

## **Atividade profissional como fator de risco para a insuficiência venosa**

Mateus, Sónia<sup>1,3</sup>, Coelho, Patricia<sup>1,2</sup>, Rodrigues, Francisco<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Sport, Health & Exercise Unit (SHERU) - Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal;

<sup>2</sup> Qualidade de Vida no Mundo Rural (QRural) - Instituto Politécnico de Castelo Branco, Portugal;

<sup>3</sup> Hospital Espírito Santo de Évora

### **Resumo**

A insuficiência venosa é das doenças venosas crónicas com maior prevalência a nível mundial com importantes consequências socioeconómicas. Assim, foi realizado um trabalho cujo objetivo foi avaliar a relação entre a presença de sinais e sintomas de insuficiência venosa e o tipo de posição postural durante a atividade profissional da amostra. Foi realizado um estudo observacional analítico transversal realizado em 76 indivíduos de ambos os géneros, onde um grupo tem atividade profissional sedentária em posição sentado (28 indivíduos) e o outro em posição ortostática (46 indivíduos). A amostra foi recolhida num período de seis meses. Foi aplicado um questionário, avaliada a presença de fatores de risco e de insuficiência venosa segundo a classificação *Clinical manifestations, Etiologic factors, Anatomic distribution of disease, Pathophysiologic findings*. Obteve-se uma amostra com 44 mulheres (58%) e 32 homens (42%) com uma média de idades de 42,26 anos  $\pm$  9,74. Segundo a classificação referida a insuficiência venosa está presente em 61,4% mulheres ( $p=0,001$ ) e a posição ortostática apresenta uma maior ordenação média na classificação ( $p=0,005$ ). Assim, concluiu-se que nesta amostra a atividade profissional sedentária em posição ortostática contribuiu para um maior desgaste da bomba muscular condicionando mais facilmente o compromisso hemodinâmico venoso.

*Palavras-chaves:* fator de risco, insuficiência venosa, membro inferior, modalidades de posição, sedentarismo.

### **Abstract**

Venous insufficiency is one of the most prevalent chronic venous diseases worldwide with significant socioeconomic consequences. Thus, a study was carried out aiming to evaluate the relationship between the presence of signs and symptoms of venous insufficiency and the type of postural

position during the professional activity of the sample. An observational cross-sectional observational study was performed in 76 individuals of both genders, where one group has sedentary professional activity in a sitting position (28 individuals) and the other in an orthostatic position (46 individuals). The sample was taken over a period of six months. A questionnaire was applied, assessing the presence of risk factors and venous insufficiency according to the *Clinical manifestations, Etiologic factors, Anatomic distribution of disease, Pathophysiologic findings* classification. A sample of 44 women (58%) and 32 men (42%) with a mean age of 42.26 years + 9.74 was obtained. According to the classification, venous insufficiency is present in 61.4% women ( $p = 0.001$ ) and the orthostatic position presents a higher average ranking ( $p = 0.005$ ). Thus, it was concluded that in this sample sedentary professional activity in an orthostatic position contributed to greater muscle pump wear, thus conditioning venous hemodynamic compromise more easily.

*Keywords:* risk factor, venous insufficient, lower extremity, position, sedentary behaviour.

## Introdução

A insuficiência venosa (IV) é das doenças venosas crônicas com maior prevalência a nível mundial com importantes consequências socioeconómicas. Nos Estados Unidos, cerca de 7 milhões de pessoas têm insuficiência venosa crónica (IVC), sendo esta a causa de 70 a 90% das úlceras nos membros inferiores. Na Europa a prevalência é de 5 a 15%, sendo 1% grave, já com úlcera varicosa (Urzelin et al., 2019). Em Portugal, segundo a Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular (SPACV) (2015) existe uma elevada prevalência de IVC com cerca de 35% da população adulta afetada.

A insuficiência venosa consiste na dificuldade do retorno venoso ao coração, devido a um desequilíbrio entre as forças que favorecem o retorno (forças centrípetas) e as que dificultam (forças centrífugas). Estas afetam os sistemas venosos profundo e superficial dos membros inferiores (França & Tavares, 2003).

As forças que favorecem o retorno venoso são: a força propulsiva mínima (*vis-a-tergum*); a força de aspiração do coração e dos movimentos respiratórios (*vis-a-front*); a contração muscular que comprime os tecidos e veias profundas permitindo o fluxo de sangue no sentido do coração (de baixo para cima) (*contração periférica*); e as válvulas venosas que conseguem impedir o fluxo retrógrado (aumento da pressão venosa). Estas válvulas durante o repouso e em ortostatismo permanecem abertas e a corrente sanguínea é impulsionada de modo contínuo através de forças que favorecem o retorno (França & Tavares, 2003). As válvulas só fecham perante aumentos de pressão venosa, protegendo o sistema venoso superficial (SVS) de aumentos bruscos de pressão originados pela contração muscular abdominal, durante o esforço e pelos músculos esqueléticos (Berenguer, Lins & Carvalho, 2011; Grandjean, 1998; Laville, 1977). A contração muscular abdominal, ao contrário das forças referidas, provoca aumento de pressão intra-abdominal sendo uma força opositora ao retorno venoso. Também a pressão hidrostática associada à influência da gravidade e ortostatismo exercem influência sobre o sistema circulatório agindo contra o retorno do sangue venoso para o coração (Grandjean, 1998; Laville, 1977). Segundo Ovel (2017) para que exista fluxo é necessário gradiente de pressão, e este pode ser gerado pelo coração ou pela gravidade fluindo da pressão mais alta para a baixa. Quando não existe gradiente de pressão verifica-se ausência de fluxo. Relacionando com a pressão hidrostática e posição postural, quando em posição decúbito dorsal a pressão hidrostática é 0 mmHg, mas na posição ortostática a pressão é negativa acima do coração e positiva abaixo do coração.

Juntando às forças centrífugas a presença de fatores de risco para a insuficiência venosa, como a idade, tabagismo, obesidade,

sedentarismo, anti-contracetivos orais, gravidez, genética, posição postural associada á profissão, entre outros, a probabilidade de desenvolver ou agravar a patologia aumenta. Estes fatores são importantes na medida em que alguns são passíveis de ser alterados permitindo agir preventivamente.

A posição postural associada à profissão, está pouco estudada no que diz respeito aos diversos tipos de profissões que existem e muitos deles obrigam a que as pessoas se mantenham em posição ortostática ou sentadas ao longo de muitas horas. Estas situações conduzem ao trabalho estático da musculatura envolvida para manutenção da posição, provocando facilmente a fadiga muscular, principalmente na posição ortostática (Belczak et al., 2008). A permanência desta posição a longo prazo tem várias consequências negativas, como o estrangulamento dos capilares prejudicando a circulação sanguínea e linfática levando às telangiectasias e varizes, assim como, leva ao aumento da pressão venosa provocando edema (Belczak et al., 2008)

Fisiopatologicamente o aumento da pressão venosa com presença de refluxo venoso ou obstrução ao retorno venoso (trombose venosa) são os dois mecanismos que causam insuficiência (Belczak et al., 2008). E independentemente do mecanismo que lhe dá origem o seu diagnóstico pode ser realizado a partir de uma anamnese adequada onde se avaliam a história clínica e sintomas. Para tal, existem vários tipos de classificações onde a mais utilizada é a classificação *Clinical manifestations, Etiologic factors, Anatomic distribution of disease, Pathophysiologic findings* (CEAP). Esta encontra-se dividida em sete itens: a classificação clínica (C), etiológica (E), anatómica (A) e patofisiológica (P). Cada uma destas encontra-se também subdividida

em subclassificações, dentro da classificação clínica temos a ausência de sinas (C0), telangiectasias/veias reticulares (C1), varizes (C2), edema (C3), pigmentação ou eczema (C4a), lipodermatosclerose (C4b), úlcera venosa cicatrizada (C5) e por fim úlcera venosa ativa (C6). Na classificação etiológica a IV pode ser congénita (Ec), primária (Ep), secundária (Es) sem causa identificável (En). Na classificação anatómica esta pode-se apresentar nas veias superficiais (As), perfurantes (Ap), profundas (Ad), e local venoso não identificado (An). Em relação à classificação patofisiológica básica a IV pode ser classificada de acordo com o refluxo (Pr), obstrução (Po), refluxo e obstrução (Pro) ou não identificada (Pn) (Leal & Mansilha, 2010).

Para além da história, sinais e sintomas, os exames complementares de diagnóstico como o Doppler contínuo, ecoDoppler venoso dos membros inferiores (EVMI), a pletismografia venosa e a flebografia, permitem realizar o diagnóstico, assim como, fazer rastreios e *follow up* da IV (Berenguer, Lins & Carvalho, 2011; Medeiros & Mansilha, 2012; Santos & Bonamino 2003).

Segundo Ravagnani, et al (2013) num estudo realizado com três grupos de trabalho com posições de trabalho diferentes (posição ortostática, sentados ou ambas), todos os setores apresentam queixas, sendo os piores resultados obtidos no grupo que trabalhava em posição ortostática. Autores referem que o resultado está relacionado ao facto dos indivíduos apresentarem níveis elevados de fadiga dos membros inferiores, por permanência durante largos períodos de tempo na mesma posição de trabalho. Outros estudos referem que o exercício estruturado para melhorar e reestruturar o funcionamento da bomba, é um método bastante benéfico para melhorar IV (Ravagnani et al., 2013; Pena, 2011; Alberti, Petroianu, Corrêa & Franco, 2008). Podemos dizer

então que é pertinente o papel do exercício e de um trabalho mais dinâmico de forma a prevenir a ocorrência ou avanço da patologia.

Como referido anteriormente as patologias do sistema venoso apresentam elevada incidência e prevalência, comprometendo a qualidade de vida em vários níveis, nomeadamente, a capacidade funcional do indivíduo que não executa as suas tarefas diárias de forma satisfatória o que leva a um impacto social, físico e financeiro (Souza, Kessler, Andrade & Souza, 2011). Assim, fatores como as condições de trabalho e a postura adotada para a realização do mesmo, podem ser alvo de ações preventivas (Macedo, Silva, Santos & Dias, 2013). Neste contexto, no sentido de pesquisar em amostras de outras áreas profissionais não relatadas anteriormente, este trabalho tem como objetivo avaliar a relação entre a presença de sinais e sintomas de insuficiência venosa e o tipo de posição postural durante a atividade profissional da amostra.

### **Método**

Estudo observacional analítico transversal realizado através de uma amostra representativa de indivíduos com atividade profissional em posição ortostática ou sentada, num período de seis meses. Os indivíduos que participaram responderam a questões relacionadas com a atividade profissional, e foi avaliada a presença clínica de patologia segundo a classificação CEAP, avaliada a pressão arterial, o valor da glicose e cálculo do índice de massa corporal.

## **Amostra**

Amostragem do tipo não probabilística obtida após aplicação dos critérios de inclusão estabelecidos: indivíduos de ambos os géneros com idades entre os 20 e 65 anos e atividade profissional na mesma posição entre os 10 e 15 anos, em posição ortostática ou sentada cerca de 8 horas por dia. Após aplicação dos critérios obteve-se uma amostra constituída por 76 indivíduos, onde 44 (58%) são mulheres e 32 (42%) são homens com uma média de 42,26 anos  $\pm$  9,74, sendo a idade mínima de 28 e a máxima de 64 anos. Do total, 46 indivíduos referiram atividade profissional em posição ortostática e 28 em posição sentada.

A pesquisa envolvida neste estudo foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsínquia. Todos os indivíduos leram e assinaram o consentimento informado.

## **Instrumentos**

Para caraterizar a atividade profissional, foram colocadas questões aos indivíduos que constituem amostra. A avaliação da presença da patologia e sua caraterização clínica foi realizada segundo a classificação CEAP (Leal & Mansilha, 2010). A avaliação da tensão arterial foi realizada e classificada segundo as *guidelines* de 2013 da *European Society of Hypertension* (ESH)/ *European Society of Cardiology* (ESC) (Mansia et al., 2013), o valor da glicose segundo a *American Diabetes Association* (2018) e cálculo do índice de massa corporal de acordo com Camolas, Gregório & Sousa (2017).

## **Procedimentos**

O questionário acerca da caracterização da atividade profissional foi realizado pelos investigadores. A aplicação da classificação CEAP foi realizada por um clínico experiente e encontra-se dividida em sete itens. Sendo eles a classificação clínica (C), etiológica (E), anatómica (A) e patofisiológica (P). Cada uma destas encontra-se subdividida em subclassificações e dentro da classificação clínica: ausência de sinas (C0), telangiectasias/veias reticulares (C1), varizes (C2), edema (C3), pigmentação ou eczema (C4a), lipodermatosclerose (C4b), úlcera venosa cicatrizada (C5) e por fim úlcera venosa ativa (C6). Para medição da pressão arterial foi usado um esfigmomanómetro manual, para medição de glicose um monitor de glicose e tiras de teste *On Call Plus*. Para o cálculo do índice de massa obteve-se o peso e altura.

## **Análise estatística**

Para análise estatística foi aplicado o programa de análise estatística *software Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics® versão 22)*.

Foi realizada uma análise descritiva com caracterização da amostra e das variáveis recolhidas com frequências absolutas (n) e relativas (%) nas variáveis qualitativas, assim, como a determinação de características amostrais de tendência central (média) e dispersão (desvio padrão) nas variáveis quantitativas.

Foi realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov, para análise da distribuição normal da amostra onde se verificou que as variáveis, índice de massa corporal e idade seguem uma distribuição normal.

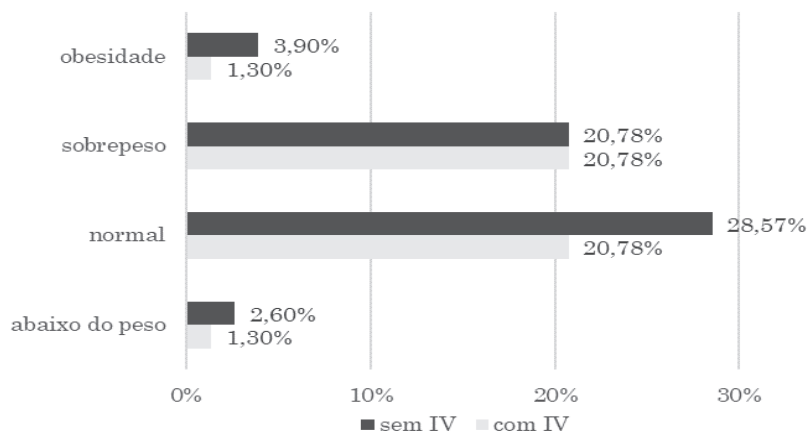
Em relação aos testes, quando os pressupostos não se verificaram foram aplicados testes não paramétricos Qui-Quadrado e teste de Mann-Whitney para: relacionar a IV e posição de trabalho do indivíduo e os fatores de risco associados.

Foi considerado um valor de significância de 0,05 e um intervalo de confiança a 95%.

### Resultados

A amostra do estudo ficou constituída por 76 indivíduos de ambos os géneros, 44 do género feminino (58%) e 32 do género masculino (42%), com uma média de idades de 42,26 anos  $\pm$  9,74.

Quanto á classificação do índice de massa corporal (IMC) a maioria dos indivíduos está dentro dos parâmetros considerados normais (conforme gráfico 1). Podemos verificar também que a IV compromete maioritariamente indivíduos com peso normal e indivíduos com sobrepeso (20,78% em ambos).



Legenda: IV – Insuficiência venosa, IMC – Índice de massa corporal  
Gráfico 1: Classes de IMC da amostra vs presença de IV (n=76).

Para avaliar se a presença de IV depende de algum fator de risco não modificável, como o gênero, história familiar e idade e/ou outros fatores de risco modificáveis, para além da obesidade (através do cálculo do IMC), como o uso de contraceptivos orais, HTA, diabetes, dislipidemia e hábitos tabágicos foi aplicado o teste qui-quadrado da independência. Na tabela 1 observou-se que a presença de IV está relacionada com o gênero e a história familiar (parentes de 1º grau). Em relação ao gênero pudemos observar uma maior prevalência de IV em indivíduos do gênero feminino ( $p=0,001$ ). No que respeita à história familiar, a prevalência de IV foi maior em indivíduos com história familiar da patologia associada ( $p=0,001$ ).

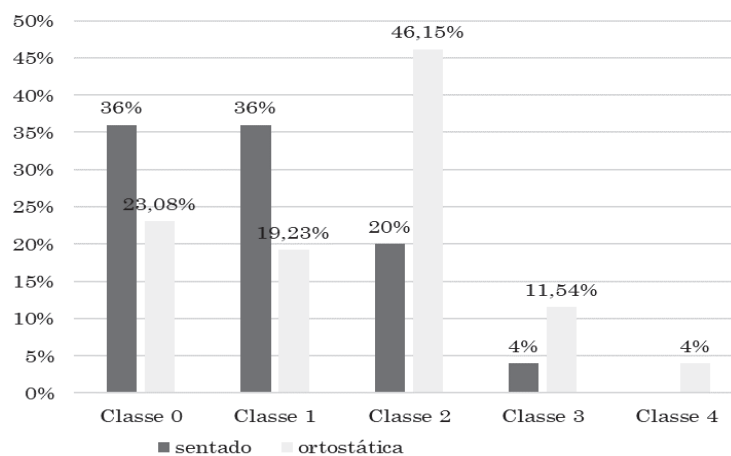
Tabela 1. Fatores de risco não modificáveis vs IV (n=76).

Fatores de risco		Presença de IV			
		Não	Sim	<i>p-value</i>	
Não modificáveis	Gênero	Masculino	71,8%	21,9%	0,001
		Feminino	38,6%	61,4%	
	História familiar	Não	69,0%	31,0%	0,001
		Sim	32,4%	67,6%	
Média de idades		41,04 anos	43,8 anos	0,195	
Modificáveis	Contraceptivos orais	Não	47,1%	52,9%	0,429
		Sim	59,3%	40,7%	
	HTA	Não	88,1%	11,9%	0,367
		Sim	94,1%	5,9%	
	Diabetes	Não	95,2%	4,8%	0,685
		Sim	97,1%	2,9%	
	Fumador	Não	61,9%	38,1%	0,801
		Sim	64,7%	35,3%	
	Dislipidemia	Não	16,7%	83,3%	0,455
		Sim	23,5%	76,5%	

Legenda: IV – Insuficiência Venosa; HTA - Hipertensão Arterial

Foi avaliado se a presença de IV está relacionada com as classes de IMC, através do teste qui-quadrado da independência, onde se verificou que nesta amostra a prevalência de IV não depende da classe de IMC ( $p= 0,379$ ).

Relativamente à classificação CEAP, como se pode observar pelo gráfico 2, a maioria dos indivíduos apresentou ausência de sinais palpáveis ou visíveis de varizes (classe 0), telangiectasias e/ou veias reticulares (classe 1) e veias varicosas (classe 2). Apenas uma pequena percentagem apresenta edema e alterações de pele (classe 3 e 4).



Legenda: CEAP – *Clinical manifestations, etiologic factors, Anatomic distribution of disease, pathophysiologic findings*

Gráfico 2: Classificação CEAP vs posição profissional (n=76).

Na análise da existência de diferenças da classificação CEAP entre indivíduos que trabalham em posição ortostática e sentados, observou-se que os indivíduos que trabalham em posição ortostática apresentam-se em maior percentagem em classes (gravidade) mais elevadas que indivíduos que trabalham sentados ( $p=0,005$ ).

## **Discussão**

A elevada incidência e prevalência das patologias do sistema venoso afeta indivíduos de diferentes idades sendo considerada um problema de saúde pública (França & Tavares, 2003). Em Portugal um estudo epidemiológico mostrou que a prevalência de IV era mais elevada em indivíduos do género feminino, atingindo maioritariamente a mulheres entre os 55 e 64 anos. Estes resultados estão de encontro com algumas características demográficas deste estudo, onde a relação entre a presença de IV com fatores de risco como o género e história familiar apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Segundo Medeiros & Mansilha (2012) atualmente sabe-se que a idade, história familiar e género são fatores que contribuem para o desenvolvimento da IV. O facto de ser mais frequente no género feminino pode ser resultado de fatores hormonais, mas também por ser considerado uma questão de estética sendo o género que mais procura tratamento.

Nesta amostra a presença de IV não depende da classe de índice de massa corporal. O que não vai de encontro ao descrito na literatura e que poderá ser justificado pelo pequeno número de observações. Atualmente considera-se que o excesso de peso prejudica as trocas sanguíneas devido ao aumento do tecido adiposo, sendo que esse aumento provoca estase sanguínea levando ao aparecimento/agravamento da doença (Santos, Proffrio & Pitta, 2009). Foram estudados outros fatores de risco como hipertensão e diabetes sem resultados significativos.

De acordo com a classificação clínica da CEAP os indivíduos que apresentaram uma ordenação média mais elevada foram aqueles

com posição de trabalho ortostática. Segundo Berenguer et al. (2011), a manutenção da posição ortostática, em 45% do tempo de trabalho, é considerada suficiente para provocar sintomas de cansaço e desconforto dos membros inferiores sendo a primeira manifestação da estase sanguínea o edema venoso dos mesmos. O edema é um fator bastante importante na qualidade de vida de um indivíduo, provocando desconforto, sensação de pernas pesadas, podendo evoluir posteriormente para IV (Belczak et al., 2008). O que nos remete para o facto dos resultados serem significativos também na relação entre o comprometimento no desenvolvimento das atividades profissionais em indivíduos com este tipo de posição e ordenações médias mais elevada na classificação clínica da CEAP. Segundo Berenguer et al. (2011), estas atividades profissionais podem levar ao aparecimento/agravamento de insuficiência venosa por fazerem com que o trabalho muscular seja mais desgastante. Para uma boa manutenção do ortostatismo são necessários níveis constantes de contração muscular, comprimindo os vasos sanguíneos, que provocará facilmente a sua fadiga conduzindo a uma diminuição na sua qualidade de vida (Medeiros & Mansilhas, 2012).

Como limitação deste estudo apontamos o facto da amostra ter um pequeno número de observações.

### **Conclusões**

É possível concluir que nesta amostra e na profissão estudada os indivíduos que trabalham em posição ortostática aumentam a influência da pressão hidrostática e gravitacional com desgaste da bomba

muscular dificultando o retorno venoso, apresentado sinais de insuficiência venosa.

## Referências

- Alberti, L., Petroianu, A., Corrêa, D., & Silva, T. (2008). Efeito da Actividade Física na Insuficiência Venosa Crónica. *Acta Med Port.* 21(3):215-220.
- American Diabetes Association (2018). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes – 2018. 41(Supplement 1): S13-S27.
- Belczak, C., Gody, J., Ramos, R., Oliveira, M., Belczak, S., & Caffaro, R. (2008). Influência do turno laboral na formação de edema dos membros inferiores em indivíduos normais. *J Vasc Bras.* 7(3).
- Berenguer, F., Lins, D., & Carvalho, S. (2011). Influência da posição ortostática na ocorrência de sintomas e sinais clínicos de venopatias de membros inferiores em trabalhadores de uma gráfica na cidade do Recife-PE. *Revista Brasileira Saúde ocupacional.* São Paulo. 36(123):153-161.
- Camolas, J., Gregório, M., Sousa, S., & Graça, P. (2017). Obesidade: otimização da abordagem terapêutica no Serviço Nacional de Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Direção-Geral de Saúde. Retrieved from: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/>.
- França, L., & Tavares, V. (2003). Insuficiência venosa crónica: uma atualização. *J Vasc Bras.* 2(4):318-28.
- Grandjean, E. (1998). Manual de ergonomia: adaptando o trabalho ao homem. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laville, A. (1977). Ergonomia. São Paulo. EPU.
- Leal, J., & Mansilha, A. (2010). Como avaliar o impacto da doença venosa crónica na qualidade de vida. Artigo de revisão. *Angiologia e Cirurgia Vascul.* 6(4).
- Mansia, G., Robert, F., Krzysztow, N., Josep, R., Alberto, Z., Michael, B., Thierry, C., Renata, C., Guy, B., Anna, D., Maurizio, G., Diederick, E., Tiny, J., Paulus, K., Sverre, E., Stéphane, L., Athanasios, J., Peter, M., Luis, M., Roland, E., Per, A., Peter, S., Margus, V., Bernard, W., & Faiez, Z. (2013). ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension.* 31:1281-1357.
- Macedo, L., Silva, E., Santos, P., & Dias, C. (2013). Associação entre qualidade de vida e insuficiência venosa crônica em jovens. *EFDeportes.com, Revista Digital.* 18(182). Retrieved from: <https://www.efdeportes.com/efd182/insuficiencia-venosa-cronica-em-jovens.htm>.
- Medeiros, J., & Mansilha, A. (2012). Estratégia Terapêutica na Doença Venosa Crónica. Artigo de revisão. *Angiologia e Cirurgia Vascul.* 8(3).
- Ovel, S. (2017). Revisão em Ultrassonografia, 2ª edição. Thieme Revinter Publicações. Rio de Janeiro.
- Ravagnani, I., Fontes, C., Zaia, J., Neiva, C., Bittar, C., & Quemelo, P. (2013). Avaliação da Qualidade de Vida em Diferentes Setores de uma IES privada. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida.* 5(3):19-25.
- Santos, P., & Bonamino, M. (2003). Efeitos Cardiovasculares Agudos da Exposição ao Ambiente Microgravitacional. *Arq Bras Cardiol.* 80(1):105-115.

- Santos, R., Proffrio, G., & Pitta, G. (2009). A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica leve e grave. *J Vasc Bras*. 8(2).
- Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vasculiar (SPACV). (2015). *Alerta Doença Venosa*. Retrieved from: <http://www.alertadoencavenosa.pt/home>.
- Souza, K., Kessler, R., Andrade, S., & Souza, G. (2011). Percepção da qualidade de vida de portadores de insuficiência venosa crônica. *Revista Contexto & Saúde*.10(20).
- Urzelin, C., Farah, D., Spagnol, F., Nishi, N., Arruda, W., & Oliveira, V. (2019). Perfil epidemiológico da insuficiência venosa crônica na atenção primária em Bragança Paulista-SP. *Livasc USF - Liga de Cirurgia Vasculiar Dr. Márcio Villaça*. Retrieved from: <https://www.sanarmed.com/perfil-epidemiologico-da-insuficiencia-venosa-cronica-na-atencao-primaria>).