

# CARACTERIZAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÓNICA EM PORTUGAL

L. MOTA CAPITÃO, J. DANIEL MENEZES, A. GOUVEIA-OLIVEIRA  
Hospital de São Luis. Departamento de Biomatemática, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

## RESUMO

Com o objectivo de estudar o espectro das manifestações clínicas da Insuficiência Venosa Crónica (IVC), realizou-se um estudo epidemiológico em 17 dos 20 distritos e regiões autónomas portuguesas, envolvendo 436 clínicos gerais. O estudo incidiu sobre 8243 utentes consecutivos dos Centros de Saúde com queixas atribuíveis a IVC, maiores de 15 anos. O diagnóstico foi estabelecido em bases clínicas por observação directa dos indivíduos pelo médico, sendo registada informação sobre a demografia, doenças associadas, antecedentes, sintomatologia, manifestações cutâneas, características e localização das varizes. Estes dados foram combinados com as estimativas de prevalência de IVC na população obtidas num estudo prévio em 45 mil indivíduos e com os dados do recenseamento populacional de 1991, para se obterem estimativas de prevalência na população ajustadas por idade e sexo. Os resultados mostram que a prevalência de IVC, varizes radiculares e tronculares e de varizes tronculares é de 20, 12 e 6% nos homens e de 40, 22 e 10% nas mulheres. A prevalência dos graus 0, 1, 2 e 3 de IVC é de 2, 10, 6 e 3% nos homens e de 4, 22, 12 e 4% nas mulheres. Os antecedentes de tromboflebite e trombose venosa profunda têm uma prevalência de 4,5 e 1,3% nos homens e de 8,9 e 1,5% nas mulheres. A úlcera venosa crónica, activa e inactiva, tem uma prevalência de 3,2% nos homens e 3,9% nas mulheres. Estes dados indicam que a situação da IVC em Portugal é semelhante à que tem sido descrita em outros países europeus.

## SUMMARY

### Epidemiology of the manifestations of Chronic Venous Insufficiency in Portugal

With the objective of studying the spectrum of clinical manifestations of Chronic Venous Insufficiency (CVI), we conducted an epidemiological survey in 17 of the 20 districts in Portugal. This study involved 436 general practitioners and 8243 consecutive attendants of the national health service aged 15 and over, who were inquired for symptoms and signs of CVI. The diagnosis of CVI was established on clinical grounds by the physicians, who recorded data on demography, associated diseases, past history, symptoms, physical signs, and characteristics and location of varicose veins. These data were combined with the estimates of prevalence of CVI obtained in a previous study on 45,000 individuals and with the results of the population census of 1991 to obtain age and sex adjusted population prevalences of the disease manifestations. The results show that the prevalence of CVI, radicular and troncular varices, and troncular varices is 20, 12 and 6% in males and 40, 22 and 10% in females. The prevalence of grade 0, 1, 2 and 3 CVI is 2, 10, 6 and 3% in males and 4, 22, 12 and 4% in females. The prevalence of a history of phlebitis and venous thrombosis is 4.5 and 1.3% in males and 8.9 and 1.5% in females. The prevalence of chronic venous ulcer, either active and inactive, is 3.2% in males and 3.9% in females. These data indicate that the situation of CVI in Portugal is similar to that reported in other European countries.

## INTRODUÇÃO

A doença venosa crónica dos membros inferiores é uma das patologias que maior número de indivíduos afecta<sup>1</sup> e, embora não se associe a mortalidade ou incapacidade significativa, a sua repercussão médico-social é relevante<sup>2,3,4</sup>. Em Portugal, estima-se que cerca de 1,5% das consultas de clínica geral são devidas a doença venosa dos membros inferiores, com uma média anual de 2,3 consultas por doente e uma média de 32 tratamentos por doente com úlcera venosa crónica<sup>4</sup>.

Um número considerável de estudos tem procurado determinar a prevalência de varizes dos membros inferiores na população<sup>1</sup>. As varizes dos membros, contudo, representam apenas uma das múltiplas manifestações da doença varicosa, que inclui diferentes graus de insuficiência venosa e pode resultar, nos casos mais severos, na úlcera da perna. Num estudo anterior<sup>5</sup> estimámos para a população adulta portuguesa que cerca de 40% das mulheres e 20% dos homens sofrem de doença venosa crónica dos membros inferiores. Neste artigo procurámos estudar a epidemiologia das diversas manifestações da doença, uma área que tem recebido consideravelmente menos atenção.

Assim, com a finalidade de determinar as características da Insuficiência Venosa Crónica (IVC), foi realizado um levantamento com base em utentes de Centros de Saúde durante o ano de 1992. Os objectivos deste estudo consistiam na caracterização das manifestações da IVC e da sua relação com a severidade da IVC. Pela combinação dos dados deste estudo com as determinações da prevalência de IVC na população portuguesa, procurou-se também estimar a prevalência na população das diversas manifestações e calcular o número de indivíduos afectados.

## MÉTODOS

Foi solicitado a 436 clínicos gerais que registassem num formulário estruturado os dados demográficos e clínicos de 24 doentes consecutivos, com mais de 15 anos, observados no ambulatório com queixas aparentemente relacionadas com IVC. Os objectivos e a relevância do estudo foram discutidos numa primeira visita, sendo-lhes os formulários entregues pessoalmente nessa altura. Os dados registados incluíam dados demográficos, história anterior de IVC, queixas principais, dados do exame objectivo e avaliação clínica objectiva da IVC. Os dados clínicos pesquisados incidiam sobre características dos doentes que, num estudo anterior<sup>6</sup>, se mostrou estarem relacionados com a progressão da doença. Os formulários foram posteriormente recolhidos no próprio local, sendo os dados processados por computador, utilizando-se o programa STATA (STATA Corporation, Houston TX, USA). O estudo foi aprovado pela Ordem dos Médicos.

Os doentes foram divididos em quatro classes, de acordo com o grau de gravidade da IVC e segundo a nomenclatura proposta pela International Society for Cardiovascular Surgery<sup>7</sup>. De acordo com esta nomenclatura, consideraram-se os seguintes estadios de IVC: Classe 0: Assintomática; Classe 1: IVC ligeira com sintomas e

sinais que incluem edema maleolar ligeiro e moderado, desconforto ligeiro (sensação de pernas pesadas ou varicosidades dolorosas), e dilatação local ou generalizada de veias subcutâneas; Classe 2: IVC moderada, incluindo hiperpigmentação da zona distal dos membros inferiores, edema moderado, e fibrose subcutânea, que pode ser limitada em extensão ou envolver a região maleolar e pretibial, mas sem ulceração; Classe 3: IVC severa, com dor crónica da perna associada a alterações cutâneas ulcerativas ou pré-ulcerativas, alterações eczematóides e/ou edema severo.

No cálculo da prevalência específica para a idade das manifestações de IVC, utilizámos os dados de um estudo anterior sobre a prevalência da IVC na população, baseado na observação de 44777 utentes de centros de saúde<sup>5</sup>. No cálculo da prevalência nacional das manifestações de IVC por sexos e por distritos, utilizaram-se ainda os dados de distribuição da população residente por idade e sexo do recenseamento populacional de 1991, empregando-se o método de padronização directa para ajustamento por idade. O erro máximo das estimativas é de  $\pm 5\%$ .

## RESULTADOS

O estudo envolveu 436 clínicos gerais de 16 distritos e uma região autónoma, não se tendo obtido dados da Madeira, Portalegre e Bragança. O estudo decorreu entre Janeiro e Setembro de 1992, tendo sido observado um total de 8467 utentes de Centros de Saúde com queixas atribuíveis a IVC. A grande maioria dos médicos cumpriu o número de observações previstas (*Quadro 1*).

*Quadro 1* – Número de casos registado por médico

Nº de Casos	Nº de Médicos	%
<10	40	9
10-14	62	14
15-19	70	16
20-24	260	60
>24	4	1

Duzentos e vinte e quatro casos que tinham dados incompletos foram eliminados. A distribuição dos 8243 casos que constituem a amostra estudada pelos distritos apresenta-se no *Quadro 2*. Neste Quadro apresentam-se ainda as principais características do estudo (número de médicos participantes e taxa de amostragem por distrito) e as características demográficas dos indivíduos observados por distrito.

No *Quadro 3* apresenta-se a distribuição por graus de IVC nos dois sexos e na totalidade da amostra. Cerca de 10% dos indivíduos apresentavam IVC grau 0, cerca de metade grau 1, cerca de um terço grau 2 e cerca de 10% grau 3. Os homens apresentavam uma proporção maior de IVC grau 3 que as mulheres (15% para 8%).

A frequência observada, em cada grau de IVC, das características clínicas dos indivíduos apresenta-se no *Quadros 4*. As manifestações clínicas de IVC (*Quadro 5*) mais frequentes foram as queixas de cansaço das pernas e pernas pesadas, que eram referidas por mais de 80% dos

Quadro 2 – Descrição das características do estudo

Distrito	Médicos	Casos	Taxa de Amostragem (:10.000)	Idade		Homens %
				m	dp	
Açores	15	330	14	49,0	13,7	26,4
Aveiro	63	1231	20	48,0	12,8	25,1
Beja	9	152	9	49,5	12,7	14,5
Braga	47	952	13	48,3	12,7	25,6
Castelo Branco	4	59	3	49,0	14,9	25,4
Coimbra	10	190	4	49,1	11,1	30,5
Évora	12	215	12	53,4	12,7	26,1
Faro	22	421	12	47,7	13,4	23,0
Guarda	11	162	9	51,9	13,4	33,5
Leiria	25	479	11	49,6	11,9	31,8
Lisboa	89	1722	8	50,2	12,8	24,4
Porto	51	910	5	49,0	13,3	24,3
Santarém	14	295	7	47,7	13,2	26,7
Setúbal	20	387	5	48,7	12,6	26,4
Viana do Castelo	17	315	13	48,1	13,7	24,8
Vila Real	16	269	12	49,2	12,3	23,6
Viseu	11	154	4	50,2	11,2	24,0

Quadro 3 – Distribuição de 8243 doentes por grau de IVC

Grau de IVC	Homens		Mulheres		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	191	9,1	591	9,6	782	9,5
1	987	47,1	3416	55,6	4403	53,4
2	609	29,1	1644	26,7	2253	27,3
3	308	14,7	497	8,1	805	9,8

Quadro 4 – Frequência de diversas características clínicas por grau de IVC (em %)

Característica	Grau de IVC				Total n=8243
	0 n=782	1 n=4403	2 n=2253	3 n=805	
<b>Demografia</b>					
sexo masculino	24	22	27	38	25
domicílio urbano	59	56	49	43	53
<b>Condições de trabalho</b>					
agricultor	17	23	31	34	25
exposição ao calor	22	23	27	27	24
<b>Hereditariedade</b>					
paterna	12	12	14	21	14
materna	42	44	47	43	45
ambas	49	51	54	53	52
<b>Antecedentes pessoais</b>					
doença cardiovascular	9	15	33	49	23
doença reumática	14	23	41	49	30
doença ortopédica	6	10	17	20	12
intervenção cirúrgica	12	14	18	22	15
<b>Exame físico</b>					
obesidade	20	30	48	56	37
alterações aparelho locomotor	16	27	49	61	35
patologia herniária	2	2	4	7	3
patologia hemorroidária	22	20	24	27	22

casos, mas importantes eram também as queixas dolorosas e o edema, que surgem em mais de metade dos casos. Dentro das alterações cutâneas mais observadas sobre saem o eritema e a pigmentação, presentes em 40% dos

casos, mas também frequentes são os nódulos de induração e o eczema. Existiam sinais de úlcera activa ou cicatrizada em 9% dos casos. Uma proporção importante dos indivíduos (20%) referia antecedentes de tromboflebite.

Com base nos dados deste estudo e nos dados de um estudo anterior sobre prevalência da IVC em Portugal<sup>5</sup>, estimou-se a prevalência específica para a idade dos quatro graus de IVC nos dois sexos e o número de indivíduos

os afectados em cada escalão etário (*Quadros 6 e 7, e Fig. 1*). Estes dados indicam que a prevalência de IVC grau 0 é relativamente constante nos dois sexos, enquanto a IVC grau 3 aumenta progressivamente a partir dos

Quadro 5 – Frequência de manifestações clínicas de IVC por grau de IVC (em %)

Manifestação	Grau de IVC				Total n=8243
	0 n=782	1 n=4403	2 n=2253	3 n=805	
<b>Antecedentes</b>					
tromboflebite	4,1	9,7	33,6	58,1	20,5
trombose venosa profunda	0,3	1,0	5,2	18,9	3,8
reação ortostática	9,7	12,3	14,7	21,2	13,6
claudicação venosa	2,8	7,7	18,6	33,2	12,7
<b>Sintomatologia</b>					
cansaço das pernas	74,0	88,2	90,1	87,0	87,3
inquietação das pernas	22,0	30,0	38,0	44,5	32,8
pernas pesadas	59,9	81,2	88,4	85,8	81,6
cãimbras	19,7	33,4	49,3	57,6	38,8
dor	29,3	53,1	76,0	91,4	60,9
edema maleolar	16,2	41,1	62,5	70,4	47,4
edema dos membros inferiores	5,1	12,5	38,5	65,6	24,1
<b>Alterações cutâneas</b>					
eritema	14,7	32,3	53,6	63,9	39,5
eczema	2,8	8,4	33,7	69,4	20,7
pigmentação	8,8	21,4	73,9	85,7	40,9
nódulos de induração	5,9	14,4	44,7	55,9	25,9
úlceras	0,1	0,3	6,2	76,3	9,3
celulite	8,3	15,2	22,5	30,6	18,0
atrofia muscular	1,0	2,9	12,1	29,4	7,8
<b>Localização das varizes</b>					
coxa	33,9	39,6	51,0	47,9	42,9
perna	63,8	81,3	93,9	95,1	84,4
pé	10,4	19,1	41,4	60,4	28,4
<b>Morfologia das varizes</b>					
telangiectasia	41,3	38,4	25,9	25,9	34,1
radicular	23,2	37,1	46,3	38,7	38,4
troncular	5,4	12,3	39,9	58,8	23,7

Quadro 6 – Prevalência específica por idade dos graus de IVC (Homens maiores de 15 anos)

Classe Etária	Obs.	Prevalência Grau de IVC				Efectivos (milhares) Grau de IVC			
		0	1	2	3	0	1	2	3
15-29	60	1,7	4,5	1,4	0,9	20,0	53,2	16,6	10,0
30-39	232	2,5	8,4	2,7	0,5	16,5	55,5	17,7	3,6
40-49	449	3,2	13,9	5,8	1,8	18,8	80,6	33,4	10,2
50-59	732	2,3	14,5	10,3	5,7	12,1	76,5	54,5	30,3
60-69	444	1,5	13,2	12,8	6,5	6,6	60,5	58,4	29,7
>=70	143	1,5	11,7	10,9	10,7	5,0	40,3	37,8	36,9

Quadro 7 – Prevalência específica por idade dos graus de IVC (Mulheres maiores de 15 anos)

Classe etária	Obs.	Prevalência Grau de IVC				Efectivos (milhares) Grau de IVC			
		0	1	2	3	0	1	2	3
15-29	604	4,4	14,0	1,3	0,03	51,4	163,0	15,2	0,4
30-39	1183	6,2	27,0	5,6	0,8	42,9	187,0	38,7	5,6
40-49	1439	4,5	31,3	12,7	2,3	27,9	195,2	79,1	14,1
50-59	1688	3,3	27,1	20,3	6,2	19,8	160,5	120,3	36,8
60-69	889	2,1	22,7	21,3	9,5	11,3	124,0	116,5	51,9
>=70	269	0,7	14,2	21,1	12,4	3,8	74,9	111,0	65,4

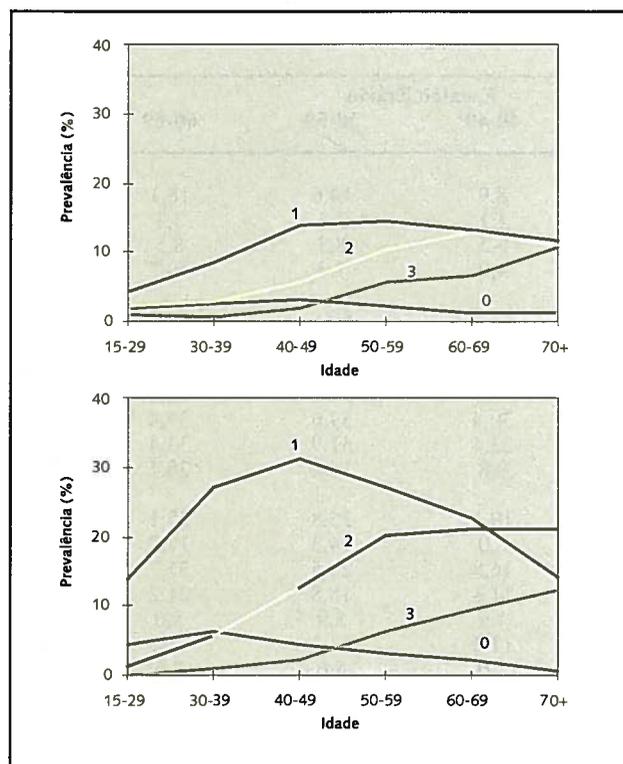


Fig. 1 – Prevalência específica para a idade dos graus de IVC no sexo masculino (em cima) e feminino (em baixo).

50 anos, com uma prevalência semelhante nos dois sexos. A principal diferença entre os sexos reside nos graus 1 e 2, que são muito mais prevalentes no sexo feminino. Em consequência, uma proporção maior de homens com IVC apresenta lesões de grau 3.

Combinando estes dados com os dados do recenseamento populacional de 1991, obtiveram-se as estimativas ajustadas pela idade da prevalência global nacional de cada um dos graus de IVC, segundo o sexo (*Quadro 8*), na população portuguesa maior de 15 anos. Segundo estes resultados, existiriam cerca de 300 mil indivíduos com IVC grau 3 e cerca de 700 mil com IVC grau 2.

*Quadro 8* – Prevalência nacional de IVC na população maior de 15 anos por graus e sexos, ajustada pela idade

Grau de IVC	Homens		Mulheres	
	%	n x1000	%	n x1000
0	2,1	78,9	3,8	157,1
1	9,8	366,5	21,8	904,7
2	5,8	218,3	11,6	480,9
3	3,2	120,7	4,2	174,2

Ainda com base nos dados dos dois estudos, estimou-se a prevalência específica para a idade, nos dois sexos, das diversas manifestações da IVC (*Quadros 9 e 10*). A úlcera cutânea, a manifestação mais séria de IVC, tem uma prevalência semelhante nos dois sexos e atinge sobretudo os esca-

*Quadro 9* – Prevalência específica para a idade das manifestações de IVC (Homens)

Manifestação	Escala etário					
	15-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
<b>Antecedentes</b>						
tromboflebite	0,9	1,5	4,2	7,7	9,6	11,7
trombose venosa profunda	0,3	0,6	1,1	2,0	2,4	3,9
reação ortostática	0,6	1,4	3,4	4,8	4,5	6,6
claudicação venosa	0,1	1,3	2,9	6,8	6,8	8,0
<b>Sintomatologia</b>						
cansaço das pernas	6,7	11,0	20,1	28,1	29,0	25,8
inquietação das pernas	2,4	3,6	7,0	10,1	11,6	11,7
pernas pesadas	6,1	10,0	17,5	26,4	28,3	25,5
cãimbras	3,3	4,6	9,4	14,1	16,1	15,3
dor	4,5	6,5	13,5	21,2	22,4	24,5
edema maleolar	2,1	4,3	9,2	15,9	19,6	18,5
edema dos membros inferiores	1,3	2,0	4,9	9,4	10,9	13,6
<b>Alterações cutâneas</b>						
eritema	2,8	4,4	9,3	15,2	17,9	15,6
eczema	0,7	2,0	4,5	10,4	12,3	15,1
pigmentação	1,6	4,0	9,1	18,1	21,4	23,3
nódulos de induração	1,4	1,9	5,7	10,4	10,3	11,4
úlceras	0,6	0,5	1,8	5,6	7,1	10,9
celulite	0,3	0,8	2,6	3,6	4,0	3,2
atrofia muscular	0,1	0,6	1,3	4,3	5,7	9,2
<b>Localização das varizes</b>						
coxa	3,7	4,1	7,8	10,3	11,8	9,7
perna	7,2	10,7	20,7	28,7	31,0	29,9
pé	1,7	4,3	7,9	12,1	13,7	14,6
<b>Morfologia das varizes</b>						
telangiectasia	3,1	4,7	7,2	8,6	8,7	6,3
radicular	3,7	3,6	9,4	14,1	14,1	11,4
troncular	2,0	3,0	5,2	10,2	9,9	10,4
radicular ou troncular	5,2	6,1	13,3	20,2	20,3	18,7

Quadro 10 – Prevalência específica para a idade das manifestações de IVC (Mulheres)

Manifestação	Escala Etário					
	15-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70+
<b>Antecedentes</b>						
tromboflebite	1,0	4,1	8,9	14,6	18,1	16,6
trombose venosa profunda	0,1	0,6	1,1	2,4	3,3	3,2
reação ortostática	2,3	4,7	6,5	8,3	8,5	9,0
claudicação venosa	0,8	2,4	4,9	7,9	10,7	8,8
<b>Sintomatologia</b>						
cansaço das pernas	17,5	35,8	45,5	50,5	49,3	40,3
inquietação das pernas	5,3	12,4	16,7	20,5	20,8	18,7
pernas pesadas	14,7	32,4	43,4	48,7	47,4	37,6
cãimbras	4,8	11,6	18,4	24,3	26,4	25,0
dor	7,6	19,5	30,4	39,6	39,4	34,7
edema maleolar	5,6	14,3	23,4	31,9	33,4	32,8
edema dos membros inferiores	1,6	5,0	9,8	16,4	20,1	21,2
<b>Alterações cutâneas</b>						
eritema	4,9	11,4	19,1	25,8	25,1	23,0
eczema	0,5	2,5	8,0	14,3	17,7	18,2
pigmentação	2,4	7,9	16,8	28,5	31,7	33,1
nódulos de induração	1,9	5,6	11,8	18,8	21,2	18,5
úlceras	0,1	0,7	1,9	5,9	8,6	11,3
celulite	3,4	7,1	11,2	13,2	11,5	10,3
atrofia muscular	0,1	0,5	2,0	4,6	7,6	12,4
<b>Localização das varizes</b>						
coxa	9,3	18,3	22,1	27,9	27,1	20,7
perna	13,9	30,9	42,6	50,1	49,1	44,3
pé	1,8	7,1	11,2	17,5	21,3	23,0
<b>Morfologia das varizes</b>						
telangiectasia	9,8	17,0	18,0	18,9	16,8	11,7
radicular	6,0	14,1	19,7	23,5	22,8	17,8
troncular	1,5	5,5	10,6	15,2	19,9	16,7
radicular ou troncular	7,0	17,6	26,8	33,0	34,9	27,9

ões etários acima dos 50 anos. Acima dos 70 anos, cerca de 11% dos indivíduos de ambos os sexos sofre de úlcera venosa crónica em actividade ou cicatrizada (Figura 2).

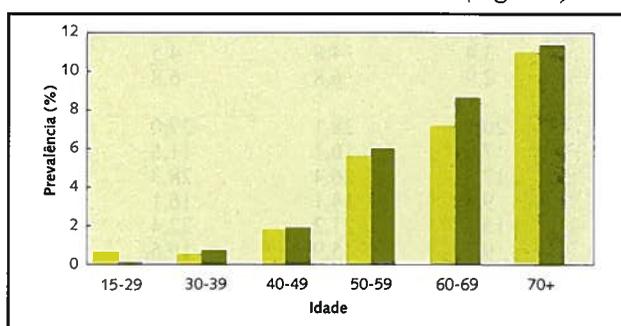


Fig. 2 – Prevalência específica para a idade de úlcera da perna no sexo masculino (cor mais clara) e feminino (cor mais escura).

Efectuando o ajustamento para a idade com base nos dados do Censo 91, calculou-se a prevalência nacional, na população com mais de 15 anos, de cada uma dessas manifestações, que se apresentam no Quadro 11. Designadamente, a úlcera venosa crónica tem uma prevalência de 3,2% nos homens e de 3,9% nas mulheres, correspondendo respectivamente a 120 mil e a 160 mil casos. Estes dados permitem ainda estimar a prevalência de varizes radiculares ou tronculares em 11,8% nos homens e 21,8% nas mulheres portuguesas maiores de 15 anos (Figura 3).

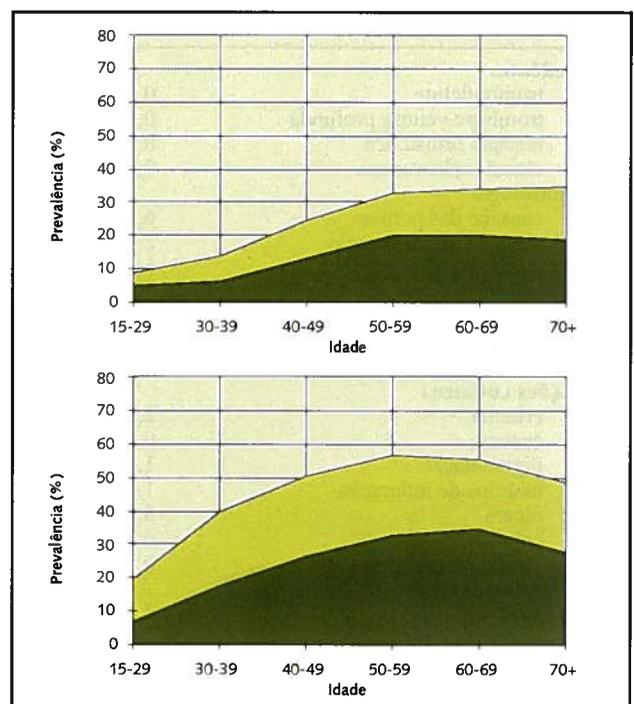


Fig. 3 – Prevalência específica para a idade de IVC (cor mais clara) e de varizes radiculares ou tronculares (cor mais escura) no sexo masculino (em cima) e feminino (em baixo).

Quadro 11 – Prevalência das manifestações de IVC na população portuguesa maior de 15 anos, com ajustamento pela idade

Manifestação	Homens		Mulheres	
	%	n x1000	%	n x1000
<b>Antecedentes</b>				
tromboflebite	4,5	168,6	8,9	368,7
trombose venosa profunda	1,3	48,4	1,5	60,7
reacção ortostática	2,8	104,5	5,9	242,9
claudicação venosa	3,3	121,8	5,0	208,4
<b>Sintomatologia</b>				
cansaço das pernas	17,0	637,4	36,6	1515,3
inquietação das pernas	6,4	239,4	14,1	584,9
pernas pesadas	15,9	596,0	34,1	1411,5
cãimbras	8,6	324,1	16,2	671,6
dor	12,6	473,7	25,5	1056,0
edema maleolar	9,2	344,6	20,6	854,4
edema dos membros inferiores	5,4	202,7	10,4	432,7
<b>Alterações cutâneas</b>				
eritema	8,9	331,8	16,1	667,1
eczema	5,6	210,8	8,4	349,3
pigmentação	9,9	371,4	17,0	703,0
nódulos de induração	5,4	203,7	11,1	459,2
úlceras	3,2	120,3	3,9	159,7
celulite	1,9	72,5	8,5	354,1
atrofia muscular	2,5	93,3	3,6	150,9
<b>Localização das varizes</b>				
coxa	6,9	257,2	19,2	795,6
perna	17,9	671,9	34,7	1439,3
pé	7,2	271,1	11,6	481,6
<b>Morfologia das varizes</b>				
telangiectasia	5,8	216,6	14,7	609,4
radicular	8,0	299,7	15,6	647,1
troncular	5,6	208,4	9,9	408,7
radicular ou troncular	11,8	442,6	21,8	903,5

No *Quadro 12* apresentam-se as prevalências distritais dos quatro graus de varizes, com ajustamento pela idade e sexo, assim como os efectivos estimados. Padronizando a amostra de cada distrito pela idade e sexo utilizando como população de referência a população nacional, obteve-se a prevalência padronizada de IVC por distrito

(*Quadro 13*), que permite apreciar assimetrias regionais da doença, independentemente das diferenças na idade e sexo entre as regiões. De acordo com estes resultados, as regiões de maior risco são os Açores, Porto, Aveiro e Santarém, enquanto Beja, Coimbra, Guarda e Vila Real são as regiões de menor risco.

Quadro 12 – Prevalência dos graus de IVC na população portuguesa maior de 15 anos, por distrito, com ajustamento pela idade e sexo

Distrito	Prevalência ajustada pela idade Grau de IVC				Efectivos (milhares) Grau de IVC			
	0	1	2	3	0	1	2	3
Açores	3,0	19,8	9,4	5,5	5,3	34,6	16,5	9,6
Aveiro	4,3	19,7	9,2	4,1	22,0	101,5	47,3	21,1
Beja	4,0	19,8	5,0	1,2	5,6	27,7	7,1	1,6
Braga	4,2	18,5	9,7	3,3	23,7	104,2	54,6	18,8
Castelo Branco	6,5	25,1	12,9	5,7	11,6	45,1	23,2	10,2
Coimbra	3,9	17,0	9,8	1,5	13,7	59,7	34,3	5,3
Évora	4,0	20,6	8,0	3,7	5,7	29,5	11,4	5,2
Faro	3,9	19,4	11,7	2,8	10,9	54,4	32,8	7,7
Guarda	1,9	8,8	6,4	3,1	2,9	13,5	9,9	4,7
Lisboa	3,3	20,7	9,8	2,6	56,4	349,2	165,5	43,8
Porto	3,6	17,7	9,0	4,3	46,0	228,6	115,3	55,1
Santarém	3,6	23,7	13,6	6,0	13,0	86,9	49,9	22,1
Setúbal	3,1	21,2	6,6	2,8	17,7	122,1	38,2	15,9
Viana do Castelo	2,7	16,5	8,4	4,6	5,4	32,8	16,7	9,1
Vila Real	2,0	10,5	6,6	2,6	3,7	19,5	12,1	4,8
Viseu	1,9	10,2	9,3	4,5	6,0	32,1	29,2	14,1

Quadro 13 – Prevalência dos graus de IVC na população portuguesa maior de 15 anos, por distrito, padronizada por idade e sexo

Distrito	Prevalência Padronizada Grau de IVC			
	0	1	2	3
Açores	3,0	19,9	9,9	6,0
Aveiro	4,1	19,8	9,8	4,5
Beja	4,3	19,6	4,1	1,0
Braga	4,1	18,8	11,5	4,1
Castelo Branco	6,6	27,1	10,3	4,1
Coimbra	3,9	16,9	9,1	1,4
Évora	4,3	20,7	7,1	3,4
Faro	4,0	18,8	10,6	2,5
Guarda	2,1	8,7	5,9	2,6
Lisboa	3,3	20,4	9,7	2,6
Porto	3,5	18,0	10,2	5,1
Santarém	3,7	24,0	12,6	5,4
Setúbal	3,1	20,7	6,7	3,1
Viana do Castelo	2,9	16,7	8,1	4,1
Vila Real	2,0	10,6	6,4	2,4
Viseu	2,0	10,6	8,7	4,0

## DISCUSSÃO

Embora a doença venosa dos membros inferiores seja uma das patologias mais frequentemente encontradas, a sua caracterização epidemiológica é ainda em grande parte desconhecida. Embora existam algumas dezenas de estudos epidemiológicos publicados, a diversidade das metodologias utilizadas determina uma variabilidade tão marcada nos resultados apresentados que a sua interpretação e comparação é frustrantemente difícil. Embora se observe actualmente uma tendência para a uniformização da metodologia, verificando-se que muitos estudos têm utilizado como base de sondagem os utentes consecutivos de consultas de clínica geral, maiores de 15 anos, estabelecendo o diagnóstico de doença venosa em bases clínicas, persistem contudo importantes divergências na nomenclatura utilizada. Por exemplo, alguns estudos consideram como marcadores da doença a presença de qualquer tipo de dilatação venosa, enquanto outros apenas consideram de interesse a presença de veias tortuosas e dilatadas, e outros ainda se referem unicamente à presença de varizes radiculares e tronculares. Enfim, em muitos casos não são definidos quaisquer critérios de diagnóstico. As dificuldades da nomenclatura abrangem também outras manifestações da IVC. Por exemplo, alguns estudos sobre prevalência de úlcera crónica dos membros consideram todos os tipos de ulceração dos membros, enquanto outros excluem a úlcera arterial, e uns estudos consideram apenas a úlcera activa enquanto outros incluem as úlceras inactivas. Neste estudo, considerámos apenas a úlcera venosa, mas incluímos as úlceras activas e as inactivas na altura da observação. Este decisão justifica-se porque, dada a natureza crónica e recorrente desta lesão, os estudos que analisam apenas as úlceras em actividade subestimam a verdadeira prevalência deste problema<sup>8</sup>.

O reconhecimento que a presença de varicosidades é apenas uma das manifestações do espectro da insuficiên-

cia venosa crónica dos membros inferiores veio alterar o objectivo e âmbito dos estudos epidemiológicos sobre esta doença. Foi nesta perspectiva que decidimos realizar o presente estudo, procurando avaliar a prevalência não apenas das varicosidades, mas das múltiplas manifestações que constituem o espectro clínico da IVC. Este trabalho conclui uma série de três estudos epidemiológicos desenhados de forma a permitir a integração da informação obtida em três fases de amostragem e os dados do recenseamento populacional de 1991. Assim, a prevalência de IVC na população portuguesa foi determinada numa larga amostra da comunidade<sup>5</sup>, o presente estudo determinou a prevalência das principais características clínicas numa amostra de menores dimensões, e o terceiro estudo<sup>6</sup> fez uma avaliação sistemática e detalhada de uma amostra muito mais limitada de indivíduos com IVC por clínicos especialmente treinados em avaliação do sistema venoso. Em todos os estudos a base de sondagem consistiu em utentes dos Centros de Saúde, sendo o diagnóstico e avaliação feitos por meios clínicos e por observação directa dos indivíduos por um médico. Todos os estudos utilizaram uma amostragem sistemática e a mesma classificação de doença venosa crónica dos membros inferiores. Embora existam certamente algumas diferenças entre a população geral e os utentes dos Centros de Saúde, o possível enviesamento provocado pela concentração de casos de IVC nos Centros de Saúde é minimizado substancialmente pela grande dimensão dos estudos, que incluíram cerca de 45000, 8500 e 500 indivíduos respectivamente. A realização destes estudos foi possível graças à rede de clínicos gerais de que o país dispõe e à elevada taxa de aderência dos clínicos à realização deste tipo de estudos epidemiológicos.

Os resultados deste trabalho são comparáveis aos de outros estudos epidemiológicos sobre IVC, mas apresenta estimativas de prevalência para um conjunto de manifestações da doença que nunca foram descritas por outros estudos. A prevalência de IVC na população maior de 15 anos tinha sido estimada em 20% nos homens e 40% nas mulheres<sup>5</sup>. Neste estudo pudemos determinar que a prevalência de varizes visíveis, radiculares e tronculares é de 12% nos homens e 22% nas mulheres, e a de varizes tronculares de 5,6% nos homens e 9,9% nas mulheres. Estas diferenças na prevalência segundo a definição de IVC explicam as disparidades observadas nos estudos publicados por outros autores, mas estes valores estão próximos dos descritos em populações europeias de etnia caucasiana. O pico de prevalência das varizes verifica-se, em ambos os sexos, no escalão dos 50 anos, mantendo-se depois relativamente estável. A prevalência de IVC com sinais de sofrimento cutâneo (IVC grau 2) é de 5,8% nos homens e 11,6% nas mulheres. Estes resultados são, no seu conjunto, admiravelmente comparáveis aos estimados por Callam<sup>1</sup>. Pelo contrário, a prevalência de úlcera venosa foi bastante mais elevada neste estudo do que o obtido por Callam ou em outros estudos de prevalência de úlcera, mas são idênticos aos descritos por Maffei<sup>9</sup> numa população do interior do Brasil e por Franks<sup>10</sup> na população londrina. Admitindo alguma concentração de casos de úlcera venosa nas amostras obtidas a partir de

utentes de Centros de Saúde, a prevalência real de úlcera venosa crónica activa ou inactiva poderá não se afastar muito dos 1 a 1,5% geralmente referidos por outros autores<sup>8</sup>. De qualquer modo, essa prevalência representaria mais de 100 mil casos na população portuguesa, o que se traduz num custo médico, social e económico extremamente elevado<sup>4</sup>. Os resultados deste estudo confirmam também a opinião que a úlcera venosa surge na meia idade e aumenta progressivamente de prevalência, com um ligeiro predomínio nas mulheres<sup>11</sup>.

A prevalência dos diversos sintomas associados com IVC tem sido estudada raramente. Os dados deste estudo comparam-se bem com os de um estudo francês<sup>12</sup>, quer quanto à sua prevalência, quer quanto à observação que a sensação de pernas pesadas e a iniquitação das pernas têm pouca relação com a idade, enquanto o cansaço das pernas e as câimbras aumentam significativamente com a idade. Os nossos dados sobre os antecedentes de tromboflebite e trombose venosa profunda são também semelhantes aos descritos por outros<sup>10</sup>.

Em conclusão, este estudo apresenta estimativas de prevalência de grande parte das manifestações clínicas que constituem o espectro da IVC, obtidas numa amostra de grandes dimensões e que não diferem em geral das publicadas em outros estudos, o que atesta de certo modo a fiabilidade dos resultados. Os dados indicam que a situação da IVC em Portugal é semelhante à dos outros países europeus, embora a prevalência de úlcera venosa crónica possa ser superior à desses países. A benignidade desta doença não impede que se associe a uma significativa morbidade e a um elevado consumo dos recursos dos sistemas de saúde. No mínimo, impõe-se uma atitude mais intervencionista das organizações de saúde e dos prestadores de cuidados médicos a nível da prevenção e do tratamento para que, pelo menos, se evite a progressão para a fase de ulceração venosa crónica dos membros inferiores.

## AGRADECIMENTOS

Os autores desejam agradecer ao Instituto Luso-Fármaco o apoio material e logístico disponibilizado, e em particular a Armando Farinha e Maria Fernanda Moura o seu empenho na coordenação do projecto. Na impossibilidade de agradecer individualmente a todos os médicos que participaram na avaliação dos doentes e registo dos dados, os autores expressam aqui o seu reconhecimento pela valiosa colaboração por eles prestada.

## BIBLIOGRAFIA

1. CALLAM MJ: Prevalence of chronic leg ulceration and severe chronic venous disease in Western countries. *Phlebology* 1992; 7 (Suppl 1): 6-12
2. WIENERT V: Epidemiologia et socio-economie des maladies veineuses en Allemagne. *Phlebologie* 1993; 46: 225-233
3. BARTOLO M: Impact socio-economique des maladies veineuses en Italie. *Phlebologie* 1992. 45: 423-431
4. DA SILVA A, NAVARRO MF, BATALHEIRO J: L'importance de l'insuffisance chronique. Quelques données préliminaires sur les conséquences médico-sociales. *Phlebologie* 1992; 45: 439-443
5. CAPITÃO LM, MENEZES JD, GOUVEIA-OLIVEIRA A: Epidemiologia da insuficiência venosa crónica em Portugal. *Acta Med Port* 1995; 8: 485-491
6. CAPITÃO LM, MENEZES JD, GOUVEIA-OLIVEIRA A: Análise multivariada de factores associados com a gravidade da insuficiência venosa crónica. *Acta Med Port* 1993; 6: 501-506
7. Subcommittee on reporting standards in venous disease. Reporting standards in venous disease. *J Vasc Surg* 1988; 8: 172-181
8. The Alexander House Group. Consensus paper on venous leg ulcer. *J Dermatol Surg Oncol* 1992; 18: 592-602
9. MAFFEI FHA, MAGALDI C, PINHO SZ, LASTORIA S, PINHO W, YOSHIDA WB, ROLLO HA: Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *Int J Epidemiol* 1986; 15: 210-217
10. FRANKS PJ, WRIGHT DDI, MOFFATT CJ, STIRLING J, FLETCHER AE, BULPITT CJ, MCCOLLUM CN: Prevalence of venous disease: a community study in west London. *Eur J Surg* 1992; 158: 143-147
11. NELZÉN O, BERGQVIST D, LINDHAGEN A: Venous and non-venous leg ulcers: clinical history and appearance in a population study. *Br J Surg* 1994; 81: 182-187
12. GRITTON P, ESCALIER-IMBERT M, CUFFIT A: La maladie variqueuse. Étude épidémiologique, à propos de 1600 cas. *Phlebologie* 1987. 40: 923-929