



Jornal Vascular Brasileiro

ISSN: 1677-5449

jvascbr.ed@gmail.com

Sociedade Brasileira de Angiologia e de  
Cirurgia Vascular  
Brasil

Virgini-Magalhães, Carlos Eduardo; Alves Marçal Salvadori, Rosaly; Borges Fagundes, Felipe;  
Gomes, Cristiane Ferreira de Araújo; Grupilo, Carlos Eduardo Ribeiro; Albuquerque, Renato  
Maranhão de; Monteiro, Fábio; Faria, Gisele S. de  
Cirurgia de varizes em regime de mutirão  
Jornal Vascular Brasileiro, vol. 6, núm. 3, septiembre, 2007, pp. 231-237  
Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=245016530006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Cirurgia de varizes em regime de mutirão

### *A task force for varicose vein surgery*

Carlos Eduardo Virgini-Magalhães<sup>1</sup>, Rosaly Alves Marçal Salvadori<sup>2</sup>, Felipe Borges Fagundes<sup>2</sup>,  
Cristiane Ferreira de Araújo Gomes<sup>2</sup>, Carlos Eduardo Ribeiro Grupilo<sup>2</sup>,  
Renato Maranhão de Albuquerque<sup>2</sup>, Fábio Monteiro<sup>3</sup>, Gisele S. de Faria<sup>4</sup>

#### Resumo

**Contexto:** A cirurgia de varizes de membros inferiores é um dos procedimentos mais realizados dentro do Sistema Único de Saúde, através dos Mutirões de Cirurgias Eletivas. No entanto, não há informações detalhadas sobre os resultados dessa iniciativa, especialmente com relação à população que se beneficia dos mutirões.

**Objetivo:** Apresentar e discutir o perfil dos pacientes operados durante o mutirão de varizes realizado em instituição pública de saúde.

**Métodos:** Os pacientes foram selecionados a partir de um cadastro organizado pelo Ministério da Saúde para o programa de cirurgias eletivas, e não havia vínculo prévio com a instituição hospitalar. Foi aplicado um protocolo de avaliação objetiva com os dados clínicos e perfil demográfico dos pacientes. Os pacientes foram estagiados de acordo com a classificação CEAP (clínica, etiológica, anatômica e fisiopatológica).

**Resultados:** No período entre setembro de 2005 e janeiro de 2006, 100 pacientes foram submetidos a cirurgia (106 procedimentos), com predominância do sexo feminino (85% dos casos). A média de idade foi 35±9,8 anos. O grau de escolaridade predominante entre os pacientes foi o ensino fundamental, em 53% dos casos. As classes C2 (49,5%) e C3 (39%) foram as mais frequentes na avaliação clínica dos membros inferiores (classificação CEAP). Foram realizadas 106 cirurgias (100 pacientes). A anestesia mais utilizada foi o bloqueio (93% dos procedimentos). Seis pacientes foram submetidos a procedimentos escalonados pelo grande volume de varizes de membros inferiores; 33 pacientes foram submetidos à safenectomia interna, sendo quatro safenectomias segmentares; e oito pacientes foram submetidos à safenectomia total bilateral.

**Conclusão:** O perfil da população que se beneficiou dos mutirões sugerido neste trabalho é de pacientes jovens, do sexo feminino, com baixa escolaridade, sintomáticas do ponto de vista da doença venosa de membros inferiores, em estágios moderados da doença, especialmente nas classes C2 e C3 da CEAP, e que requerem cirurgias de médio e grande porte para o tratamento de suas patologias.

**Palavras-chave:** Varizes, insuficiência venosa, perfil de saúde.

#### Abstract

**Background:** Varicose vein surgery of the lower limbs is one of the most frequent procedures carried out in the Brazilian public health system (Sistema Único de Saúde), especially during task forces focused on elective surgeries. However, detailed information on the results of such initiatives are absent in the literature, particularly with regard to the population that benefits from the task forces.

**Objectives:** To present and discuss the profile of patients operated on during a task force for varicose vein surgery carried out in a public health institution.

**Methods:** The patients were selected from a database organized by the Brazilian Health Ministry for the program of elective surgeries, and they had no previous link with the hospital institution. A protocol for objective evaluation with the clinical data and demographic profile of the patients was applied. The patients were staged according to CEAP classification.

**Results:** From September 2005 to January 2006, 100 patients (106 procedures) underwent surgery, females being predominant (85% of the cases). Mean age was 35±9.8 years. Predominant schooling level among patients was primary school (53%). C2 (49.5%) and C3 (39%) were the most frequent CEAP classes in the clinical evaluation of lower limbs. A total of 106 surgeries was performed (100 patients). The preferred anesthetic technique was block anesthesia (93% of the procedures). Six patients were submitted to two different procedures due to great volume of lower limb varicose veins; 33 patients were submitted to internal saphenous vein stripping (four cases of segmental saphenous vein stripping); and eight patients were submitted to bilateral total saphenous vein stripping.

**Conclusion:** Profile of the population that benefited from the task force for varicose vein surgeries was: young symptomatic female patients, with low schooling level, moderate stages of disease, especially in CEAP clinical classes C2 and C3, and who require surgeries of moderate and long duration for the treatment of their diseases.

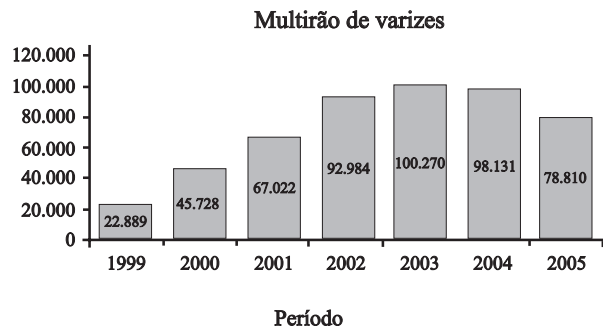
**Keywords:** Varicose veins, venous insufficiency, health profile.

1. Professor adjunto, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ. Coordenador, Disciplina de Cirurgia Vascular e Endovascular, Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), UERJ, Rio de Janeiro, RJ.
2. Staff médico, Serviço de Cirurgia Vascular, HUPE, UERJ, Rio de Janeiro, RJ.
3. Médico residente, Serviço de Cirurgia Vascular, HUPE, UERJ, Rio de Janeiro, RJ.
4. Interna de Medicina. Estagiária, Serviço de Cirurgia Vascular, HUPE, UERJ, Rio de Janeiro, RJ.

Artigo submetido em 14.11.06, aceito em 20.07.07.

J Vasc Bras 2007;6(3):231-237.

Copyright © 2007 by Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular



Fonte: Ministério da Saúde.

**Figura 1** - Distribuição das cirurgias de varizes de membros inferiores realizadas desde a implantação da Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas

## Introdução

No início de 1999, o Ministério da Saúde instituiu a Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas, medida que visava ampliar o acesso e melhorar a qualidade da assistência hospitalar, devido a dificuldades enfrentadas pelos usuários do Sistema único de Saúde (SUS) para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos. Nos primeiros 3 anos de campanha, o número de cirurgias de varizes realizadas pelo SUS saltou de 25.500/ano para 50.000/ano<sup>1</sup>. Tendo em vista o sucesso da campanha, os mutirões vêm sendo renovados a cada ano desde então (vide Figura 1).

Em 2005, o Hospital Universitário Pedro Ernesto passou a integrar de forma mais efetiva o grupo de instituições participantes do programa de cirurgias eletivas. Vários serviços se organizaram para receber pacientes que foram submetidos a cirurgias de catarata, hérnia e próstata. O Serviço de Cirurgia Vascular estabeleceu como meta a realização de 100 cirurgias de varizes de membros inferiores (MIS) no último trimestre do ano.

Este trabalho tem como objetivo apresentar e discutir o perfil dos pacientes operados durante o mutirão de varizes realizado em nossa instituição em 2005.

## Métodos

### Seleção de pacientes

Os pacientes incluídos na campanha foram selecionados a partir de um cadastro organizado pelo Ministério da Saúde. O cadastramento era realizado através de ligação telefônica gratuita para o programa de cirurgias eletivas. Cada hospital participante disponibilizava para o Ministério um determinado número de vagas para consultas de primeira vez, informando local e data para os atendimentos. Não havia vínculo prévio dos pacientes com a instituição hospitalar. O contato com o paciente era feito pelo próprio Ministério da Saúde, através de telegrama agendando o local (hospital), dia e horário da primeira consulta.

### Protocolo de avaliação

Em todos os pacientes atendidos, foi aplicado um protocolo de avaliação objetiva com os dados clínicos dos pacientes. Na primeira consulta, era realizada anamnese detalhada, que constava de história clínica dando ênfase ao perfil demográfico dos pacientes. Foram registradas informações como tempo de evolução da doença, profissão, escolaridade, antecedentes patológicos, fatores de risco, história ginecológica e gestacional, história familiar e dados sobre tratamento prévio das varizes de MIS. O exame físico baseava-se na propedêutica clínica, direcionada para o exame vascular dos MIS. O eco-Doppler venoso de MIS era solicitado apenas em caso de dúvida a respeito do sistema venoso profundo ou pela necessidade de se avaliar o sistema safeno e de perfurantes. Os pacientes foram estratificados de acordo com a classificação CEAP<sup>2</sup> e utilizando-se o escore clínico de gravidade da doença. O avaliador definia, através da aplicação do protocolo, a indicação cirúrgica (inclusão do paciente no programa do mutirão), o porte da cirurgia, o tipo de anestesia (local ou bloqueio) e a necessidade ou não de safenectomia.

Foram excluídos do mutirão pacientes com risco cirúrgico considerado alto (American Society of Anesthesiologists – ASA III ou IV)<sup>3</sup> ou que apresentassem condições clínicas que pudessem aumentar o risco do procedimento. Dessa forma, obesos com índice de massa corporal maior que 35<sup>4</sup>, portadores de doença arterial

obstrutiva periférica e de trombose venosa prévia, confirmada pelo eco-Doppler, estavam entre as principais contra-indicações para tratamento cirúrgico de varizes de MIS.

### **Tratamento cirúrgico**

Na indicação de tratamento cirúrgico, foi utilizado como critério para realização de safenectomia a detecção de dilatação e insuficiência de veia safena interna ou externa pelo exame clínico exclusivamente ou através do eco-Doppler, com medida do diâmetro da veia maior de 6 mm, associados a sintomatologia importante.

A técnica cirúrgica utilizada foi a de ressecção escalonada das varizes colaterais, ligadura de veias perfurantes insuficientes e safenectomia através de fleboextração.

Os dados foram registrados em planilha e analisados.

### **Resultados**

No período entre setembro de 2005 e janeiro de 2006, foram realizadas cerca de 350 consultas no serviço apenas para o Mutirão de Varizes, sendo 129 consultas de primeira vez. Houve grande predominância do sexo feminino (85% dos casos) entre os pacientes, e a faixa etária variou de 20 a 67 anos, com média de idade de 35 anos (desvio padrão = 9,8).

Vinte e nove pacientes foram excluídos do programa por algum dos critérios mencionados anteriormente. Dos pacientes excluídos do mutirão, nove eram grandes obesos, sete apresentavam contra-indicação à cirurgia por risco cirúrgico elevado (ASA III ou IV)<sup>3</sup>, três pacientes apresentavam úlcera venosa em atividade (C6) com sinais de contaminação grosseira<sup>5</sup>, três não tinham indicação cirúrgica (C0), um apresentava diagnóstico de hemofilia, uma paciente excluída estava grávida, e outros cinco pacientes não retornaram à consulta ou faltaram à internação.

Na Tabela 1, encontram-se os principais dados demográficos relacionados ao grupo estudado. Os pacientes eram predominantemente residentes do município do Rio de Janeiro, mas cerca de 30% dos indivíduos eram provenientes de outras cidades do estado. A maioria dos

**Tabela 1** - Dados demográficos dos pacientes submetidos à cirurgia do Mutirão de Varizes

<b>Dados demográficos</b>	
Idade	34,9±9,4 anos
Duração da doença	12 (1-40) anos
História familiar de varizes	78%
Sexo feminino	85%
> 3 gestações	52,9%
Uso de ACO	35,3%
Gestação prévia	85,8%
Escolaridade	
Ensino fundamental	53%
Ensino médio	40%
Ensino superior	7%
Domicílio	
Rio de Janeiro	70%
Outras cidades	30%

ACO = anticoncepcional oral.

pacientes estudou até o ensino fundamental (53% dos casos), enquanto 33% dos indivíduos completaram o ensino médio, e apenas 7% tinham ensino superior.

A sintomatologia apresentada foi bastante inespecífica e comum à doença venosa dos MIS. Queixas de dor, inchaço, peso e cansaço nos MIS foram a tônica dos relatos da imensa maioria dos pacientes. As queixas estavam principalmente relacionadas ao ortostatismo prolongado. No caso de pacientes do sexo feminino, os sintomas também eram frequentes durante o período menstrual, com 65% das mulheres referindo piora dos sintomas e 47% referindo “piora das varizes” nesse período.

Os fatores de risco e intercorrências relacionadas aos MIS mais prevalentes foram: obesidade (9%), flebite superficial (3%) e história de erisipela (2%). A história familiar de varizes estava presente em 78% dos casos. Tabagismo foi referido em 18%, e etilismo, em 9% dos pacientes acompanhados.

**Tabela 2** - Distribuição dos pacientes estudados de acordo com a classificação clínica da CEAP. O n em cada classe CEAP corresponde ao número de membros analisados

CEAP (clínica)	n (%)	Tempo* (meses)	Idade*	Escore clínico*	Assintomáticos
C1	8 (4)	192	30,8	1,6	4
C2	99 (49,5)	122,9	33,3	2,6	13
C3	78 (39)	140,4	42,1	4,6	2
C4	10 (5)	142,4	36,9	6	0
C5	3 (1,5)	143,5	55,3	9,7	0
C6	2 (1)	141,9	55	13,5	0

\* Médias.

**Tratamento prévio da doença venosa**

A duração da doença variou entre 1 e 40 anos de evolução, com a média de duração de  $11,9 \pm 6,7$  anos; 44% dos pacientes informaram que faziam uso esporadicamente de meias elásticas; pouco mais da metade dos pacientes (53% dos casos) não fazia uso de flebotônicos; 43% utilizavam de maneira esporádica; e apenas 3% faziam uso regular da medicação. Quando questionados sobre o efeito da medicação flebotônica, a maioria (42%) referiu pouca melhora dos sintomas; cerca de 1/3 dos pacientes (33%) não observou efeito; e apenas 23% relataram melhora da sintomatologia associada ao uso da medicação. Quando questionados se realizavam elevação dos membros como medida de alívio dos sintomas, cerca da metade dos pacientes referiu hábito esporádico, e apenas 19% o faziam regularmente. Com relação à escleroterapia de varizes, 82% dos pacientes nunca haviam sido submetidos a esse tipo de tratamento; e 13% dos pacientes já haviam sido submetidos a algum tipo de tratamento cirúrgico de varizes de MIS.

**Classificação CEAP e escore clínico**

Na Tabela 2, encontra-se a distribuição de pacientes de acordo com a classificação clínica da CEAP. Dos 200 membros (100 pacientes) submetidos à avaliação, as classes predominantes foram C2 (49,5%) e C3 (39%). Apenas 4% dos MIS estudados ( $n = 8$ ) foram considerados C1 e não foram submetidos à cirurgia. Os sintomas estavam presentes bilateralmente na maioria dos pacientes

( $n = 88$ ). Apenas sete pacientes não apresentavam sintomas em nenhum dos membros, e cinco indivíduos referiam queixas em apenas um dos MIS. De acordo com a avaliação do escore de severidade clínico-venosa, a pontuação variou entre 1 e 17, com mediana de 3.

**Eco-Doppler pré-operatório**

Apenas 12 pacientes foram submetidos à realização de eco-Doppler pré-operatório (12% dos casos). Em sete casos, o exame foi solicitado por dúvidas em relação ao exame físico da safena interna na identificação do refluxo ou na avaliação dos diâmetros da veia. Em cinco pacientes, o objetivo do exame foi avaliar o sistema venoso profundo. Dos 12 pacientes avaliados com eco-Doppler, em três casos o exame modificou a avaliação da patologia venosa, resultando na indicação de safenectomia. Dos pacientes que realizaram eco-Doppler, quatro foram submetidos à safenectomia interna, sendo dois casos submetidos à safenectomia bilateral, durante a cirurgia de varizes.

**Cirurgias realizadas**

Foram realizadas 106 cirurgias em 100 pacientes. Seis pacientes foram submetidos a procedimentos escalonados pelo grande volume de varizes de MIS (cirurgia em dois tempos); 93% dos procedimentos foram realizados sob bloqueio anestésico; e o restante (7%), sob anestesia local.

**Tabela 3** - Distribuição das cirurgias de longa duração (maior que 2 horas) e das safenectomias realizadas de acordo com as classes CEAP

CEAP	Cirurgias de grande porte	Safenectomias/cirurgias
C2	40%	18/99*
C3	41,3%	18/78†
C4	44,4%	3/10
C5	66,7%	0/3
C6	100%	2/2

\* Duas safenectomias segmentares infrapatelares.

† Uma safenectomia segmentar infrapatelar.

As cirurgias foram classificadas quanto ao porte de acordo com a duração do procedimento. Foram consideradas como de pequeno porte as cirurgias que tiveram duração de até 60 minutos (20%); de porte médio, entre 60 e 120 minutos (39%); e de grande porte, quando a cirurgia tivesse duração maior que 120 minutos (41%).

Trinta e três pacientes foram submetidos à safenectomia, sendo oito casos submetidos à safenectomia total bilateral (Tabela 3). Apenas em quatro pacientes foi realizada safenectomia segmentar (infrapatelar ou suprapatelar). A indicação de safenectomia foi baseada apenas no exame clínico na maioria dos casos (78,8%). Sete pacientes (21,2%) foram submetidos ao eco-Doppler de MIS com o objetivo de melhor avaliar o sistema safeno, resultando em quatro cirurgias com safenectomia. O eco-Doppler foi responsável pela modificação da indicação cirúrgica em três desses casos.

Não houve complicações significativas no pós-operatório imediato. Quatro pacientes relataram alterações sensitivas na região paramaleolar, todos submetidos à safenectomia por fleboextração, com incisões no nível do maléolo, que não desapareceram até 6 meses após o procedimento. Foram observadas varizes residuais em nove pacientes operados em um intervalo de 6 meses após a realização das cirurgias.

## Discussão

A doença venosa crônica representa uma das patologias mais prevalentes no mundo de hoje e é responsável por um impacto significativo na qualidade de vida

dos pacientes por ela afetados<sup>6</sup>. Estima-se que entre 1 e 38% dos homens e entre 1 e 61% das mulheres sejam portadores de varizes de MIS. No Brasil, essa prevalência pode chegar a 50% da população, sendo a 14ª causa de absenteísmo no trabalho e a 32ª causa de aposentadorias por invalidez<sup>7,8</sup>.

Em 1999, considerando a enorme prevalência de algumas patologias de tratamento cirúrgico entre a população e a dificuldade de acesso à assistência dos serviços de saúde aos usuários do SUS, foi criada, pelo Ministério da Saúde, a Campanha Nacional de Mutirões de Cirurgias Eletivas, contemplando as cirurgias de varizes, catarata, próstata e o tratamento da retinopatia diabética. Essa iniciativa tinha como finalidade aumentar a oferta de serviços e reduzir filas de espera para esses procedimentos eletivos de média complexidade em todo o país. Inicialmente, o programa recebeu críticas ao seu formato e à sua eficiência, sendo tachado, à primeira vista, de pontual e improvisado. No entanto, com o sucesso alcançado, os mutirões vêm sendo sistematicamente renovados e, hoje, quase 7 anos após a implantação do programa, mais de 2 milhões de cirurgias foram realizadas. No início de 2006, o Governo Federal modificou a Política Nacional de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade, dobrando os recursos destinados ao custeio dessas cirurgias para algo em torno de 368 milhões de reais e ampliando o número de especialidades contempladas pelo programa<sup>9</sup>. Dessa forma, 67 tipos diferentes de procedimentos passaram a ser custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação.



No caso específico da cirurgia de varizes, a política de incentivo estabelecida com os mutirões mostrou-se eficaz. A partir da implantação do programa, o volume de cirurgias através do SUS saltou de pouco menos que 23.000 cirurgias/ano em 1999 para mais de 100.000 cirurgias/ano em 2003 (Figura 1). A partir de 2003, houve queda de 20%, sendo realizadas 78.810 cirurgias em 2005<sup>1</sup>. Apesar de reconhecer que os números apresentados têm vieses e podem não refletir inteiramente a realidade, o enorme incremento no volume de cirurgias desde a implantação do modelo de mutirões foi significativo.

O grupo de pacientes operados em nosso serviço foi predominantemente de mulheres, com média de idade de 35 ( $34,9 \pm 9,8$ ) anos. No estudo RELIEF<sup>10</sup>, observaram-se médias de idade maiores, relacionadas ao refluxo e a classes mais avançadas da CEAP. Analisando mais de 3.000 pacientes, encontrou-se uma média de 45,5 anos. Da mesma forma, pacientes sintomáticos considerados C0 (sem sinais de IVC, mas com sintomas) tinham em torno de 40,3 anos, contra os 54,2 anos do grupo C4. Em outro estudo multicêntrico<sup>11</sup>, em 700 pacientes do sexo feminino, a média de idade encontrada foi ainda maior (50 anos). É provável que a forma de seleção dos pacientes por demanda espontânea e cadastrada previamente por telefone através de uma campanha veiculada em órgãos da mídia represente um viés importante, privilegiando pacientes mais jovens.

A prevalência de varizes de MIS cresce linearmente com a idade, e seria de esperar valores ascendentes das médias de idade entre pacientes conforme a evolução da CEAP<sup>12</sup>. Parece haver essa tendência no grupo operado, mas o pequeno número de pacientes subdivididos nas várias classes CEAP impede qualquer tratamento estatístico aos dados coletados.

Mais da metade dos pacientes apresenta baixo nível de escolaridade (nível elementar completo ou incompleto). Abbade et al. demonstraram que, em se tratando de pacientes classes C6 da CEAP, mais de 90% dos pacientes têm menos de 4 anos de escolaridade, além de a grande maioria estar situada abaixo da linha da pobreza<sup>13</sup>. Nenhum dos pacientes tinha acesso a tratamento de rotina (consultas médicas) da doença varicosa; apenas 3% dos casos referiram uso regular de flebotônicos;

e 82% dos pacientes desse grupo jamais haviam sido submetidos a tratamento escleroterápico de varizes. Esses dados sugerem um baixo nível socioeconômico dessa população, que tem como único acesso ao tratamento clínico o SUS.

Apenas 7% dos pacientes operados eram assintomáticos quanto à doença venosa dos MIS. A imensa maioria (88% dos casos) relatou sintomas bilateralmente, enquanto somente 5% dos pacientes referiram sintomas em apenas um dos membros. Ainda assim, o escore clínico foi pouco significativo (mediana = 3), bem como o percentual de pacientes que utilizavam medicamentos para o tratamento dos sintomas. A quantificação da queixa dolorosa desses pacientes pode ser difícil de avaliar, confundindo-se com as queixas de dores musculares relacionadas ao trabalho por longos períodos de ortostatismo, e ainda é preciso considerar que a preocupação com a estética pode fazer o paciente valorizar ou até mesmo simular essas queixas, visando favorecer a indicação cirúrgica.

No grupo que participou das cirurgias do mutirão, C2 (49,5%) e C3 (39%) foram as classes mais prevalentes. Esse achado está de acordo com outros trabalhos, como o de Carpentier, que também apresentou como classes mais prevalentes C2, com 29%, e C3, com 20% de todas as pacientes estudadas<sup>11</sup>.

As classes clínicas da doença venosa crônica mais avançadas tendem a ter maior tempo de evolução da doença varicosa. Em artigo publicado por Cesarone<sup>14</sup>, o tempo médio de doença em pacientes sintomáticos considerados C0 foi de 7 anos e de 18,5 anos para pacientes C4. Os pacientes envolvidos nesse mutirão apresentam tempo de duração de doença venosa semelhante entre as classes C3, C4, C5 e C6, em torno de 11 anos e meio de evolução, embora o número de pacientes nas últimas três classes seja muito pequeno para inferir qualquer comparação com outros estudos epidemiológicos.

A história familiar de varizes como fator de risco esteve presente em 78% dos pacientes. Na literatura, essa relação é bem conhecida<sup>14,15</sup>. O risco de varizes em herdeiros foi calculado por Cesarone, em um estudo populacional na Itália, sendo de 90% quando ambos os pais são afetados, de 20% quando não são e de 45% quando apenas um é afetado, sendo 25% para o sexo masculino

e 62% para o feminino<sup>16</sup>. Em outro estudo, Jantet encontrou relação entre a história familiar e a presença de refluxo, sendo 67 e 58% as taxas de história positiva naqueles com refluxo e sem refluxo, respectivamente<sup>10</sup>.

A maior parte das cirurgias realizadas teve longa duração – 80% com mais de 1 hora de procedimento e 40% com mais de 2 horas de cirurgia – quando comparamos com os mesmos procedimentos na clínica privada, sendo boa parte das indicações voltadas para o tratamento estético dos MIS. Também por esse motivo, o uso de bloqueio anestésico (raquianestesia ou bloqueio peridural) foi o tipo de anestesia mais utilizado (93% dos casos) nas cirurgias. Ainda assim, nós consideramos o número de safenectomias realizadas adequado para o número de pacientes operados, o que traduz a orientação mais conservadora do serviço na indicação de rotina para esse tipo de procedimento.

Em conclusão, através da análise dos dados coletados neste trabalho, encontramos o seguinte perfil de pacientes em nosso meio: mulheres jovens, com baixa escolaridade, sintomáticas do ponto de vista da doença venosa de MIS, embora se apresentem em estágios moderados da doença, especialmente nas classes C2 e C3 da CEAP, e que requerem cirurgias de médio e grande porte para o tratamento dessas afecções. Em se confirmando essa tendência em outras regiões do país, o mutirão pode representar a única forma de acesso desses pacientes ao tratamento cirúrgico de varizes, o que dá uma idéia da importância desse tipo de estratégia nas políticas de saúde pública do país, que precisam ser cada vez mais aprimoradas, para benefício de toda a população usuária do SUS.

## Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde (SUS): a saúde no Brasil indicando resultados 1994-2001/Ministério da Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg.* 2004;40:1248-52.
3. Dripps RD, Lamont A, Eckenhoﬀ JE. The role of anesthesia in surgical mortality. *JAMA.* 1961;178:261-6.
4. Monteiro JC. Obesidade: diagnóstico, métodos e fundamentos. In: Halpern A, Matos AFG, Suplicy HL, Mancini MC, Zanella MT, (editores). Obesidade. São Paulo: Lemos; 1998. p. 31-53.
5. Aguiar ET, Pinto LJ, Figueiredo MA, Savino Neto S. Úlcera de insuficiência venosa crônica. *J Vasc Bras.* 2005;4(Supl. 2):S195-200.
6. Hobson J. Venous insufficiency at work. *Angiology.* 1997;48:577-82.
7. Maffei FH, Magaldi C, Pinho SZ, et al. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *Int J Epidemiol.* 1986;15:210-7.
8. Silva MC. Chronic venous insufficiency of the lower limbs and its socioeconomic significance. *Int Angiol.* 1991;10:152-7.
9. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Ministerial nº 252/GM de 06 de fevereiro de 2006. *Diário Oficial da União* nº 26; 2006. p. 96.
10. Jantet G. Chronic venous insufficiency: worldwide results of the RELIEF study. Reflux assessment and quality of life improvement with micronized flavonoids. *Angiology.* 2002;53:245-56.
11. Carpentier PH, Cornu-Thénard A, Uhl J, et al. Appraisal of the information content of the C classes of CEAP clinical classification of chronic venous disorders: a multicenter evaluation of 872 patients. *J Vasc Surg.* 2003;37:827-33.
12. De Backer G. Epidemiology of chronic venous insufficiency. *Angiology.* 1997;48:569-76.
13. Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol.* 2006;81:509-22.
14. Cesarone MR, Belcaro G, Nicolaidis AN, et al. Epidemiology and costs of venous disease in central Italy. The San Valentino Venous Disease Project. *Angiology.* 1997;48:583-93.
15. Jantet G. RELIEF study: first consolidated European data. Reflux assessment and quality of life improvement with micronized flavonoids. *Angiology.* 2000;51:31-7.
16. Cesarone MR, Belcaro G, Nicolaidis AN, et al. Real epidemiology of varicose veins and chronic venous diseases: the San Valentino Vascular Screening Project. *Angiology.* 2002;53:119-30.

## Correspondência:

Carlos Eduardo Virgini-Magalhães  
Secretaria da Disciplina de Cirurgia Vascular e Endovascular  
Hospital Universitário Pedro Ernesto  
Boul. 28 de Setembro, 77/448, Vila Isabel  
CEP 20551-030 – Rio de Janeiro, RJ  
Tel.: (21) 2587.6822  
Fax: (21) 2264.1561  
E-mail: virgini@uerj.br