados deste estudo pretendem contribuir para melhorar a assistência de enfermagem específica aos pacientes com DAOC, visando minimizar o impacto das incapacidades no contexto de vida destes pacientes e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, C. R. B. de et al. Amputações de membros: análise retrospectiva de 260 pacientes amputados. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR, 31., **Rev. Soc. Bras. Angiologia e Cirurgia Vascular**. Resumos. Recife, 1995, p.80.
- BERSUSA, A. P. S. **Validação do diagnóstico de enfermagem**: alteração da perfusão tissular periférica em pacientes com vasculopatia periférica de membros inferiores. 1998. 191f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BIANCO, C. et al. Estudo de isquemia crítica em Hospital Universitário. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR, 32., **Rev. Soc. Bras. Angiologia e Cirurgia Vascular**. Resumos. Curitiba, 1997, p.180.

- BRIGHT, L. D.; GEORGI, S. Peripheral vascular disease: is it arterial or venous? **American Journal of Nursing**, New York, US., v.92, n.9, p.34-43, 1992.
- BRUM, O. **Angiologia básica**. São Paulo: Fundação Byk, 1989.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 272/2002: dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem – SAE – Nas Instituições Brasileiras, disponíveis em www.portalcofen.com.br [10 out 2003]
- GIANNINI, S. D. **Arteriosclerose e dislipidemias**. São Paulo: BG Cultural, 1998.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. <http://www.sidra.ibge.gov.br>. (dados de 1996).
- JACOB FILHO, W.; MAGALDI, R. M.; CHIAMOLERA, M. Aspectos gerais das arteriopatias no idoso. In: JACOB FILHO, W. **Arteriopatias no idoso**. São Paulo: Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, 1992. Ed.
- LANE, J. C.; POTÉRIO FILHO, J.; LUCAS, G. C. **Propedêutica vascular**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1979.
- LANGER, B. Arteriopatia dos membros. In: JACOB FILHO, W. (Ed.). **Arteriopatias no idoso**. São Paulo: Serviço de Geriatria do Hospital das Clínicas da FMUSP, 1992.
- LASTÓRIA, S. Aterosclerose obliterante periférica. In: MAFFEI, F. H. A. **Doenças vasculares periféricas**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1987.
- MAFFEI, F. H. A. **Doenças vasculares periféricas**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1987.
- MOURA, R. et al. Evolução de pacientes portadores de claudicação intermitente acompanhados em ambulatório especial. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR, 31., **Rev. Soc. Bras. Angiologia e Cirurgia Vascular**. Resumos. Recife, 1995, p.76.
- RAMOS JR., J. **Semiotécnica de observação clínica: fisiopatologia dos sintomas e sinais**. 7 ed. São Paulo: Savier, 1986.
- RILEY, B. B. et al. Types of spiritual well-being among persons with chronic illness: their relation to various forms of quality of life. **Arch Phys Med Rehabil.**, Rochester, US. v.79, n.3, p.258-64, 1998.
- VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UERJ, 1994.

Endereço para correspondência: Maria Regina Scholz, SGAN, W5, Quadra 915, conj.C, 74, Cep 70-790-150 – Brasília, DF. E-mail: maria.regina@anvisa.gov.br

Recebido em: 12/12/2002

Aprovado em: 23/04/2003