

# EPIDEMIOLOGIA DA INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÓNICA EM PORTUGAL

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

## RESUMO

A prevalência da insuficiência venosa crónica (IVC) foi investigada num estudo epidemiológico que incidiu sobre 44777 utentes não seleccionados de Centros de Saúde em 17 dos 20 distritos e regiões autónomas de Portugal, avaliados por 427 clínicos gerais durante 1993. A prevalência era mais elevada no sexo feminino, com uma relação de 2,1:1. A doença começava a adquirir significado a partir dos 15 anos no sexo feminino e cerca de 10 anos mais tarde no sexo masculino, atingindo o máximo entre os 55 e 64 anos de idade, quando atinge, respectivamente, 58% e 35% dos indivíduos. Partindo da prevalência específica por idade e utilizando os dados do recenseamento populacional de 1991, calculou-se pelo método de padronização directa a prevalência global nacional ajustada por idade. Assim, a prevalência no sexo masculino, com um erro estimado de  $\pm 2,5\%$ , é de 17,8% e no sexo feminino de 34,1%, correspondendo a 812 mil e 1741 mil casos de IVC. Na população maior de 15 anos, as prevalências são de 20,7% no sexo masculino e 40,8% no feminino. A distribuição da doença por distritos mostrou padrões diferentes para os dois sexos: no sexo masculino a prevalência aumenta no litoral, enquanto no feminino aumenta no sul.

## SUMMARY

### The Epidemiology of Chronic Venous Insufficiency in Portugal

The prevalence of Chronic Venous Insufficiency (CVI) was investigated in 44,777 unselected primary care outpatient clinics in 17 of the 20 districts in Portugal, during 1993. The diagnosis of CVI was established clinically by 427 participating general practitioners. CVI was more prevalent in females, with a female to male ratio of 2.1:1. The disease affects all age groups, but in females its prevalence increases sharply between 15 and 20 years, while in males it begins to become important about 10 years later. The maximum age-specific prevalence is reached between 55 and 64 years in both sexes, when CVI is present in 58% of females and in 35% of males. Overall prevalence of CVI was calculated using the data from the population census of 1991, by the direct standardization method. The estimated prevalence of CVI in males is 17.8% and in females is 34.1%, corresponding to 812 thousand and 1,741 thousand cases in Portugal, respectively. In the population over 15 years old, the prevalence is 20.7% in males and 40.8% in females. These estimates have an error of  $\pm 2.5\%$  with 95% confidence. The geographical distribution of the disease showed different patterns in males and in females. Prevalence decreases from coast to inland in males, and from south to north in females.

## INTRODUÇÃO

A doença varicosa dos membros inferiores tem sido uma entidade negligenciada<sup>1</sup>. É desde há muito sabido que a sua prevalência na população ocidental é muito elevada. A sua prevalência em África e em populações arborígenes da Austrália, pelo contrário, é muito baixa, embora os imigrantes destas regiões em países ocidentais apresentem o mesmo risco que as populações do país hospedeiro. Estes factos levaram a sugerir-se que as varizes são uma doença da industrialização<sup>2</sup>.

Em contrapartida, a história natural da doença é muito longa e as suas repercussões sobre o bem estar dos doentes não são dramáticas, estimando-se que apenas cerca de 10% destes venham a sofrer, a longo prazo, complicações locais ou à distância. Estas características de relativa benignidade, associadas ao desconforto e dificuldade de acesso ao tratamento cirúrgico, têm em grande medida justificado alguma complacência na atitude do médico perante o doente com varizes.

O problema da doença varicosa, na realidade, afecta menos os doentes que os sistemas de saúde, facto que a

torna uma patologia extremamente importante. Estudos realizados no Brasil<sup>3</sup>, Itália<sup>4</sup> e Portugal<sup>5</sup> mostram que, em termos de consumo de consultas externas (1,5% dos motivos de consulta em Portugal), de tempo de internamento hospitalar (2% do total de dias de ocupação em Itália), de encargos com o tratamento (136 milhões de dólares em 1988 em Itália), de encargos com a segurança social (14<sup>a</sup> causa de absentismo na população activa no Brasil), de tempo de absentismo (2,3 milhões de dias de trabalho perdidos em Itália em 1988), a doença varicosa é uma das patologias que mais recursos consome.

Um dos interesses dos estudos epidemiológicos é o de fornecer informação que auxilie a dimensionar o problema de forma a permitir elaborar estratégias para a sua gestão e a racionalizar a afectação de recursos. Estes estudos, porém, envolvem um esforço considerável, pois requerem necessariamente a avaliação de um percentagem apreciável da população. Relativamente à doença varicosa, na realidade, um trabalho considerável tem sido realizado para determinar com rigor a sua prevalência. Contudo, em grande parte devido à falta de uniformização da metodologia utilizada nesses estudos, os dados da prevalência têm sido frustrantemente variáveis<sup>6</sup>, com resultados que variam entre os 0,6 e os 56%.

O objectivo deste trabalho foi dar uma contribuição para a determinação da prevalência da doença varicosa dos membros inferiores através de um estudo epidemiológico realizado em 1993 em utentes de Centros de Saúde localizados em todo o território nacional. Neste estudo, procurámos determinar a prevalência da doença em função da idade e sexo, a prevalência global na população portuguesa, e a distribuição geográfica da doença.

## MÉTODOS

Foi solicitado a 427 clínicos gerais, cobrindo todo o território nacional, que registassem em formulário apropriado a idade, sexo e a existência de sinais de Insuficiência Venosa Crónica (IVC) de 150 utentes consecutivos observados na consulta. Os objectivos, relevância e metodologia do estudo foram explicados através de entrevista pessoal. Os formulários para registo de dados foram entregues e recolhidos no próprio local.

Os dados foram processados por computador, utilizando-se o programa STATA (STATA Corporation, Houston TX, USA). As curvas de prevalência por idades, em cada sexo, foram calculadas sobre a totalidade dos dados, sem ajustamento por região de residência, após divisão da amostra em 16 grupos etários (0 aos 9 anos, de cinco em cinco anos entre os 10 e 79 anos, e igual ou superior a 80 anos). Considerando o número de efectivos e as prevalências observadas, as estimativas apresentadas têm um erro inferior a  $\pm 2,5\%$  com um grau de confiança de 95%. Os resultados são apresentados em taxa de prevalência específica para o escalão etário indicado e intervalo de confiança exacto (binomial) a 95%.

Para o cálculo da prevalência por distritos e da prevalência total nacional, utilizaram-se os dados definitivos do Recenseamento Populacional de 1991 para ajustar as estimativas de prevalência pela distribuição por sexos e

idades da totalidade da população residente, utilizando o método da padronização directa. Para o cálculo da prevalência regional, dividiu-se a amostra em cinco escalões etários (em intervalos de 10 anos) para obter um número de efectivos em cada escalão que assegurasse um erro inferior a  $\pm 2,5\%$  das estimativas, para um grau de confiança de 95%. O ajustamento pelo sexo e idade permite corrigir as diferenças na distribuição destes dois factores entre a amostra estudada e a população residente.

Para a comparação da prevalência entre os distritos, calculou-se a prevalência padronizada para a idade, em cada sexo, utilizando-se como população de referência a totalidade da população nacional (dados do Censo 91). Utilizou-se também a distribuição em cinco escalões etários. Esta análise remove o efeito sobre a prevalência das assimetrias regionais da distribuição etária.

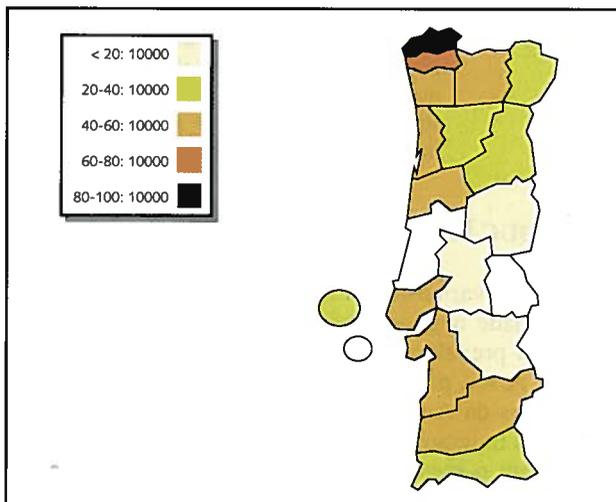
## RESULTADOS

427 clínicos gerais de 16 distritos do continente e de uma região autónoma (Açores) registaram informação de 45.042 utentes de Centros de Saúde entre Janeiro e Setembro de 1993. No *Quadro 1* apresenta-se o número de casos registado por médico. 265 registos foram eliminados por terem dados incompletos.

*Quadro 1* – Número de casos registado por médico

Nº de casos	Nº de médicos	%
<30	28	7
31-60	74	17
61-90	80	19
91-120	58	14
121-150	162	38
151-180	16	37
>180	9	2

A distribuição dos 44.777 casos analisáveis por distritos apresenta-se no *Quadro 2*, onde se descrevem também as taxas de amostragem por distrito (*Figura 1*) e as



*Fig. 1* – Taxa de amostragem por distrito

Quadro 2 – Descrição da amostra

Distrito	Médicos	Casos	Taxa de amostragem (:10.000)	Idade		% Homens
				m	dp	
Açores	4	600	25	39,5	15,6	40,8
Aveiro	30	3678	60	42,2	14,7	31,7
Beja	6	854	50	47,8	17,5	35,0
Braga	50	5057	68	40,7	15,7	33,1
Bragança	3	398	25	45,6	21,9	42,0
Castelo Branco	4	160	7	40,3	13,9	33,8
Coimbra	27	1844	43	44,0	16,0	35,9
Évora	2	179	10	53,2	17,7	34,1
Faro	24	2582	24	42,2	15,6	35,0
Guarda	6	537	29	52,1	19,9	33,5
Lisboa	103	11474	56	46,4	18,1	32,1
Porto	85	8548	51	42,9	16,8	31,4
Santarém	1	149	3	56,7	19,2	26,2
Setúbal	39	3930	55	46,6	17,8	34,3
Viana do Castelo	22	2252	90	44,6	16,7	35,6
Vila Real	10	1183	51	44,7	18,8	33,6
Viseu	11	1352	34	47,8	17,9	36,3

características demográficas das amostras obtidas em cada região. No *Quadro 3* apresenta-se o número de efectivos estudados, distribuídos por sexo e escalões etários.

Quadro 3 – Distribuição da amostra por escalões etários

Escalão etário	Homens n	Mulheres n
0-9	173	217
10-19	1187	1932
20-29	2099	4837
30-39	2337	5322
40-49	2766	5695
50-59	3102	6042
60-69	1914	3630
70-79	992	1636
80-89	267	569
90+	16	44

Os resultados da análise da prevalência específica de IVC por grupos etários, nos dois sexos, apresentam-se no *Quadro 4* e *Figura 2*. Observa-se que a IVC começa a manifestar-se a partir dos 15 anos no sexo feminino, atingindo o máximo de 58% entre os 55 e 64 anos, estabilizando ou mesmo decrescendo a partir dessa altura. No sexo masculino, a doença começa a ter significado cerca de uma década mais tarde, entre os 25 e 30 anos, atingindo o máximo, 36%, aproximadamente na mesma altura que no sexo feminino, e estabilizando em seguida.

O cálculo da prevalência global, em cada sexo, ajustando para a idade com os dados do Censo 91 (*Quadro 5*), estima para os homens uma prevalência de 17,8% e para as mulheres de 34,1%, o que corresponde a um total de cerca de 2,5 milhões de doentes com IVC em todo o país. De acordo com estes cálculos, a relação mulher/homem é de 2,1:1. A prevalência de IVC na população portuguesa com mais de 15 anos (*Quadro 5*) é

Quadro 4 – Prevalência de IVC em Portugal por idades

Grupo etário	Homens			Mulheres				
	obs.	Prevalência (%)	IC 95%	obs.	Prevalência (%)	IC 95%		
0-9	173	2,3	0,6	5,8	217	5,1	2,6	8,9
10-14	134	5,2	2,1	10,5	200	6,0	3,1	10,2
15-19	1053	8,1	6,5	9,9	1732	8,7	7,4	10,1
20-24	1048	6,7	5,2	8,4	2227	17,7	16,2	19,4
25-29	1051	10,8	8,9	12,8	2610	28,9	27,2	30,7
30-34	1093	11,7	9,9	13,8	2591	35,8	33,9	37,7
35-39	1244	16,2	14,2	18,3	2731	43,2	41,3	45,1
40-44	1334	22,0	19,8	24,4	2734	48,4	46,5	50,3
45-49	1432	27,2	24,9	29,5	2961	52,8	50,9	54,6
50-54	1449	31,3	28,9	33,8	2932	55,9	54,4	57,7
55-59	1653	34,1	31,8	36,4	3110	58,0	56,3	59,7
60-64	1316	35,5	32,9	38,1	2467	57,6	55,7	59,6
65-69	598	30,6	26,9	34,5	1163	51,4	48,5	54,3
70-74	643	34,4	30,7	38,2	1052	47,9	44,9	51,0
75-79	349	35,5	30,5	40,8	584	48,5	44,3	52,6
80+	283	34,6	29,1	40,5	613	49,3	45,2	53,3

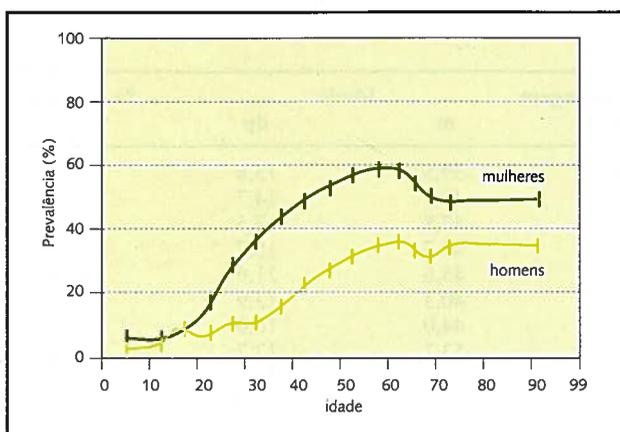


Fig. 2 – Prevalência de IVC por idade e sexo. As barras verticais representam o intervalo de confiança de 95%

Quadro 5 – Cálculo da Prevalência de IVC em Portugal baseado em 44777 indivíduos e no Censo de 1991, com ajustamento por idade

População	Homens	Mulheres
Total		
prevalência (%)	17,8	34,1
casos (milhares)	812	1.741
≥15 anos		
prevalência (%)	20,7	40,8
casos (milhares)	777	1.689

de 20,7% no sexo masculino e de 40,8% no sexo feminino. O cálculo de prevalências para outros grupos etários pode ser obtido através dos dados do Apêndice.

A distribuição geográfica da IVC apresenta-se no Quadro 6 e Figura 3, onde se descrevem as respectivas taxas de prevalência, nos dois sexos, e o total de casos de doença em cada região. A prevalência padronizada por distritos, em cada sexo, que permite comparar as taxas de prevalência removendo o efeito das variações da idade entre os distritos, apresenta-se no Quadro 7 e Figura 4. Os distritos que se associam a maior prevalência de IVC nos homens são Aveiro, Braga e Açores, e nas mulheres Castelo Branco, Santarém e Açores.

## DISCUSSÃO

O desenho dos estudos epidemiológicos publicados sobre a prevalência da doença varicosa dos membros inferiores tem variado quanto à base de sondagem utilizada, método de selecção de amostras, definição da doença, método de avaliação da doença e método de análise dos dados.

Uma das primeiras dificuldades no desenho destes estudos surge com a definição da doença. Muitos dos estudos consideraram a presença de dilatação venosa como marcador da doença, embora a definição de dilatação venosa varie consideravelmente entre os estudos. Em alguns casos apenas a presença de veias tortuosas foi considerada, enquanto outros reconhecem qualquer grau de dilatação. Em alguns estudos a avaliação foi feita

Quadro 6 – Prevalência da IVC por distrito e total de casos estimado, com ajustamento pela idade. População maior de 15 anos.

Distrito	Homens		Mulheres	
	Prevalência %	Casos (milhares)	Prevalência %	Casos (milhares)
Açores	22,9	19,5	48,3	43,4
Aveiro	29,4	72,2	41,2	111,0
Beja	13,4	9,2	38,6	27,4
Braga	22,7	60,9	43,1	127,3
Bragança	8,7	5,4	33,7	22,0
Castelo Branco	11,6	9,8	73,0	68,8
Coimbra	21,9	36,0	37,8	70,8
Évora	11,1	7,7	47,7	35,5
Faro	21,1	28,9	46,2	66,3
Guarda	17,9	13,0	22,9	18,6
Lisboa	19,5	154,1	44,6	398,9
Porto	19,5	119,2	41,6	281,5
Santarém	24,6	43,0	57,4	110,1
Setúbal	22,6	63,0	39,1	116,2
Viana do Castelo	22,2	19,7	37,8	41,5
Vila Real	14,3	12,9	25,6	24,4
Viseu	18,0	27,0	30,3	50,2

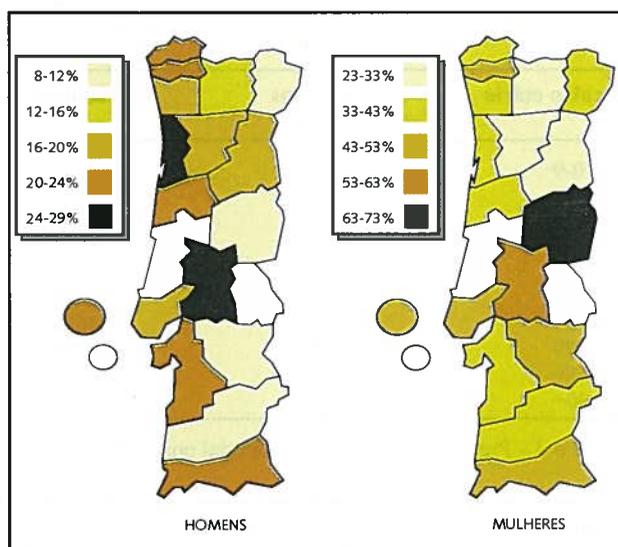


Fig. 3 – Prevalência de IVC por distrito

através de técnicas diagnósticas, desde o Doppler contínuo à fotografia dos membros, enquanto a maioria se baseia no diagnóstico clínico. Porém, é sabido existir uma considerável variação inter-observador na avaliação de veias dilatadas. Por outro lado, o espectro de manifestações reconhecidas da doença venosa dos membros inferiores tem vindo a alargar-se consideravelmente com a introdução de técnicas laboratoriais de avaliação funcional do sistema venoso do membro inferior, sendo bem conhecido que muitos indivíduos apresentam alterações, quer da competência valvular, quer da função venosa, estando totalmente assintomáticos e sem sinais clínicos de disfunção.

Este estudo refere-se à prevalência de IVC e não de varizes dos membros ou de lesões valvulares ou funcio-

Quadro 7 – Prevalência padronizada de IVC por distritos e sexos População maior de 15 anos

Distrito	Homens	Mulheres
Açores	24,0	49,6
Aveiro	30,5	42,1
Beja	12,2	37,2
Braga	24,8	46,6
Bragança	7,4	33,6
Castelo Branco	12,5	69,2
Coimbra	20,9	37,1
Évora	9,7	45,5
Faro	19,3	44,6
Guarda	16,4	22,1
Lisboa	19,3	43,8
Porto	21,5	41,5
Santarém	22,9	56,3
Setúbal	22,4	39,0
Viana do Castelo	21,6	37,4
Vila Real	13,9	25,3
Viseu	17,2	29,6

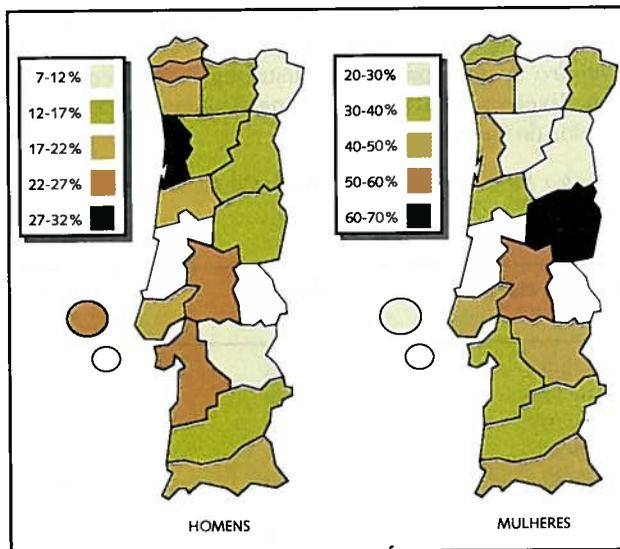


Fig. 4 – Prevalência de IVC por distrito, padronizada por idade

nais precursoras do desenvolvimento de varizes. A Insuficiência Venosa Crónica é um conceito de introdução recente que procura ser mais abrangente na caracterização da doença venosa dos membros inferiores, deslocando o foco de atenção das alterações morfológicas primárias das veias (telangiectasias, varizes radiculares e tronculares) para se concentrar nas consequências fisiopatológicas e funcionais que constituem o espectro clínico da doença venosa dos membros inferiores.

Este conceito, que tem raízes no trabalho de Widmer<sup>7</sup>, tem sido progressivamente adoptado e, em 1988, a Sociedade Internacional de Cirurgia Cardio-Vascular publicou uma classificação da IVC em 4 graus<sup>8</sup>. Basicamente, esta classificação distingue os casos assintomáticos (grau 0), os casos com manifestações cutâneas ligeiras (grau 1), e os casos severos (grau 2), sendo estes

classificados em grau 3 quando coexiste úlcera venosa. Pelo menos dois estudos laboratoriais<sup>9,10</sup> mostraram existir correlação entre a avaliação laboratorial da função venosa e esta classificação, embora exista uma sobreposição importante. Num estudo anterior<sup>11</sup> mostrámos também existir uma correlação linear entre os graus de IVC definidos por esta classificação e várias manifestações da doença, nomeadamente a ocorrência de tromboflebite, síndrome pós-trombótica, linfedema, presença de varizes tronculares e alterações da safena interna.

Como base de sondagem, o estudo ideal deveria utilizar a população de uma região ou país, o que tem sido feito infrequentemente, dados os custos e dificuldades práticas envolvidas. Mais frequentemente, os estudos baseiam-se em utentes de clínicas, em admissões hospitalares ou em grupos profissionais. Callam<sup>12</sup> considera que uma amostra baseada em utentes de clínicas é a menos enviesada destas.

Por outro lado, um estudo baseado em utentes de clínica geral permite obter amostras de grandes dimensões e assegurar um método adequado de avaliação da doença, ao contrário dos estudos baseados numa amostra da população. Nestes casos, a avaliação da doença é feita pelo próprio indivíduo, através de questionários postais. Alguns autores têm afirmado que esta metodologia é passível de erros acentuados<sup>13,14</sup>, mas os estudos de Maffei et al.<sup>15</sup> e Laurikka et al.<sup>16</sup> validaram o método, demonstrando uma concordância de, respectivamente, 83% e 92% entre os resultados da auto-avaliação e o diagnóstico feito por um médico, em amostras de 100 e 166 indivíduos. Ainda que o método dos auto-questionários seja aceitável, persiste o problema da taxa de não respostas nos inquiridos por via postal, que é um factor de erro muito difícil de quantificar.

O método de análise dos dados, um problema não habitualmente referido nos artigos de revisão da metodologia dos estudos epidemiológicos da IVC, constitui certamente uma causa importante na determinação da prevalência desta doença. Se num estudo com selecção aleatória de uma amostra da totalidade da população residente numa região o cálculo da prevalência é obtido pela simples percentagem de indivíduos com sinais de doença relativamente ao total estudado, já nos estudos baseados em sub-grupos da população é previsível que a distribuição por idades e sexos difira apreciavelmente da da população alvo. Nestes casos, conhecida como é a dependência da prevalência da idade e sexo, é necessário proceder ao ajustamento dos resultados por estes factores para se poder obter uma estimativa da prevalência global na população. Contudo, são raros os estudos que, como o nosso ou o de Abramson et al.<sup>17</sup>, apresentam as estimativas ajustadas pela idade. Em consequência, a comparação dos dados é praticamente impossível, dada a variabilidade de estudo para estudo dos limites de idade estabelecidos e da representação de cada sexo e escalão etário nas amostras.

Os resultados deste estudo devem ser divididos em duas partes, a que correspondem níveis diferentes de incerteza. A determinação da prevalência da IVC por idades, em cada sexo, foi obtida directamente a partir dos

dados observados. Se se admitir que o universo dos utentes de Centros de Saúde não difere consideravelmente da população residente, os resultados apresentados têm um erro inferior a  $\pm 2,5\%$ . A existirem diferenças nas duas populações, estes são em parte compensados pela dimensão do estudo que, envolvendo cerca de 0,5% da população nacional, é um dos maiores estudos até agora publicados, quer em dimensão da amostra, quer em cobertura territorial.

A determinação da prevalência nacional e por distritos, por outro lado, faz uma extrapolação dos resultados anteriores para os dados do Recenseamento Populacional de 1991. A grandeza do erro aqui introduzido não é conhecida, dependendo do erro do próprio recenseamento. Contudo, e dado que este trabalho foi realizado dois anos apenas após o censo, parece-nos seguro considerar o factor de erro pouco significativo.

Os resultados da prevalência global inserem-se bem nas previsões de diversos autores que analisaram o conjunto de estudos epidemiológicos publicados, embora diversas correcções devam ser assinaladas. A prevalência de IVC na população adulta, designação que engloba todas as manifestações de doença varicosa, incluindo a simples presença de tângiectasias, é inferior ao previsto, atingindo cerca de 20% dos homens e 40% nas mulheres. A relação mulher/homem é aproximadamente de 2:1, como diversos autores sugeriram.

As curvas de prevalência da IVC em função da idade, em ambos os sexos, abrangendo os indivíduos dos 0 aos 100 anos, e que não tinham sido anteriormente publicadas, acrescentam informação relevante e até aqui desconhecida. Assim, a IVC tem uma prevalência de cerca de 2,3% nas crianças do sexo masculino e de 5,1% no sexo feminino, e no escalão dos 10 aos 14 anos a prevalência sobe, respectivamente, para 5,2% e 6,0%. Nas mulheres, a IVC começa a manifestar-se com maior importância a partir dos 15 anos, e cerca de 5 a 10 anos mais tarde nos homens. A partir dos 60 anos a prevalência da doença estabiliza e, de acordo com os nossos dados, observa-se mesmo um decréscimo entre os 60 e 70 anos, que é estatisticamente significativo. Uma explicação para esta observação não é possível com este estudo, mas levanta a questão de uma possível associação entre a IVC e a mortalidade, possivelmente através de complicações da doença, como a embolia pulmonar, que alguns autores<sup>18,19</sup> encontraram associada a 6-10% dos casos de IVC. A confirmar-se esta suposição, a IVC teria de ser colocada numa perspectiva médica totalmente diferente.

Embora se assinalem assimetrias regionais marcadas na prevalência de IVC, a análise da distribuição geográfica da doença não permite extrair padrões claros. A observação dos mapas sugere, todavia, que a distribuição geográfica da doença poderá ser diferente nos homens e nas mulheres. Enquanto naqueles a prevalência parece diminuir do litoral para o interior, apoiando a teoria da relação entre desenvolvimento industrial e IVC, nas mulheres a prevalência parece decrescer de sul para norte.

As estatísticas apresentadas neste estudo demonstram a existência de um número extremamente elevado de

indivíduos afectados pela IVC, seguramente mais de dois milhões em Portugal. Nem todos estes indivíduos necessitarão de tratamento cirúrgico, bastando em muitos casos o emprego de medidas de suporte ou de compressão por meia elástica. A determinação do número de indivíduos com necessidade de tratamento foi objecto de um estudo a publicar posteriormente mas, no seu conjunto, estes resultados vêm, antes de mais, reforçar a noção já proposta anteriormente por diversos autores<sup>16</sup> que, dada a frequência desta doença, o tratamento é insuficiente para o seu controle, e a esperança reside na eficácia de medidas preventivas. Atendendo à dimensão deste estudo e à importância dos resultados apurados, no contexto da mutação de programas de assistência médica a implementar no País neste momento, pensamos ser necessária uma acertada coordenação a nível nacional nas medidas preventivas e curativas a desenvolver, para minorar o enorme peso social deste flagelo.

## APÊNDICE

O cálculo da prevalência de IVC em qualquer grupo etário da população pode ser feito através dos dados do *Quadro 8*, que apresenta a distribuição de frequências dos diversos escalões etários na população portuguesa (dados do Censo 91).

*Quadro 8* – Distribuição da população nacional por escalões etários

Escalão etário	Homens %	Mulheres %
0-9	12,83	11,36
10-14	8,38	7,50
15-19	9,00	8,17
20-24	8,13	7,41
25-29	7,56	7,18
30-34	7,17	6,92
35-39	6,77	6,64
40-44	6,47	6,40
45-49	5,71	5,83
50-54	5,58	5,75
55-59	5,53	5,85
60-64	5,15	5,64
65-69	4,46	5,05
70-74	3,14	3,83
75-79	2,31	3,16
80+	1,82	3,33

## AGRADECIMENTOS

Os autores desejam agradecer ao Instituto Luso-Farmacológico o apoio material e logístico disponibilizado, e em particular ao Sr. 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. DE GROOT WP: Treatment of varicose veins: modern concepts and methods. *J Dermatol Surg Oncol* 1989; 15: 191-198
2. CARPENTIER P, PRIOLLET P: Epidemiologie de l'insuffisance veineuse chronique. *Presse Med* 1994; 23: 197-201
3. SILVA CM: Chronic venous insufficiency of the lower limbs and its socio-economic significance. *Int Angiol* 1991; 10:152-157
4. BARTOLO M: Impact socio-economique des maladies veineuses en Italie. *Phlebologie* 1992; 45: 423-431
5. DA SILVA A, NAVARRO MF, BATALHEIRO J: L'importance de l'insuffisance veineuse chronique. Quelques données préliminaires sur les conséquences medico-sociales. *Phlebologie* 1992; 45: 439-443
6. ALEXANDER CJ: The epidemiology of varicose veins. *Med J Aust* 1972; 1: 215-218
7. WIDMER LK: Venenkrankheiten: Häufigkeit und sozialmedizinische Bedeutung. Beobachtung bei 4529 anscheinend gesunden Berufstätigen (Basler Studie III). Bern: Verlag Hans Huber 1978
8. Subcommittee on Reporting Standards in Venous Disease. Reporting standards in venous disease. *J Vasc Surg* 1988; 8: 172-181
9. MCENROE CS, O'DONNELL TF JR, MACKKEY WC: Correlation of clinical findings with venous hemodynamics in 386 patients with chronic venous insufficiency. *Am J Surg* 1988; 156: 148-152
10. NICOLAIDES AN, HUSSEIN MK, SZENDRO G, CHRISTOPOULOS D, VASDEKIS S, CLARKE H: The relation of venous ulceration with ambulatory venous pressure measurements. *J Vasc Surg* 1993; 17: 414-419
11. 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
12. CALLAM MJ: Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg* 1994; 81: 167-173
13. DALE JJ, CALLAM MJ, RUCKLEY CV, HARPER DR, BERRY PN: Chronic ulcers of the leg: a study of prevalence in a Scottish community. *Health Bull (Edinb)* 1983; 41: 310-314
14. WEDDELL JM: Varicose veins pilot survey, 1966. *Br J Prevent Social Med* 1969; 23: 179-186
15. 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
16. LAURIKKA J, SISTO T, AUVINEN O, TARKKA M, LAARA E, HAKAMA M: Varicose veins in a Finnish population aged 40-60. *J Epidemiol Community Health* 1993; 47: 355-357
17. ABRAMSON JH, HOPP C, EPSTEIN LM: The epidemiology of varicose veins. A survey in western Jerusalem. *J Epidemiol Community Health* 1981; 35: 213-217
18. EBERTH-WILLERSHAUSEN W, MARSHALL M: Prevalence, risk factors and complications of peripheral venous diseases in the Munich population. *Hautarzt* 1984. 35: 68-77.
19. FRANKS PJ, WRIGHT DD, 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