

CORRELAÇÃO ENTRE ANAMNESE E CLÍNICA NA CLAUDICAÇÃO INTERMITENTE COM AUXÍLIO DE TESTE DE ESTEIRA.

CORRELATION BETWEEN ANAMNESIS AND CLINIC IN INTERMITTENT CLAUDICATION WITH BELT TESTING.

Felipe Franchini **REZENDE**¹, André Luiz **BENÇÃO**¹, Francisco Eduardo **CORAL**¹,
Bruna Loise **MAYER**¹, Valdemar Pereira da **ROCHA JÚNIOR**¹, Gessica Melina **HORNUNG**²,
Maria Luiza Herzer **CORRÊA**², João Henrique e Silva **COSTA**², Luiza **DALL'ASTA**².

Rev. Méd. Paraná/1520

Rezende FF, Benção AL, Coral FE, Mayer BL, Rocha Júnior VP, Hornung GM, Corrêa MLH, Costa JHS, Dall'Asta L. Correlação entre anamnese e clínica na claudicação intermitente com auxílio de teste de esteira. Rev. Méd. Paraná, Curitiba, 2019;77(2):9-14.

RESUMO - **INTRODUÇÃO:** A doença arterial obstrutiva periférica afeta mais de 250 milhões de pessoas no mundo. Um terço relata ter claudicação intermitente, descrita como câibra, dor ou cansaço iniciado durante a caminhada fazendo o paciente parar após percorrer uma determinada distância - descanso para retomar sua atividade. Além de prejudicar a qualidade de vida do paciente, é utilizada como critério para tratamento da e na maioria dos casos, avaliada através da anamnese. **OBJETIVO:** Identificar a correlação da percepção do paciente claudicante a respeito da sua caminhada e a realidade observada em uma avaliação em esteira. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma anamnese inicial indagando a percepção do paciente sobre sua caminhada com posterior avaliação em esteira. As variáveis foram analisadas segundo distribuição Gaussiana, teste Exato de Fisher e teste T Student. Através destes testes avaliamos as diferenças entre os resultados (anamnese versus caminhada na esteira) e valores de p menores do que 0.05 foram considerados significativos. **RESULTADOS:** Avaliamos 39 pacientes com doença arterial obstrutiva periférica e obtivemos uma média de 88,1% de diferença entre a anamnese e a caminhada na esteira. **CONCLUSÃO:** A avaliação da distância máxima percorrida do paciente com doença arterial obstrutiva periférica mostra-se inconsistente através da anamnese.

DESCRITORES - Claudicação intermitente, Caminhada, Anamnese, Esteira, Doença arterial obstrutiva periférica.

INTRODUÇÃO

A claudicação intermitente (CI) em membros inferiores é um sintoma patognomônico da doença arterial obstrutiva periférica (DAOP)¹. É descrita como câibra, dor ou cansaço, iniciada durante a caminhada fazendo o paciente cessar sua atividade após percorrer uma determinada distância. Após um período de repouso o paciente consegue retomar sua caminhada^{2,3}. Isso acontece por uma redução do fluxo sanguíneo para os membros inferiores o que leva a quantidades insuficientes de oxigênio aos tecidos fazendo com que durante a caminhada o mecanismo de produção de energia passe a

ser anaeróbico, produzindo ácido láctico, causando dor muscular isquêmica^{4,5}. O quadro descrito é a apresentação clássica de DAOP, moléstia que afeta mais de 250 milhões de pessoas no mundo^{6,7}, destes um terço relata ter claudicação intermitente, sendo o sintoma mais marcante da doença⁸.

Além de diminuir a distância máxima que o paciente consegue percorrer, a claudicação também reduz a velocidade de caminhada³, prejudicando sua qualidade de vida, capacidade de marcha e aptidão física^{2,9}. Pacientes com esse sintoma também praticam menos atividades físicas, aumentando a probabilidade de desenvolverem problemas cardiovasculares futuros, já previamente alta devido à do-

Trabalho realizado no Serviço de Angiologia, Cirurgia Vascular e Endovascular da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba.

1 - Hospital Santa Casa de Curitiba.

2 - Acadêmicos da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

ença arterial.

As diretrizes brasileiras de doença arterial obstrutiva periférica sugerem o uso do teste de esteira para seu diagnóstico e para fornecer evidência objetiva da magnitude da limitação funcional de claudicação e também medir a resposta a terapia proposta¹⁰.

O tratamento da doença arterial periférica estabelecido pelas diretrizes internacionais visa aumentar a distância de caminhada sem dor, melhorar a qualidade de vida e reduzir morbidade e mortalidade cardiovascular. Atualmente isso é feito com modificações no estilo de vida (exercícios físicos programados, cessar tabagismo e mudanças alimentares), medicação (antiagregantes plaquetários, cilostazol, hipolipemiantes e outras medicações usadas para controle da pressão arterial sistêmica e diabetes) ou revascularização (cirúrgica ou endovascular)^{11,12}.

As limitações na caminhada desempenham um papel importante na avaliação da gravidade da doença⁶, a distância máxima percorrida (DMP) é um índice importante para a classificação de sua gravidade de acordo com as classificações de Fontaine e Rutherford, e são levadas em consideração no momento de decisão entre tratamento cirúrgico e clínico¹³.

Diversos são os métodos para a avaliação do grau de claudicação. Desde anamneses e questionários a respeito da qualidade de vida a teste de caminhadas no corredor, esteira, na rua e até monitoradas por Global Position System (GPS)^{2,3,6,14}. Sendo a caminhada na esteira, hoje, o padrão-ouro para mensuração da distância máxima percorrida na DAOP¹³.

Dentre os muitos questionários criados para avaliação de CI, os que se destacam são o Walking Impairment Questionnaire (WIQ) e o Walking Estimated-Limitation Calculated by History (WELCH), sendo que este tem se mostrado mais simples^{2,15}. Essas formas de avaliação são importantes por levarem em consideração a visão do paciente sobre seu sintoma e como ele tem afetado sua saúde e sua vida⁶, além de ser usado para escolha do tratamento mais adequado. Tanto os questionários quanto a anamnese são os métodos mais rápidos e fáceis de serem executados, por isso são, geralmente, os escolhidos para avaliar a capacidade funcional do doente². Porém esses métodos estão sujeitos a sub ou superestimação da distância percorrida pelo paciente.

Os testes de caminhada na esteira são mais objetivos na avaliação, mas nem sempre há estrutura ou tempo para sua realização^{2,3}. Nesses testes, o paciente caminha em uma esteira, com velocidade e inclinação variadas, dependendo do protocolo escolhido¹⁶. Já caminhada na rua parece ser a que melhor retrata a realidade do paciente, devido às diferentes condições de velocidade e do ambiente, porém é um teste pouco prático e de difícil padronização, pois necessita de um percurso pré-determinado, com controle de alguns fatores, como interrupção por trânsito e irregularidade do terreno⁶. Da mesma forma assemelham-se as caminhadas

em corredores, uma forma mais simples de avaliação, em que o paciente caminha em sua própria velocidade podendo ser realizadas em clínicas e hospitais.

Os testes de caminhada com GPS são uma opção mais recente e parecem ser de realização simples, permitindo a investigação da limitação da deambulação de pacientes com DAOP em condições tão próximas quanto possível de uma caminhada habitual, porém, até o momento, poucos estudos foram realizados para sua padronização³.

OBJETIVO

O objetivo do estudo é identificar a correlação da percepção do paciente a respeito da sua condição de caminhada com a caminhada percorrida em uma esteira.

METODOLOGIA

Esse é um estudo observacional transversal em que todos os pacientes foram avaliados através de caminhada em esteira correlacionando o resultado com a anamnese realizada anteriormente a avaliação.

Os pacientes foram avaliados e recrutados no ambulatório da cirurgia vascular do Hospital de Caridade da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Curitiba - PR (ISCMC) e a execução do teste de esteira foi realizado dentro do mesmo hospital no período de julho de 2017 a outubro de 2018. A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética número 68144817.2.0000.0020.

Os critérios de inclusão utilizados foram: pacientes maiores de 18 anos de ambos os sexos atendidos no ambulatório de cirurgia vascular do Hospital de Caridade da ISCMC - PR e portadores de DAOP estágio II de Fontaine.

Os critérios de exclusão utilizados foram: pacientes assintomáticos (classe I de Fontaine), comorbidades que limitam ou impeçam a realização de exercícios físicos, pacientes que não conseguiram caminhar na velocidade estabelecida pelo protocolo do estudo devido a limitações físicas, pacientes que não consigam terminar o teste devido a outros sintomas (dor no peito, tonturas, dor lombar, falta de ar, etc.), testes que atingirem 30 minutos ou 1,6km, dor de repouso (classe III de Fontaine), lesão trófica arterial (classe IV de Fontaine) e pacientes que se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

A técnica de amostragem foi do tipo conveniência. Composta por 39 pacientes sendo 19 mulheres e 20 homens, com idade entre 41 e 81 anos.

No início da avaliação os pacientes foram abordados por uma anamnese na qual eles foram questionados a respeito de sua doença. Foram abordadas as

características da dor bem como a distância percorrida desde o início da caminhada até a impossibilidade de sua continuidade devido a dor, cãibra ou sensação de queimação nos membros inferiores. Esta distância foi questionada em metros e quadras (padronizadas em 90m).

No protocolo utilizado para a avaliação da caminhada na esteira, a programação da velocidade foi constante de 3,2 km/h e a inclinação foi de 0%. A distância máxima de caminhada foi definida como a distância em que o paciente não conseguiu mais andar devido aos sintomas descritos anteriormente. Todos os pacientes foram orientados a utilizar calçados confortáveis e a não usar os apoios da esteira.

A avaliação era cega para o paciente, sendo omitido o tempo e a distância durante o teste os quais foram informados apenas ao final da avaliação.

Os resultados foram organizados em uma planilha de dados do Excel e posteriormente analisados estatisticamente. Para descrição das variáveis quantitativas foram consideradas as estatísticas de média, mediana, valor mínimo, valor máximo e desvio padrão. Para descrição das variáveis qualitativas foram consideradas frequências e percentuais. Para avaliação da homogeneidade dos grupos, definidos pelo sexo dos participantes do estudo, em relação à idade foi considerado o teste T de Student para amostras independentes. Para comparação dos sexos em relação às demais variáveis foi considerado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, bem como nas comparações das faixas etárias e distâncias declaradas. Para comparação dos sexos em relação à distância percorrida e aquela esperada na anamnese foi considerado o teste Exato de Fisher. Para avaliação da existência de igualdade entre a probabilidade de se percorrer uma distância maior do que a expectativa na anamnese e a probabilidade de se percorrer uma distância menor do que a expectativa na anamnese foi considerado o teste Binomial. Para avaliação da associação entre estas distâncias foi estimado o coeficiente de correlação de Spearman. Valores de p menores do que 0,05 indicaram significância estatística.

RESULTADOS

Inicialmente foram avaliados 42 pacientes, sendo 20 mulheres e 22 homens, porém durante os testes uma mulher apresentou tontura, um homem passou os limites de caminhada proposto previamente (tempo maior que 30 minutos de caminhada) e outro homem não soube responder algumas perguntas do questionário, sendo então excluídos da análise, resultando em 39 pacientes.

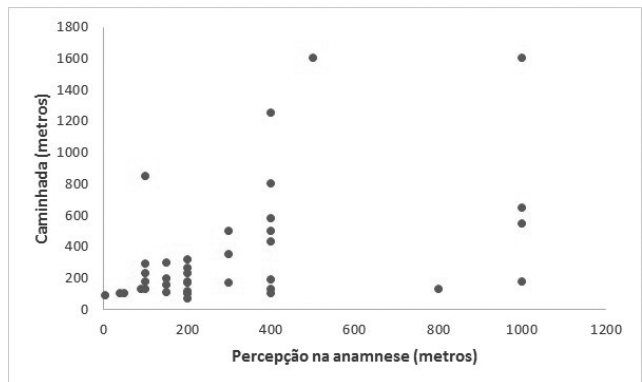
A idade mínima foi de 41 anos e a máxima de 81 anos. A média feminina foi de 64,2 anos e a masculina de 66,4 anos. O tempo médio de diagnóstico da doença foi de 3,5 anos variando de 1 a 15 anos.

A porcentagem de diferença entre a caminhada efetuada na esteira e a caminhada relatada previamen-

te apresentou uma média de 88,1% de diferença (intervalo de confiança [IC] -9,2%; 185,3%). Esses valores variaram de 1700% acima do esperado (caso feminino avaliado) a 83,8% abaixo do esperado (caso masculino avaliado) na anamnese.

Assim, como exemplo de interpretação, o IC -9,2% ; 185,3% tem 95% de chance de conter a verdadeira diferença percentual média entre a distância declarada e a distância percorrida. Considerando os limites do intervalo, -9,2% indica que em média a distância declarada é 9,2% menor que a distância percorrida. Já o limite 185,3% indica que em média a distância declarada é 185,3% maior que a distância percorrida. Estes dois limites têm 95% de chance de conter a verdadeira diferença percentual da população estudada (gráfico 01)

GRÁFICO 1: PERCEÇÃO NA ANAMNESE X CAMINHADA NA ESTEIRA – CASO A CASO.



SEXO

A análise comparando homens e mulheres não mostrou uma diferença com significância estatística nos resultados (p<0,05) (tabela 01).

TABELA 1: ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS RESULTADOS NOS DOIS GRUPOS (MASCULINO X FEMININO) E VALOR DE P. (*) TESTE NÃO PARAMÉTRICO DE MANN-WHITNEY; P<0,05

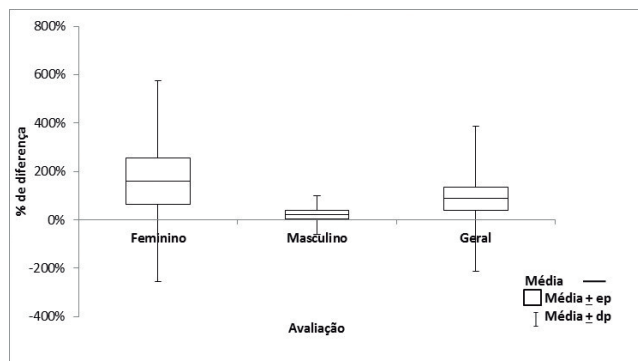
Sexo	n	Média	Me-diana	Mín.	Máx.	Desv Pad	Valor de p*
Fem.	19	159,4%	33,3%	-75,0%	1700,0%	415,7%	0,319
Masc.	20	20,3%	11,3%	-83,8%	212,5%	79,5%	

O resultado do teste indicou que não há evidência que os gêneros difiram, estatisticamente, quanto a diferenças de percentuais entre a distância declarada e a distância percorrida.

Abaixo são apresentados os intervalos com 95% de confiança para a diferença percentual média.

- Feminino (-41% ; 359,8%)
- Masculino (-16,9% ; 57,5%)

GRÁFICO 2: RESULTADOS DE PERCENTUAL DE DIFERENÇA MÉDIA, PERCENTUAL DE DIFERENÇA MÉDIA MAIS OU MENOS UM ERRO PADRÃO E PERCENTUAL DE DIFERENÇA MÉDIA MAIS OU MENOS UM DESVIO PADRÃO.



FAIXA ETÁRIA

Também avaliamos se há uma diferença significativa de resultados entre faixas etárias (até 70 anos e 70 anos ou mais) (tabela 02).

TABELA 2: ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS RESULTADOS NOS DOIS GRUPOS, BEM COMO O VALOR DE P DO TESTE ESTATÍSTICO. (*) TESTE NÃO PARAMÉTRICO DE MANN-WHITNEY; P<0,05

Faixa etária	n	Média	Me-diana	Mín.	Máx.	Desv Pad	Valor de p*
Até 70 anos	27	48,3%	25,0%	-83,8%	750,0%	154,0%	0,939
70 anos ou mais	12	177,6%	18,3%	-82,0%	1700,0%	492,1%	

O resultado do teste indicou que não há evidência que a idade difira, estatisticamente, quanto às diferenças de percentuais entre a distância declarada e a distância percorrida

Abaixo são apresentados os intervalos com 95% de confiança para a diferença percentual média.

- Até 70 anos (-12,6% ; 109,2%)
- 70 anos ou mais (-135% ; 490,2%)

DISTÂNCIA DECLARADA

Da mesma forma avaliamos se há diferenças estatísticas quanto a faixa de distância declarada (menos de 200 metros, de 200 a 400 metros e acima de 400 metros) (tabela 03).

TABELA 3: ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DOS RESULTADOS NOS TRÊS GRUPOS E VALOR DE P. (*) TESTE NÃO PARAMÉTRICO DE MANN-WHITNEY; P<0,05

Distância declarada	n	Média	Me-diana	Mín.	Máx.	Desv Pad	Valor de p*
Menos de 200 m	13	252,9%	100%	-26,7%	1700%	476,8%	0,006
De 200 a 400 m	20	5,7%	-1,3%	-75,0%	212,5%	69,9%	
Mais de 400 m	6	5,7%	-40%	-83,8%	220,0%	117,3%	

Em função da rejeição da hipótese de igualdade das três faixas, dividimos os valores de p comparando as faixas duas a duas (tabela 04).

TABELA 4: VALORES DE P DAS COMPARAÇÕES DAS FAIXAS DUAS A DUAS.

Grupos	Valor de p
Menos de 200 m x de 200 a 400 m	0,002
Menos de 200 m x mais de 400 m	0,009
De 200 a 400 m x mais de 400 m	0,719

Como pode ser observado há evidência de uma diferença percentual, estatisticamente, maior para aqueles que declaram menores distâncias.

Abaixo são apresentados os intervalos com 95% de confiança para a diferença percentual média.

- Menos de 200 m (-35,2% ; 541%)
- De 200 a 400 m (-27,1% ; 38,4%)
- Mais de 400 m (-117,4% ; 128,8%)

ERRO PARA MAIS X PARA MENOS

Testou-se a hipótese de a probabilidade de a caminhada ser maior do que a expectativa na anamnese, seja diferente da probabilidade de a caminhada ser menor do que a expectativa na anamnese (tabela 05).

TABELA 5: MÉDIA DE DIFERENÇA DE PERCENTUAIS NOS DOIS GRUPOS.

Distância da caminhada em relação à expectativa na anamnese	n	%
Mais	24	61,5%
Menos	15	38,5%
Total	39	100,0%

O resultado do teste indicou p = 0,10. Desta forma não há evidência de que a probabilidade da caminhada ser maior do que a expectativa na anamnese seja diferente da probabilidade da caminhada ser menor do que a expectativa na anamnese.

DISCUSSÃO

A eficácia das estratégias de tratamento, a tomada de decisão terapêutica e também fins de pesquisa em pacientes com CI são frequentemente avaliados com base nas distâncias máximas percorridas. Essas podem ser estimadas pelo próprio paciente ou então por testes de avaliação de distância de caminhadas, incluindo o teste de esteira. A avaliação da DMP pelo paciente é fundamental, tanto para a tomada de decisão a respeito do tipo de tratamento (cirúrgico ou clínico), quanto no pós tratamento, cujo objetivo é avaliar a melhora ou não, da claudicação intermitente¹⁴.

A expectativa de caminhada relatada pelo paciente aparece como uma avaliação insatisfatória segundo Fokkenrood e colaboradores⁶ e reforçado pelos resultados do nosso estudo, nos quais houve uma grande diferença entre a percepção do paciente quanto a sua doença e a real distância percorrida ao exame de esteira. Seu extremo chegou a 1700% acima daquela descrita pelo paciente. Estes autores justificam explicando que os parâmetros avaliados apenas fornecem uma visão da capacidade de andar, o que não reflete, necessariamente, a deficiência percebida pelo paciente⁶.

O presente estudo utilizou uma velocidade de 3,2km/h para o teste de esteira, o que pode ser uma variável importante na discrepância dos resultados. Fokkenrood⁶, corroborou esta teoria defendendo que a velocidade de caminhada difere caso a caso, assim como a inclinação, o qual foi 0% no nosso trabalho, que pode variar de acordo com o terreno. Reforçando tal suposição, Watson et. al., em Oxford no Reino Unido, adicionam variáveis como: comprimento da passada, temperatura ambiente, calçados e fatores psicológicos para explicar essa discrepância. A impossibilidade de diminuir a velocidade da caminhada no teste de esteira, já que ela é pré-determinada, também é um motivo importante de discordância, assim, as diferenças das quais os pacientes caminham uma distância menor no teste de esteira, daquela esperada da anamnese podem ser explicadas. Acreditam que uma avaliação da caminhada em um corredor tem a vantagem de o paciente andar na sua própria velocidade, que pode variar de acordo com os sintomas, tendo, então, uma melhor eficácia na avaliação. Neste estudo inglês, foram avaliados 70 pacientes com CI caminhando por um corredor, em seu ritmo normal até que não conseguissem mais prosseguir, após 30 minutos de descanso foram submetidos a um teste de caminhada a uma velocidade de 3km/h em um esteira horizontal¹⁴.

Assim como a literatura, nossa pesquisa mostrou que a distância relatada pelos pacientes foi altamente imprecisa quando comparada com a distância percorrida na esteira^{14,17,18}. O único estudo encontrado que contraria esses resultados é o de Giantomaso e colaboradores, cujos achados mostram uma correlação positiva entre as distâncias efetuadas e referidas em um trabalho com 31 pacientes¹⁹. O nosso coeficiente de correlação

de Spearman (48%) foi semelhante a literatura^{20,21,22}, número este, que traz confiabilidade aos resultados.

Um estudo prospectivo francês de 2015, dirigido por Gernigon, incluiu 20 pacientes com CI e os avaliou em caminhadas na esteira e em seguida com teste de caminhada externa com uso de GPS. Concluíram que o GPS é uma ferramenta relativamente barata e ágil para analisar a DMP, a velocidade de caminhada e o tempo de descanso dos pacientes. Acrescentam que o mesmo GPS pode ser utilizado em vários pacientes diminuindo, então, seu custo, e a análise dos dados levam em torno de 15 minutos o que torna o teste relativamente rápido³.

Na publicação de Le Faucheur, um estudo prospectivo que avaliou 24 pacientes com DAOP, foi avaliado e comparado as DMP utilizando teste com GPS em caminhada externa, medida auto-referida e mensuração por questionário comparando todos com teste de esteira, atual padrão ouro. O resultado verificou medidas altamente correlacionadas entre o uso de GPS e o teste de esteira, porém obteve distâncias maiores comparadas a esteira, sugerindo que este não reflete satisfatoriamente a caminhada externa. Ainda, quando correlacionou a medida auto-referida ao teste de esteira obteve um coeficiente de correlação baixo ($p > 0,05$) concluindo que a medida auto-referida é imprecisa¹³.

Nossa avaliação apresentou uma grande diferença nos resultados entre homens e mulheres, apesar de assemelharem nas porcentagens gerais (grupo feminino apresentou 63,2% de erro para mais e 36,8% para menos e o masculino 60% para mais e 40% para menos) foram entre as mulheres que houve as maiores discrepâncias entre a distância relatada e a percorrida (média de erro em 159,4% no grupo das mulheres e 20,3% no grupo dos homens), esses resultados não obtiveram uma significância estatística ($p = 0,319$).

Também comparamos os resultados dentro de subgrupos na idade (menos de 70 anos x 70 anos ou mais) e distância declarada (menos de 200 metros X entre 200-400 metros x mais de 400 metros). Comparando entre as idades, os resultados indicaram que os paciente mais idosos (70 anos ou mais – média de erro = 177,3%) tem um percentual de erro maior que os mais jovens (< 70 anos – média de erro = 48,3%), porém não houve diferença significativa ($p = 0,939$). Já quando se avalia os grupos das distâncias declaradas houve, sim, evidências de uma diferença percentual maior para aqueles que declaram menores distâncias, isto é, aqueles que dizem andar menos, erraram mais, chegando a uma média de 252,9% naqueles que declararam <200m contra 5,7% nos outros dois grupos ($p = 0,002$). Do mesmo modo, investigamos se o erro para mais era maior que o erro para menos e vice-versa, porém, apesar de os resultados se discreparem (61,5% para mais x 38,5% para menos), mostrando que o paciente normalmente diz andar menos do que realmente anda, não houve diferença significativa ($p = 0,10$).

Corroborando com a literatura, mostramos que

há grandes diferenças entre o que o paciente refere e o quanto ele efetivamente consegue caminhar. Esses dados nos dão evidências de que essa avaliação da caminhada auto-referida apresenta falhas importantes. Desta forma, faz-se necessária uma associação de dois ou mais testes para sua conclusão satisfatória, sejam eles: medidas auto-referidas, questionários, testes de esteira, caminhadas no corredor ou caminhada externa^{2,3,6,14}.

CONCLUSÃO

A correlação entre a distância estimada na anamnese e aquela caminhada na esteira mostrou-se fraca indicando, que os pacientes subestimam ou superestimam as suas condições.

Rezende FF, Benção AL, Coral FE, Mayer BL, Rocha Júnior VP, Hornung GM, Corrêa MLH, Costa JHS, Dall'Asta L. Correlation between anamnesis and clinic in intermittent claudication with belt testing. *Rev. Méd. Paraná, Curitiba*, 2019;77(2):9-14.

ABSTRACT - BACKGROUND: Peripheral arterial obstructive disease affects more than 250 million people worldwide. Of these, one-third report having intermittent claudication, a symptom described as cramp, pain or tiredness initiated during the walk causing the patient to stop after walking a certain distance, and then a rest break is necessary to resume his activity. Intermittent claudication, in addition to impairing the patient's quality of life, is used as a criterion for the treatment of peripheral obstructive arterial disease and in the majority of cases, evaluated through anamnesis done with the patient. OBJECTIVE: To identify the correlation of the patient's claudicating perception regarding their walk and the reality observed in a treadmill evaluation. METHODS: An initial anamnesis was performed investigating the perception of the patient with intermittent claudication on their walk with subsequent evaluation of the same on a treadmill. The variables were analyzed according to Gaussian distribution, Fisher's exact test and Student's T test. Through these tests we evaluated the differences between the results (anamnesis versus treadmill walking) and p values of less than 0.05 were considered significant for this study. RESULTS: A total of 39 patients with peripheral arterial obstructive disease were evaluated, with a mean of 88.1% difference between anamnesis and treadmill walking. CONCLUSION: The evaluation of the maximum distance walked by the patient with PAD is inconsistent considering only the anamnesis.

KEYWORDS - Intermittent claudication, Walking, Anamnesis, Treadmill, Peripheral obstructive arterial disease (PAD).

REFERÊNCIAS

- Maffei FHA. Doenças Vasculares Periféricas. 5ª edição – Rio de Janeiro/2016.
- Cucato GG, Correia M de A, Farah BQ, et al. Validation of a Brazilian Portuguese version of the walking estimated-limitation calculated by history (WELCH). *Arq Bras de Cardiol*. 2016; 106(1): 49-55.
- Gernigon M, Fouasson-Chailloux A, Colas-Ribas C, Noury-Desvaux B, Le Faucheur A, Abraham P. Test-retest Reliability of GPS derived measurements in patients with claudication. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2015; 50: 623-629.
- Greenhaff PL, Campbell-O'Sullivan SP, Constantin-Teodosiu D, Poucher SM, Roberts PA, Timmons JA. Metabolic inertia in contracting skeletal muscle: a novel approach for pharmacological intervention in peripheral vascular disease. *Br J Clin Pharmacol*. 2004; 57(3): 237-243.
- Harwood et al. A systematic review of muscle morphology and function in intermittent claudication. *Journal of Vascular Surgery*. 2017, Vol. 66, Nº 4
- Fokkenrood HJP, van den Houten MML, Houterman S, Breek JC, Scheltinga MRM, Teijink JAW. Agreements and discrepancies between the estimated walking distance, nongraded and graded treadmill testing, and outside walking in patients with intermittent claudication. *Ann Vasc Surg*. 2015; 29: 1218-1224.
- Abaraogu UO, Dall PM, Seenan CA. Patient education interventions to improve activity in patients with intermittent claudication: a protocol for a systematic mixed-studies review. *BMJ open*. 2016; 6: e0011405.
- Duprez D, Backer T, Buyzere M, Clement DL. Estimation of walking distance in intermittent claudication: need for standardization. *European Heart Journal*. (1999) 20, 641-644
- Lima AHRA, Soares AHG, Cucato GG, Leicht AS, Franco FGM, Wolosker N, Ritti-Dias RM. Walking capacity is positively related with heart rate variability in symptomatic peripheral artery disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. July 2016; 52 (1): 82-89
- Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul. Diretrizes brasileiras de doença arterial periférica obstrutiva de membros inferiores – diagnóstico e tratamento. Projeto Diretrizes SBACV. 2015, pág 1-33.
- Lokin JLC, Hengeveld PJ, Conjin AP, Nieuwkerk PT, Koelemay MJW. Disease understanding in patients with IC: a qualitative study. *J Vasc Nurs*. September 2015; 33 (3): 112-118.
- Malgor et al. A systematic review of treatment of intermittent claudication in the lower extremities. *Journal of Vascular Surgery*, March Supplement 2015 Volume 61, Number 3s.
- Le Faucheur, A et al. Measurement of walking distance and speed in patients with peripheral arterial disease. A novel method using a global positioning system. *Circulation*. February 19, 2008.
- Watson CJ, Phillips D, Hands L, Collin J. Claudication distance is poorly estimated and inappropriately measured. *British Journal of Surgery* 1997, 84, 1107-1109
- Ritti-Dias Raphael Mendes, Gobbo Luis Alberto, Cucato Gabriel Grizzo, Wolosker Nelson, Jacob Filho Wilson, Santarém José Maria et al. Tradução e validação do Walking Impairment Questionnaire em brasileiros com claudicação intermitente. *Arq Bras Cardiol*. Feb 2009; 92 (2): 143-149
- Labs KH, Nehler MR, Roessner M, Jaeger KA, Hiatt. Reliability of treadmill testing in peripheral arterial disease: a comparison of a constant load with a graded load treadmill protocol. *Vasc Med*. November 1999; 4:239-4246
- Watson CJ, Collin J. Estimates of distance by claudicants and vascular surgeons are inherently unreliable. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1998;16: 429 – 430.
- Walker PM, Harris KA, Tanner WR, Harding R, Romaschin AD, Mickle DA. Laboratory evaluation of patients with vascular occlusive disease. *J Vasc Surg*. 1985;2:892– 897.
- Giantomaso T, Makowsky L, Ashworth NL, Sankaran R. The validity of patient and physician estimates of walking distance. *Clin Rehabil*. 2003; 17:394 – 401.
- Izquierdo-Porrera AM, Gardner AW, Bradham DD, Montgomery PS, Sorkin JD, Powell CC, Katzel LI. Relationship between objective measures of peripheral arterial disease severity to self-reported quality of life in older adults with intermittent claudication. *J Vasc Surg*. 2005;41: 625– 630.
- Regensteiner JG, Steiner JF, Panzer RL, Hiatt WR. Evaluation of walking impairment by questionnaire in patients with peripheral arterial disease. *J Vasc Med Biol*. 1990;2:142–152.
- McDermott MM, Liu K, Guralnik JM, Martin GJ, Criqui MH, Greenland P. Measurement of walking endurance and walking velocity with questionnaire: validation of the walking impairment questionnaire in men and women with peripheral arterial disease. *J Vasc Surg*. 1998;28:1072–1081.