

RESUMO SIMPLES - TEMAS LIVRES

RASTREIO E MANEJO CLÍNICO DA DOENÇA ARTERIAL PERIFÉRICA NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: REVISÃO SISTEMÁTICA

Viviane Cristina Dos Santos (vivianecsantos@live.com)

Neylon José De Castro Gonçalves (neyloncastro@gmail.com)

Introdução: A doença arterial periférica (DAP) afeta aproximadamente 236 milhões de pessoas no mundo, sendo amplamente subdiagnosticada por sua apresentação frequentemente assintomática ou atípica. Na unidade básica de saúde (UBS), o médico de família é o profissional mais bem posicionado para identificar pacientes de risco, realizar o exame físico direcionado e iniciar a investigação com índice tornozelo-braquial (ITB), evitando o retardo diagnóstico que agrava o prognóstico cardiovascular e de membro. **Objetivo:** Sintetizar as evidências sobre rastreamento, diagnóstico e manejo clínico inicial da DAP aplicáveis à atenção primária. **Metodologia:** Revisão sistemática nas bases PubMed/MEDLINE e Cochrane Library, além de diretrizes ACC/AHA e ESC, com os descritores peripheral artery disease, ankle-brachial index, primary care, exercise therapy e screening, no período de 2016 a 2026. **Resultados:** A claudicação intermitente clássica está presente em apenas 10–32% dos pacientes com DAP; a maioria apresenta sintomas atípicos ou é assintomática. Em estudo de atenção primária alemã com 6.880 pacientes ≥ 65 anos

submetidos a ITB, 21% tinham DAP, dos quais 58,5% eram assintomáticos. A palpação de pulsos tem sensibilidade limitada: a ausência do pulso pedioso apresenta sensibilidade de 50% e especificidade de 73%, enquanto a ausência do pulso tibial posterior apresenta sensibilidade de 71% e especificidade de 91%. O ITB é o teste diagnóstico inicial recomendado em pacientes com fatores de risco e sintomas sugestivos, sendo considerado normal entre 1,00–1,40, limítrofe entre 0,91–0,99 e anormal $\geq 0,90$, com sensibilidade de 69–79% e especificidade de 83–99% para estenose angiográfica $>50\%$. Valores $>1,40$ indicam artérias não compressíveis, exigindo índice tornozelo-dedo (anormal $<0,7$). O ACC/AHA recomenda rastreio com ITB em repouso em indivíduos assintomáticos com risco aumentado: idade ≥ 65 anos; 50–64 anos com fatores de risco ateroscleróticos ou história familiar de DAP; <50 anos com diabetes e fator de risco adicional; ou doença aterosclerótica conhecida em outro território vascular. Já a USPSTF considera insuficiente a evidência para rastreio universal com ITB em assintomáticos. O tratamento clínico de primeira linha para DAP inclui terapia antiplaquetária (aspirina ou clopidogrel), estatina de moderada a alta intensidade, controle pressórico com meta $<130/80$ mmHg e cessação do tabagismo. O exercício supervisionado também é terapia de primeira linha para claudicação pelo ACC/AHA e pela ESC, embora a ESC o considere apenas "razoável". Cilostazol pode ser utilizado para melhora da distância de marcha em pacientes sintomáticos. Discussão: A subutilização do ITB na atenção primária permanece um obstáculo à detecção precoce, já que a maioria dos pacientes com DAP não apresenta claudicação clássica. A revascularização deve ser reservada para pacientes com sintomas persistentes refratários ao exercício ou isquemia crítica de membro, não sendo indicada rotineiramente na DAP assintomática ou levemente sintomática. Conclusão: Na UBS, o manejo da DAP fundamenta-se no reconhecimento de populações de risco, na realização criteriosa do ITB mesmo na ausência de claudicação típica, e na instituição precoce de terapia antiplaquetária, estatina, controle pressórico e programa de exercício, reservando o encaminhamento à cirurgia vascular para casos refratários ou com sinais de isquemia avançada.

Palavras-chave: doença arterial periférica; índice tornozelo-braço; atenção primária à saúde; exercício físico.

