



**Letícia Abentroth Della Flora**

**TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO II  
PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA  
VENOSA CRÔNICA PARA ATENDIMENTO VASCULAR NA QUARTA  
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO  
SUL**

**SANTA MARIA-RS  
2020**

**Letícia Abentroth Della Flora**

**PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA  
VENOSA CRÔNICA PARA ATENDIMENTO VASCULAR NA QUARTA  
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO  
SUL**

**ROUTING PROTOCOL OF CRONIC VENOUS DISEASE PATIENTS FOR  
VASCULAR CARE AT FOURTH REGIONAL HEALTH COORDINATOR OF THE  
STATE OF RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho final de graduação (TFG) apresentado  
ao Curso de Medicina,  
Área de Ciências da Saúde da Universidade  
Franciscana, como requisito parcial para  
aprovação na disciplina TFG.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Stela Karine Braun

**SANTA MARIA-RS  
2020**

**Letícia Abentroth Della Flora**

**PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇA  
VENOSA CRÔNICA PARA ATENDIMENTO VASCULAR NA QUARTA  
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO  
SUL**

Trabalho apresentado ao Curso de Medicina,  
Área de Ciências da Saúde da Universidade Franciscana, como requisito parcial para  
aprovação na disciplina de Trabalho Final de Graduação II (TFG-II).

---

Prof<sup>ª</sup> Stela Karine Braun (UFN) - Orientadora (UFN)

---

Prof. Vinícius Matos Menegola

---

Prof. Iliane Rezer Bertao

Aprovado em \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## RESUMO

A doença venosa crônica (DVC) é uma doença que cursa com diversos sintomas, desde dor, edema e desconforto nas pernas até úlceras venosas. Afeta até 56% dos homens e 73% das mulheres em alguns países e tem importante impacto financeiro para o sistema de saúde. A DVC pode ser primária, decorrente de refluxo venoso sem causa aparente, ou secundária após um evento de trombose venosa profunda (TVP). Os principais fatores de risco para a doença venosa são idade, sexo, raça, gravidez, ortostatismo prolongado, obesidade e histórico familiar. O diagnóstico é feito com base na anamnese e exame físico detalhados com auxílio de alguns exames complementares como o ecodoppler. O tratamento pode ser feito com meias elásticas, drogas flebotônicas ou tratamento cirúrgico convencional, por laser ou ecoescleroterapia de safena com espuma. Diante da heterogeneidade da doença, é necessário um protocolo de encaminhamento dos pacientes acometidos para atendimento correto nos hospitais de referência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). O objetivo do protocolo é encaminhar adequadamente esses pacientes conforme o grau de gravidade de sua patologia para o Hospital Universitário de Santa Maria ou outros hospitais da região, no âmbito da 4ª CRS.

**Palavras-chave:** Doença Venosa Crônica; Varizes; Protocolo de encaminhamento.

## ABSTRACT

Chronic venous disease (CVD) is a disease with several symptoms, from pain, swelling and discomfort in the legs to venous ulcers. It affects up to 56% of men and 73% of women in some countries and has an important financial impact on the health system. CVD can be primary, due to venous reflux without an apparent cause, or secondary after a deep venous thrombosis (DVT) event. The main risk factors for the venous disease are age, sex, race, pregnancy, prolonged standing, obesity and family history. The diagnosis is made based on anamnesis and detailed physical examination with the aid of some complementary exams such as duplex ultrasound. The treatment can be done with elastic stockings, phlebotonic drugs or conventional surgical treatment, by laser or foam saphenous sclerotherapy. In view of the heterogeneity of the disease, a protocol for referring affected patients to correct care in reference hospitals of the 4th Regional Health Coordination (RHC) is necessary. The objective of the protocol is to adequately refer these patients according to the degree of severity of their pathology to the University Hospital of Santa Maria or others hospitals, within the scope of the 4th RHC.

**Keywords:** Chronic Venous Disease; Varicose Veins; Routing Protocol

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

DVC - Doença Venosa Crônica

IVC - Insuficiência Venosa Crônica

SUS - Sistema Único de Saúde

SBACV - Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular

CEAP - Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia

IMC - Índice de Massa Corporal

HUSM - Hospital Universitário de Santa Maria

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

EVLA - Termoablação por Laser Endovenoso

RFA - Termoablação por Radiofrequência

TVP - Trombose Venosa Profunda

CID - Cadastro Internacional de Doenças

DAOP - Doença Arterial Obstrutiva Periférica

HCS – Hospital Casa de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	7
1. REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
<b>2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)</b> .....	17
<b>3 DIAGNÓSTICO</b> .....	18
<b>4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO</b> .....	19
4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	19
4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	19
<b>5 TRATAMENTO</b> .....	20
<b>6 MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO</b> .....	21
<b>7 FLUXOGRAMA</b> .....	22
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	23

## 1 INTRODUÇÃO

A doença venosa crônica (DVC) é definida por várias manifestações clínicas que decorrem de obstrução e/ou refluxo do sangue no sistema venoso periférico, geralmente nos membros inferiores (Projeto Diretrizes, 2015). A doença venosa crônica diferencia-se da insuficiência venosa crônica (IVC), pois nesta há comprometimento funcional, sendo que aquela engloba qualquer alteração no sistema venoso, mesmo sem comprometimento da função. (Partsch, 2009). A DVC após um evento de tromboembolismo venoso é tida como secundária, enquanto a que decorre de insuficiência valvar sem evento trombótico prévio é tida como primária (Youn and Lee, 2018). A doença é classificada de acordo com a apresentação pelo CEAP (Clínica, Etiologia, Anatomia e Fisiopatologia), sendo o critério clínico o mais utilizado na prática. Tem-se C0 (sem sinais visíveis ou palpáveis de insuficiência venosa), C1 (telangiectasias ou veias reticulares), C2 (veias varicosas), C2r (veias varicosas recorrentes), C3 (edema), C4 (mudanças na pele e tecido subcutâneo devido a IVC) - C4a (pigmentação ou eczema), C4b (lipodermatoesclerose ou atrofia branca), C4c (coroa flebectásica), C5 (úlceras venosas curadas), C6 (úlceras venosas ativas) e C6r (úlceras venosas ativas recorrentes) (Lurie et al, 2020).

A doença acomete principalmente mulheres, com aumento da incidência de acordo com idade, número de gestações, maior índice de massa corporal (IMC) e história familiar positiva. Ainda, percebe-se maior frequência de casos em países desenvolvidos e industrializados (Beebe-Dimmer et.al, 2005). A prevalência de veias varicosas e câimbras noturnas também é maior naqueles trabalhadores que permanecem longos períodos em ortostatismo (Bahk et. al, 2012).

O impacto socioeconômico da doença também deve ser considerado, visto que afeta até 56% dos homens e 73% das mulheres em alguns países (Beebe-Dimmer et.al, 2005), sendo que a qualidade de vida desses piora à medida que a doença evolui, principalmente em indivíduos mais velhos (MOURA, et al, 2011). O custo com a doença pode chegar à 900 milhões de Euros na Europa ocidental e até 9000 Euros por paciente com úlcera, quando esta complicação está presente (Romero e Collado, 2019). No Brasil, o impacto da patologia nos cofres públicos também é considerável. Em 2000, a IVC foi responsável por 61 mil internações na rede pública e conveniada. O custo do Sistema Único de Saúde em cirurgias de varizes foi de R\$ 43 milhões em 2004 (LEAL et al., 2012).

Romero e Collado observaram que apenas 5% dos pacientes analisados apresentavam graus mais severos de IVC, enquanto 80% tinham graus leves (telangiectasias e veias varicosas

pequenas). No entanto, um estudo de Davies (2019) mostrou que apenas 10% dos profissionais no Reino Unido conheciam a classificação para a gravidade da doença. A negligência é preocupante, visto que o custo com o manejo da DVC no ano de 2021 pode chegar a um trilhão de dólares (Davies H.A., 2019).

O tratamento da doença perpassa por orientações clínicas, farmacoterapia e cirurgia. Podem ser utilizados desde meias elásticas à retirada da veia varicosa. Inicialmente, são realizadas somente orientações clínicas (evitar ortostatismo prologado, controlar peso, realizar atividades físicas e utilizar meias compressivas). Para alívio sintomático são indicadas drogas flebotônicas. Caso o quadro apresentar piora, complicações ou haver grande incômodo estético ao paciente, é indicada a cirurgia (Brito, 2014).

Diante da heterogeneidade da doença, tendo como apresentação desde pequenas telangiectasias até úlceras, faz-se necessária a regulação dos pacientes com essa comorbidade para centros de referência específicos para tratamento adequado conforme a apresentação do CEAP. Aqueles que necessitarem de procedimentos mais complexos, como flebografia e angioplastia venosa, ou assistência mais específica, com necessidade de curativos especiais, precisam de encaminhamento para o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), enquanto que aqueles que requeiram procedimentos cirúrgicos de média complexidade podem ser atendidos no ambulatório do Hospital Casa de Saúde e outros hospitais da região. Uma forma de organizar esse atendimento é por meio de um protocolo organizado. Assim, o objetivo desse protocolo é realizar o encaminhamento adequado dos pacientes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) para os serviços de cirurgia vascular do HUSM e outros hospitais da região a fim de otimizar a logística dos atendimentos.

## 1.1 REFERENCIAL TEÓRICO

A prevalência da DVC é maior nos países desenvolvidos e industrializados e estima-se que esteja presente em 5 a 30% da população adulta (Eberhardt e Raffetto, 2014). Nos Estados Unidos, estima-se um aumento de 1 para 1,8 milhão de casos de 2010 para 2050, enquanto procedimentos em veias varicosas teriam um acréscimo de 60% nos Estados Unidos e Europa entre 2013 e 2021. No mundo, em 2016, foram movimentados US\$ 290.59 milhões e, em 2021, esse valor pode chegar a US\$ 396 milhões em decorrência do manejo da insuficiência venosa (Davies H.A., 2019). O custo com a doença pode chegar à 900 milhões de Euros na Europa ocidental e até 9000 Euros por paciente com úlcera, quando esta complicação está presente (Romero e Collado, 2019).

No Brasil, o impacto da patologia também é considerável. Ela pode atingir até 62,7% das mulheres e 37,9% dos homens (Lins et al., 2012). Em 2000, a DVC foi responsável por 61 mil internações na rede pública e conveniada. O custo do Sistema Único de Saúde em cirurgias de varizes foi de R\$ 43 milhões em 2004 (Leal et al., 2012). O estado do Rio Grande do Sul, somente em fevereiro do 2020, teve um gasto de mais de R\$268 mil, tendo registrado 493 internações decorrentes de veias varicosas dos membros inferiores (DATASUS, 2020). No ano de 2019, foram concedidos 33312 auxílios doença previdenciários decorrentes de varizes de membros inferiores no Brasil (Brasil, 2019). Isso evidencia que a doença venosa impacta diretamente na população total e em grande parte da população economicamente ativa, diminuindo a qualidade de vida, principalmente com a progressão da doença (Davies H.A., 2019).

Tem-se insuficiência venosa crônica, quando o paciente apresenta anormalidades funcionais, como edema e alterações cutâneas. Telangiectasias ou veias varicosas não são consideradas insuficiência venosa, apenas doença venosa. O termo doença venosa crônica, então, refere-se a qualquer anormalidade morfológica ou funcional do sistema venoso, com sinais e/ou sintomas que necessitem de investigação e/ou tratamento (Parsch, 2009).

A doença venosa crônica é uma doença multifatorial. Tem como fatores que a induzem o refluxo sanguíneo por insuficiência valvar e/ou a obstrução venosa por trombos ou êmbolos na circulação. Essa patologia afeta o sistema venoso periférico, tanto superficial como profundo (Projeto Diretrizes SBACV, 2015). A insuficiência venosa crônica primária é decorrente da hipertensão venosa devido ao mau funcionamento valvar, enquanto a secundária ocorre após um evento de tromboembolismo venoso, no qual há dano valvar pelo trombo e/ou trombo

remanescente que lesiona o vaso devido à alta pressão que o sangue passa a exercer no mesmo (Youn and Lee, 2018).

A doença venosa ocorre quando há aumento da pressão intravenosa. Esse aumento pode ser decorrente do funcionamento valvar deficiente, de algum trombo obstruindo a circulação venosa e dificultando o fluxo dentro do vaso, ou de ambos. Esses fatores também podem ser piorados pela insuficiência da bomba muscular, principalmente dos músculos da panturrilha. Essa perturbação hemodinâmica lesa os vasos ocasionando dilatação e tortuosidade dos leitos capilares, espessamento das membranas basais, alargamento do tecido interendotelial e edema pericapilar. Os capilares que ficam alterados propiciam extravasamento do líquido, glóbulos vermelhos e macromoléculas para o interstício (Eberhardt e Raffetto, 2014).

Os fatores de risco mais importantes para o surgimento da doença venosa são: idade, sexo feminino, múltiplas gestações, obesidade, história familiar positiva e ortostatismo prolongado (Beebe-Dimmer et.al, 2005). Em se tratando de profissionais os quais permanecem longos períodos em pé, observa-se maior prevalência de veias varicosas e de câimbras noturnas (Bahk et. al, 2012). Outro estudo associou o tempo de permanência de enfermeiras no hospital com o aumento da frequência dos sinais e sintomas de insuficiência venosa (Diken, 2016). A diferença entre gênero é considerável, visto que entre as mulheres a ocorrência é maior que entre os homens, ocorrendo em proporção 3:1 (Bahk et. al, 2012; Eberhardt e Raffetto, 2014).

As manifestações clínicas da doença são diversas, podendo variar desde telangiectasias e veias reticulares até fibrose cutânea e ulcerações (Eberhardt e Raffetto, 2014). Os principais sintomas incluem edema, dor, sensação de peso e cansaço, parestesias, prurido e câimbras em membros inferiores. Tais sintomas frequentemente são exacerbados em dias mais quentes (devido a vasodilatação propiciada pelo calor), ao final do dia, principalmente naqueles profissionais que trabalham em pé e, nas mulheres, pode estar relacionado à fase do ciclo menstrual. Esses sintomas geralmente são aliviados com a elevação do membro, caminhadas ou meias de compressão, visto que essas medidas favorecem o retorno venoso e a diminuição da pressão intravascular. O desconforto nas pernas pode estar ausente em 20% dos pacientes com outras características clínicas da insuficiência venosa, e pode ser a única manifestação em 10% deles (Youn and Lee, 2018).

Conforme a apresentação, pode-se classificar clinicamente a doença de acordo com o CEAP: C0 (sem sinais visíveis ou palpáveis de insuficiência venosa), C1 (telangiectasias ou veias reticulares), C2 (veias varicosas), C2r (veias varicosas recorrentes), C3 (edema), C4

(mudanças na pele e tecido subcutâneo devido a IVC), C4a (pigmentação ou eczema), C4b (lipodermatoesclerose ou atrofia branca), C4c (coroa flebectásica), C5 (úlceras venosas curadas), C6 (úlceras venosas ativas) e C6r (úlceras venosas ativas recorrentes) (tabela 1) (Lurie et al, 2020). Para fins de denominação, considera-se insuficiência venosa crônica a partir de C3, quando se tem anormalidades funcionais. Já o termo doença venosa crônica, refere-se a qualquer anormalidade morfológica ou funcional do sistema venoso, com sinais e/ou sintomas que requeiram investigação e/ou tratamento (Partsch, 2009).

No entanto, essa classificação pelo CEAP não avalia a severidade da doença. Para a avaliação da severidade, tem-se a escala VCSS (venous clinical severity score), onde considera-se o grau de dor, das veias varicosas, do edema, da pigmentação da pele, da inflamação, do endurecimento, das úlceras (número, duração e tamanho), e do uso de meias compressivas (tabela 2) (Vasquez et al, 2010).

Classificação clínica	
C0	sem sinais visíveis ou palpáveis de insuficiência venosa
C1	telangiectasias ou veias reticulares
C2	veias varicosas
C2r	veias varicosas recorrentes
C3	edema
C4	mudanças na pele e tecido subcutâneo devido a IVC
C4a	pigmentação ou eczema
C4b	lipodermatoesclerose ou atrofia branca
C4c	coroa flebectásica
C5	úlceras venosas curadas
C6	úlceras venosas ativas
C6r	úlceras venosas ativas recorrentes
Classificação etiológica	

Ep	primária
Es	secundária
Esi	secundária - intravenosa
Ese	secundária - extravenosa
Ec	congênita
En	sem causa definida
Classificação anatômica	
As	superficial
Ad	profunda
Ap	perfurante
An	não localizada
Classificação fisiopatológica	
Pr	refluxo
Po	obstrução
Pr, o	refluxo e obstrução
Pn	sem fisiopatologia identificada

Tabela 1: Classificação CEAP (Lurie et al, 2020)

Descrição clínica	Ausência (0)	Leve (1)	Moderada (2)	Severa (3)
Dor	sem	Ocasional	Diária não limitante	Diária limitante
Veias varicosas	sem	Algumas	Panturrilha ou coxa	Panturrilha e coxa

Edema venoso	sem	Pé e tornozelo	Abaixo do joelho	Joelho e acima
Pigmentação da pele	sem	Perimaleolar limitada	Difusa <1/3 da panturrilha	Mais largo 1/3 acima da panturrilha
Inflamação	sem	Perimaleolar limitada	Difusa <1/3 da panturrilha	Mais largo 1/3 acima da panturrilha
Endurecimento	sem	Perimaleolar limitada	Difusa <1/3 da panturrilha	Mais largo 1/3 acima da panturrilha
Número de úlceras ativas	sem	1	2	3 ou mais
Duração da úlcera	sem	< 3meses	3-12 meses	> 1 ano
Tamanho da úlcera ativa	sem	<2cm	2-6cm	>6cm
Terapia compressiva	sem	Intermitente	Maioria do dia	Sempre

Tabela 2: Classificação VCSS (Vasquez et al, 2010)

O diagnóstico da DVC é feito principalmente através de anamnese e exame físico detalhado. Alguns exames podem ser auxiliares no diagnóstico, como o ecodoppler venoso de membros inferiores, a pletismografia, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e o ultrassom intravascular (Youn and Lee, 2018). O principal exame utilizado no diagnóstico é o ecodoppler de membros inferiores, visto que é de fácil acesso, não invasivo e possibilita avaliar em tempo real a circulação venosa, a anatomia e a hemodinâmica dos membros. Também é esse o exame de eleição para avaliação pré-operatória de retirada de veias varicosas (Carriazo, et. al, 2015).

A prevenção da doença não é fácil. Ainda assim, recomenda-se que os fatores de risco sejam controlados, orientando os pacientes sobre mudanças de estilo de vida (perda de peso, cessação do tabagismo e prática de exercícios físicos), bem como informando-os sobre

os sintomas iniciais da DVC e necessidade de procura de atendimento em caso de aparecimento e/ou piora dos sintomas (Labropoulos, 2019).

O tratamento em qualquer estágio da doença se baseia primariamente em orientações clínicas gerais. Essas compreendem evitar ortostatismo prolongado, reduzir peso corporal, praticar exercícios físicos regularmente, usar meias compressivas e elevar membros inferiores durante a noite. Tais medidas são indicadas também para casos em que a doença é discreta ou não possui indicação cirúrgica (seja por impossibilidade de realização devido a comorbidades, recusa do paciente ou contraindicações cirúrgicas) (Brito, 2014).

A terapia medicamentosa é utilizada como alívio para aqueles pacientes que possuem sintomas mais pronunciados, mas não tem efeito na diminuição das veias varicosas. O uso de corticosteroides tópicos pode ser útil na redução do prurido secundário ao eczema. Os flebotônicos auxiliam na redução da dor, edema, sensação de peso, câimbras noturnas e podem contribuir para a cicatrização de úlceras decorrentes de hipertensão venosa (Brito, 2014).

O suporte elástico, utilizado na maioria dos pacientes com aderência a esse tratamento, promove aumento da pressão nos compartimentos das pernas, melhorando o retorno venoso e diminuindo o refluxo venoso, o que aumenta a eficácia das válvulas venosas. Isso contribui para melhora da drenagem linfática e redução do edema, com melhora da nutrição dérmica e diminuição da chance de formação de úlceras. Esse suporte pode ser realizado através de ataduras elásticas ou meias. As ataduras são mais facilmente colocadas e retiradas, especialmente nos portadores de lesões de pele, mas a manutenção da pressão correta ao longo do dia é dificultada. Já as meias elásticas, mesmo sendo um pouco mais difíceis de serem colocadas, mantêm a pressão constante, uniforme e graduada ao longo do dia. Há também o suporte inelástico como alternativa – a bota de Unna – a qual não exerce pressão por si mesmo, podendo ser utilizada em pacientes com doença arterial concomitante (Brito, 2014).

A escleroterapia é indicada nos pacientes com telangiectasias e vênulas dérmicas dilatadas, podendo ser utilizada em varizes residuais após tratamento cirúrgico (Brito, 2014). Em alguns casos, como na alergia ao agente esclerosante, fobia a agulhas, matting e falha na escleroterapia, pode ser usado laser transdérmico a fim de tratar telangiectasias e veias reticulares dos membros inferiores, mas com resultados inferiores à escleroterapia (Projeto Diretrizes SBACV, 2015).

Se a veia safena interna ou externa está importantemente acometida, gerando muitos sintomas, complicações ou comprometimento estético, indica-se a fleboextração do segmento

acometido (Brito, 2014). O tratamento cirúrgico, que pode ser realizado nas classificações CEAP C2 a C6 (Eberhardt e Raffetto, 2014), mostrou-se superior ao conservador em se tratando tanto de estética, como de melhora sintomatológica, sendo que a ligadura da croça com safenectomia obteve resultados melhores do que a ligadura isolada (Projeto Diretrizes SBACV, 2015). Ainda, a flebectomia com microincisões é feita quando se deseja remover as tributárias incompetentes do sistema venoso superficial, podendo ser um procedimento isolado ou associado ao tratamento das veias tronculares (Brito, 2014).

Na 4ª CRS o método mais empregado é a cirurgia convencional. Essa só não deve ser indicada na vigência de obesidade grave, lesões tróficas (devido à alta possibilidade de infecção), isquemia dos membros ou doenças sistêmicas graves que aumentem muito o risco cirúrgico (Brito, 2014). As principais complicações pós-operatórias são dor e hematomas, principalmente no local de retirada das veias varicosas. Ainda, menos frequentemente, pode-se observar infecção de ferida operatória, distúrbios sensoriais (pela remoção de nervos cutâneos), lesões arteriais e de veias profundas e trombose venosa profunda (Chwała1, 2015).

Nas veias de maior calibre, como a safena, podem ser utilizados ainda os tratamentos endovasculares (termoablação por laser endovenoso (EVLA) ou por radiofrequência (RFA)) com resultados e riscos semelhantes ao da cirurgia convencional. Outro tratamento endovascular que pode ser uma alternativa em casos nos quais haja contraindicação cirúrgica, (pacientes com alguma limitação de saúde, que necessitem anestesia geral, ou com úlceras (CEAP C6 e 6r)), é a injeção de espuma guiada por ultrassom nas veias de maior calibre. No entanto, esse procedimento tem-se mostrado menos eficaz por apresentar maiores taxas de insucesso primário e recidiva, bem como apresentar risco de descoloração duradoura da pele (Projeto Diretrizes SBACV, 2015; Chwała1, 2015).

É importante ressaltar que, no âmbito do sistema único de saúde (SUS) na 4ª CRS, somente a cirurgia convencional de varizes primárias está disponível. O procedimento de espuma de safena já está incluso na lista de procedimentos do SUS, mas, na 4ª CRS, não há profissionais que o façam pelo SUS.

Após um episódio de TVP, pode haver o desenvolvimento de IVC. A chamada síndrome pós-trombótica é decorrente da hipertensão venosa causada pelo trombo. Com o intuito de tratar esse quadro, o uso de meias de compressão, medidas de estilo de vida (exercícios físicos, elevação de membros inferiores, controle do peso corporal, hidratação da pele) e procedimentos cirúrgicos e endovasculares (reparo de válvula venosa, bypass e stents venosos) em pacientes selecionados podem ser considerados (Kahn, 2016).

A DVC pode apresentar complicações conforme a evolução do quadro. A tromboflebite é um processo trombótico asséptico que pode ser resolvida com repouso e elevação do membro combinado com medicação analgésica e anti-inflamatória, compressas quentes e heparinoides tópicos. A varicorrágia é tratada com compressão digital e elevação do membro associada a enfaixamento compressivo por 24 a 48 horas (Brito, 2014).

Outra complicação frequente é a úlcera venosa, sendo indicada cirurgia para tratamento das varizes, se não houver contraindicação. O manejo da úlcera se dá com repouso, curativo diário com gaze vaselinada, ou curativos especiais (hidrocoloides, polímeros, alginatos, hidrogeis). A bota de Unna também pode ser utilizada para o manejo das úlceras. Em lesões grandes, pode-se indicar cirurgia para realização de enxerto de pele. (Brito, 2014). Devido ao grande risco de desenvolvimento de tais úlceras, é indicado que o paciente tenha cuidado especial com a pele, sempre mantendo-a hidratada a fim de evitar fissuras e progressão para lesões maiores (Eberhardt e Raffetto, 2014).

Outro fator que pode predispor a DVC é a síndrome de May-Thurner, que consiste na compressão da veia íliaca comum esquerda pela artéria íliaca comum direita. Essa compressão pode ocasionar alterações íntimas e predispor a TVP iliofemural do lado esquerdo, bem como dificultar o retorno venoso e levar a um aumento da pressão venosa contribuindo para a gênese da DVC. O diagnóstico clínico deve ser suspeitado quando há presença de sintomas venosos somente em membro inferior esquerdo, como edema, varizes, aumento do diâmetro do membro sem causa aparente, edema de raiz de coxa, dor e sensação de peso ao realizar atividades físicas e trombozes venosas. Essa síndrome é mais comum em mulheres e é diagnosticada em 2 a 5% dos pacientes submetidos a avaliação venosa de membros inferiores (Brito, 2014). Para o tratamento é recomendada a dilatação percutânea com balão seguida de posicionamento de stent auto expansível a fim de reduzir reestenoses e dar suporte a veia. (Projeto Diretrizes SBACV, 2015).

O sítio mais frequente de insuficiência venosa é nos membros inferiores, mas também pode ocorrer na pelve. As varizes pélvicas - pelo refluxo nas veias ovarianas e/ou íliacas internas e suas tributárias - podem associar-se a sintomas de dor pélvica, disúria e dispareunia, ocasionando a síndrome de congestão pélvica. Os sintomas podem ser agravados no período menstrual. O diagnóstico é feito através de sinais e sintomas, juntamente com exames de imagem, como a ultrassonografia doppler abdominopélvica ou transvaginal, a angiotomografia ou a ressonância venosa. O tratamento endovascular das veias comprometidas vem se mostrando a melhor opção com alívio dos sintomas em 50 a 80% dos casos (Projeto Diretrizes SBACV, 2015).

## **2 DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)**

O protocolo considera as seguintes patologias: insuficiência venosa crônica periférica, varizes dos membros inferiores e outra embolia e trombose venosa, as quais têm como Classificação Internacional de Doenças (CID10) I872, I83 e I82, respectivamente.

### 3 DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da DVC é realizado, predominantemente, através de anamnese e exame físico detalhados. Exames auxiliares do diagnóstico são: ecodoppler venoso de membros inferiores, pletismografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e ultrassom intravascular (Youn and Lee, 2018). O principal exame utilizado no diagnóstico é o ecodoppler de membros inferiores, visto que é de fácil acesso, não invasivo e possibilita avaliar em tempo real a circulação venosa, a anatomia e a hemodinâmica dos membros. Também, é esse o exame de eleição para avaliação pré-operatória de retirada de veias varicosas, e para diagnóstico de trombose venosa profunda (Carriazo, et. al, 2015). No entanto, o ultrassom também possui desvantagens, como ser dificultado dependendo da anatomia do paciente, e ser um exame operador-dependente. Ainda, o acesso a veias pélvicas e profundas é limitado, sendo um exame ruim para diagnóstico de síndrome de May-Thurner e varizes pélvicas. Dessa forma, quando se trata dessas duas patologias - síndrome de May-Thurner e varizes pélvicas - o exame com melhor acurácia diagnóstica seria a flebografia.

Exames como angiorressonância venosa e angiotomografia venosa podem ser úteis nos casos em que o ultrassom é inconclusivo, como em estenose ou obstrução do segmento venoso iliacocava e insuficiência de veias gonadais em associação com varizes pélvicas. O ultrassom intravascular também pode ser utilizado para visualização de segmento iliacava, em estenoses por síndrome de May-Thurner/Cockett (Projeto Diretrizes SBACV, 2015).

## **4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

### **4.1 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

Como critérios de inclusão tem-se pacientes com doença venosa crônica causada por varizes, trombose venosa profunda, síndrome de May-Thurner ou por varizes pélvicas.

### **4.2 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

Os critérios de exclusão são doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), aneurismas periféricos e doença linfática (linfedema, erisipela, linfangite).

## 5 TRATAMENTO

Esse protocolo de encaminhamento foi pensado de acordo com as particularidades de cada local de atendimento aos pacientes portadores de doença venosa crônica. A partir do que cada serviço oferece, organizou-se uma forma de encaminhá-los de maneira mais assertiva e direcionada. A cidade de Santa Maria, que atende os pacientes da 4ª CRS, possui dois locais para esse atendimento: o Hospital Casa de Saúde e o Hospital Universitário de Santa Maria. Alguns hospitais em municípios vizinhos também realizam cirurgia de varizes. Estes hospitais, assim como o Casa de Saúde, são de média complexidade. Dessa forma, podem receber os pacientes de mesma complexidade que enviados ao HCS.

Então, os pacientes que iriam para a Casa de Saúde ou hospitais da região seriam os destinados à cirurgia de varizes de média complexidade. Esses seriam divididos em quatro prioridades:

1. Prioridade 0 (vermelha) - pacientes com úlcera cicatrizada por varizes (CEAP 5), coroa flebectásica (CEAP 4c), pacientes com histórico de complicações, como tromboflebite e varicorrágia, e dor que limita as atividades diárias do paciente com varizes primárias.
2. Prioridade 1 (amarela) - pacientes com alterações de pele, como dermatite ocre, eczema, atrofia branca e dermatolipoesclerose causadas por varizes (CEAP 4, 4a e 4b);
3. Prioridade 2 (verde) - pacientes com edema causado pelas varizes (CEAP 3);
4. Prioridade 3 (azul) - pacientes com o relato das varizes e veias varicosas recorrentes (CEAP 2 e 2r).

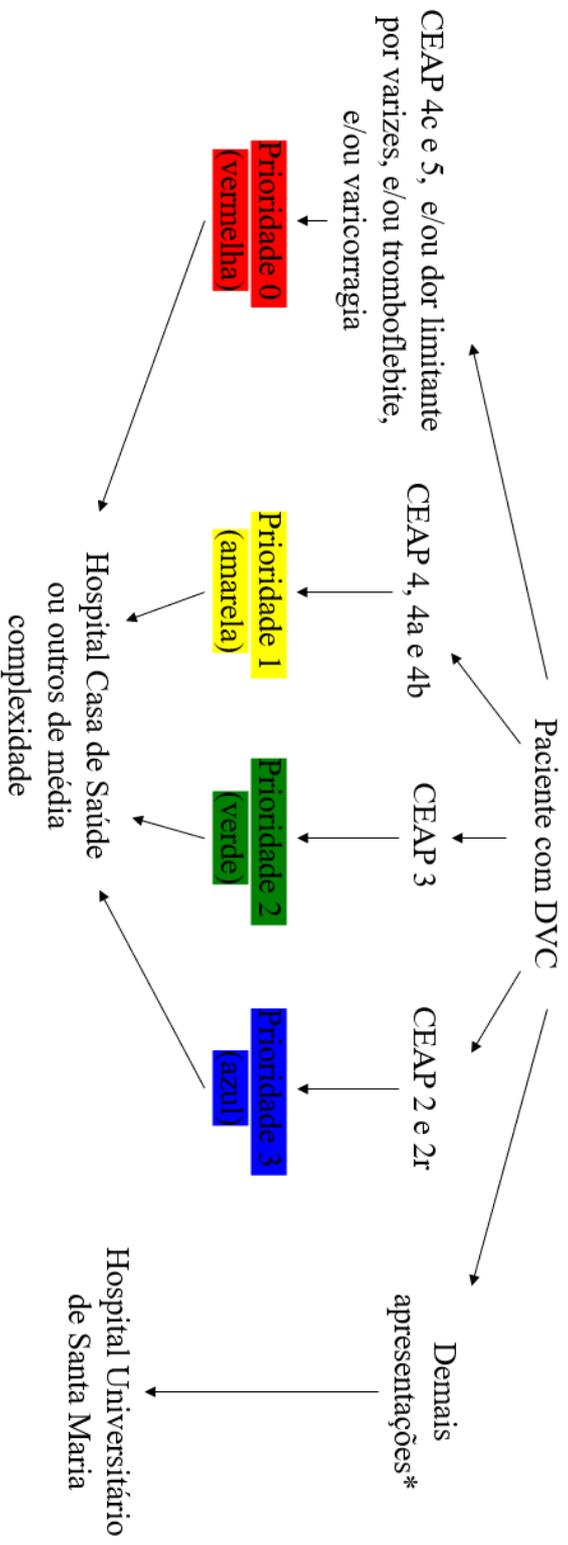
Ao Hospital Universitário, seriam destinados aqueles pacientes que, após avaliação, fossem diagnosticados com quadros complexos, com necessidades de intervenções maiores, ou que necessitem avaliação inicial especializada. São esses:

- Indivíduos com presença de úlcera venosa e/ou recorrente (CEAP 6 e 6r) ou úlcera mista;
- Pacientes portadores de múltiplas comorbidades e com varizes;
- Portadores da síndrome de May-Thurner;
- Pacientes com síndrome pós trombótica;
- Pacientes com edema sem história de varizes (linfedema);
- Pacientes com tromboflebite não associado a varizes;
- Indivíduos com diagnóstico de varizes pélvicas;
- Pacientes com CEAP 0 ou 1, que não necessitariam de cirurgia, para avaliação inicial.

## **6 MONITORIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO PÓS-TRATAMENTO**

Após realizado o tratamento em cada local, os pacientes seriam acompanhados e monitorizados nos serviços ambulatoriais dos locais onde foi realizado o procedimento. Ainda, de acordo com a resolução do quadro clínico, podem ser encaminhados para seguimento nas unidades básicas de saúde da região de moradia.

## FLUXOGRAMA



\*CEAP 0, 1, 6 e 6r, úlcera mista; pacientes portadores de múltiplas comorbidades e com varizes; síndrome de May-Turner ou síndrome pós-trombótica; presença de edema sem história de varizes (linfedema); tromboflebite não associado a varizes; e varizes pélvicas

## 7 FLUXOGRAMA

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHK, W. J. et al. **Relationship between prolonged standing and symptoms of varicose veins and nocturnal leg cramps among women and men.** Ergonomics Vol. 55, No. 2, 2012

BEEBE-DIMMER, J. L. et al. **The Epidemiology of Chronic Venous Insufficiency and Varicose Veins.** Vol 1 5. No 3. Nova York: Elsevier: 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre saúde.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nrrs.def>> Acesso em: 26 abr. 2020

BRASIL. Ministério da Economia. Secretaria de Previdência. **Auxílios-doença acidentários e previdenciários concedidos.** Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/dados-abertos/estatisticas/tabelas-cid-10/>>. Acesso em: 26 abr. 2020

BRITO, C. J.; MURILO, R e cols. **Cirurgia Vascular, Cirurgia Endovascular, Angiologia.** Revinter. 3ª. ed. Rio de Janeiro. 2014.

CARRIAZO, M. G. et. al. **Estudio de la insuficiencia venosa crónica mediante ecografía Doppler y realización de cartografía venosa.** Radiología. Espanha. 4 dez. 2015

CHWALAL, Maciej. et. al. **Varicose Veins of Lower Extremities, Hemodynamics and Treatment Methods.** Adv Clin Exp Med . Poland. 2015

DAVIES, H. Alun. **The Seriousness of Chronic Venous Disease: A Review of Real-World Evidence.** Adv Ther. London. 13 fev. 2019

DIKEN, Al. et. al. **Prevalence, presentation and occupational risk factors of chronic venous disease in nurses.** Phlebology. Vol. 31. 10 jan. 2016

EBERHARDT, R. T. RAFFETTO, J. D. **Chronic Venous Insufficiency.** Circulation. Dallas. 22 jul. 2014

KAHN, R. Susan. **The post-thrombotic syndrome.** The American Society of Hematology. Montreal. 2 dez. 2016

LABROPOULOS, Nicos. **How Does Chronic Venous Disease Progress from the First Symptoms to the Advanced Stages? A Review.** ” *Advances in therapy* vol. 36, Suppl 1. 13-19. 13 fev. 2019

LEAL, F. J. et al. **Tradução e adaptação cultural do Questionário Aberdeen para Veias Varicosas.** J. Vasc. Bras., Porto Alegre, v. 11, n. 1, mar. 2012

LINS, Esdras Marques et al. **Perfil epidemiológico de pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de varizes de membros inferiores.** J. vasc. bras., Porto Alegre, v. 11, n. 4, p. 301-304, Dec. 2012

LURIE, F. et al. **The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards.** J. Vasc. Surgery: Venous and Lymphatic Disorders, Toledo, v. 8, n. 3, mai. 2020

MOURA, R. M. F et al. **Correlação entre classificação clínica ceap e qualidade de vida na doença venosa crônica.** Revista. Brasileira de Fisioterapia, São Carlos, v. 14, n. 2, mar./apr. 2010.

PARTSCH, H. **Varicose veins and chronic venous insufficiency VASA.** Vienna, Volume 38, Nov. 2009

ROMERO, E. H. COLLADO, A. R. **Development of a Minimum Data Set Registry for Chronic Venous Insufficiency of the Lower Limbs** J. Clin. Med. Espanha. 24 out.2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E CIRURGIA VASCULAR. **Insuficiência venosa crônica: diagnóstico e tratamento.** 2015. Disponível em:< <https://sbacvsp.com.br/wp-content/uploads/2016/05/insuficiencia-venosa-cronica.pdf> > Acesso em: 30 abr. 2020

VASQUEZ, Michael et al. **Revision of the venous clinical severity score: Venous outcomes consensus statement: Special communication of the American Venous Forum Ad Hoc Outcomes Working Group.** Journal of Vascular Surgery. Nov. 2010

YOUN, J YOUNG AND LEE, JUYONG. **Chronic venous insufficiency and varicose veins of the lower extremities.** The Korean journal of internal medicine vol. 34,2. 2019