Comentário ao Simpósio

Dra. Mónica Granja

Assistente de Clínica Geral
Centro de Saúde da Senhora da Hora / Unidade Local de Saúde de Matosinhos

A doença venosa periférica atinge em Portugal 36,8% dos homens e 62,4% das mulheres com mais de 24 anos de idade. As varizes dos membros inferiores isoladamente, e excluindo as já complicadas de úlceras, foram o nono problema de saúde mais frequente num estudo português sobre a consulta de Medicina Geral e Familiar. São, na grande maioria das vezes, problemas crónicos, com grande componente estético, por vezes incapacitantes mas que só excepcionalmente fazem perigar a vida. Como tal, e no actual contexto de escassez de recursos, têm sido sistematicamente relegadas para segundo plano pelos serviços de Cirurgia Vascular dos hospitais públicos portugueses.

A doença arterial periférica é menos frequente que a doença venosa mas está, na maioria das vezes, associada à aterosclerose e, com ela, às doenças cardio-vasculares, primeira causa de morte nos países desenvolvidos. É, além disso, e por si só, potencialmente geradora de elevada morbilidade: se localizada a juzante da aorta distal, pode ocasionar impotência no homem, claudicação de grau variável e, o seu mais temido desfecho (embora raro), a amputação; quando localizada no território carotídeo, esta doença é responsável por um terço de todos os acidentes vasculares cerebrais, com todas as suas conhecidas complicações; se atinge as artérias renais, ela levará inexoravelmente à deterioração da função renal. Os aneurismas da aorta abdominal constituem uma forma mais rara de doença arterial periférica, na maioria das vezes também eles associados à aterosclerose, de curso clínico em regra silencioso, assumindo particular relevância pela sua elevada mortalidade em caso de rotura.

Conforme o território atingido (venoso ou arterial), a doença vascular periférica constitui, não uma, mas duas grandes entidades clínicas, que diferem enormemente na sua patofisiologia, apresentação clínica, potencial gravidade, curso temporal e possibilidades terapêuticas. Torna-se, portanto, muito difícil raciocinar e sistematizar sobre a doença vascular periférica como uma entidade clínica única. Ao tentar fazê-lo, esta série de três artigos perde em homogeneidade e em coerência formal.

No primeiro artigo são focadas as abordagens diagnósticas e terapêuticas não invasivas da doença arterial periférica, não havendo qualquer menção à doença venosa. Inclusivamente, é referido que a aterosclerose é a mais frequente das doenças vasculares periféricas, o que só corresponde à verdade se pensarmos em termos anatomo-patológicos (clinicamente a insuficiência venosa é muito mais frequente). O segundo artigo foca de novo apenas a doença arterial periférica descrevendo exaustivamente as possibilidades, quer diagnósticas quer terapêuticas, mas desta feita das invasivas técnicas endovasculares. O terceiro e último artigo, além de quase resumir os dois anteriores, faz referência à doença venosa periférica, predominantemente nos seus aspectos terapêuticos.

Em Portugal, a grande maioria dos médicos de família não teve qualquer formação pós-graduada em Cirurgia Vascular. Além disso, os serviços hospitalares desta especialidade ou se encontram em situação de grande carência de recursos (não possibilitando a interacção desejável com os cuidados de saúde primários) ou simplesmente não existem (caso de muitos dos hospitais não centrais). Os médicos de família portugueses sentem, pois, grandes dificuldades em se actualizarem nesta matéria. Estas dificuldades são mais notórias em relação à patologia venosa, por ser um problema mais frequente na consulta de Medicina Geral e Familiar e por lhe ser mais vezes negado o acesso a cuidados hospitalares.

Dificuldades acrescidas advêm ainda do facto de os exames complementares de diagnóstico quase sempre necessários na avaliação de um doente vascular, e dos quais se destaca, pela sua utilidade nas mais variadas situações, o eco-dopller, não poderem ser solicitados em ambiente de cuidados de saúde primários. Assim, na maioria dos casos suspeitos de doença vascular, será necessária a referência a uma consulta hospitalar.

Dos cuidados passíveis de serem prestados pelo médico de família ao doente vascular, salientaria os seguintes:

- instuição universal das medidas de prevenção da trombose venosa profunda;
- na doença venosa, elucidar sobre a importância da contenção elástica e das medidas de higiene de vida (exercício físico, manuntenção do peso ideal e evicção do calor, do ortostatismo prolongado e das roupas apertadas);
- acompanhamento permanente dos cuidados de enfermagem prestados aos portadores de úlceras crónicas;
- na doença arterial, identificar os doentes de risco vascular, actuar sobre os factores de risco potencialmente modificáveis e diagnosticar precocemente a doença nas suas diferentes manifestações (claudicação dos membros, impotência, acidentes vasculares cerebrais, hipertensão arterial, etc.);
- palpação abdominal de rotina que poderá detectar uma massa indolor e pulsátil sugestiva de aneurisma da aorta abdominal (o rastreio ecográfico, sugerido no terceiro artigo, não é, por forma alguma, consensual, mas pode estar indicada a realização desse exame nos indivíduos com risco vascular e cuja palpação abdominal seja difícil).

Seria desejável que no futuro mais artigos abordassem estas patologias, de forma mais sistematizada e levando em conta o isolamento em que têm vivido os médicos de família portugueses e os seus doentes vasculares (em particular os venosos).