

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES
PORTADORES DE VARIZES NOS MEMBROS INFERIORES SUBMETIDOS
A TRATAMENTO CIRÚRGICO**

**IMPACT ASSESSMENT OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH LOWER
LIMB VARICOSE VEINS UNDERWENT SURGERY**

Ronaldo Campelo Dias Júnior¹

Pedro Alberto Livino da Silva²

Claudia Almeida Gameleira³

Mary Gleyce de Melo Gomes Falcão⁴

Fernanda Appolonio⁵

¹ Aluno do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde. Bolsista do Programa Institucional de Iniciação Científica (PIC FPS/IMIP).

² Aluno do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

³ Aluna do curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde.

⁴ Cirurgiã Vascular, ex-residente do serviço de Cirurgia Vascular do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

⁵ Médica e assistente, coordenadora do internato e vice-coordenadora da Residência Médica do Serviço de Cirurgia Vascular do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

Autor responsável pela correspondência:

Ronaldo Campelo Dias Júnior

Rua Prof Valdemar de Oliveira, 74, (Apto-506); Boa Viagem. Recife-PE.

CEP: 51021-240

Telefone: (87) 8838-6465

Email: ronaldocampelod.jr@gmail.com

Financiamento: Programa Institucional de Iniciação Científica (PIC FPS/IMIP).

Conflito de interesse: Não há.

RESUMO

As varizes dos membros inferiores representam uma das doenças mais prevalentes na população mundial. **Objetivos:** Avaliar e comparar a qualidade de vida antes e após o tratamento cirúrgico dos pacientes portadores de varizes dos membros inferiores atendidos no Serviço de Cirurgia Vascular do IMIP. **Método:** Foi realizado estudo descritivo-exploratório, com delineamento longitudinal e abordagem quantitativa onde foram entrevistados e avaliados 92 pacientes através do questionário VEINES QOL/SYM aplicado no pré-operatório e 60 dias após a cirurgia de varizes dos membros inferiores. Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com a faixa etária e a classificação clínica CEAP. **Resultados:** Foi encontrada diferença significativa entre os escores do VEINES QOL/SYM antes e após a cirurgia para os pacientes de faixa etária entre 30 e 40 anos. Não houve diferença entre os escores nos momentos pré e pós-operatório entre os grupos CEAP. **Conclusão:** Apesar de não ter sido encontrada diferença dos escores do VEINES-QOL/SYM antes e após a cirurgia na maior parte dos pacientes do presente estudo, sabe-se que a avaliação da qualidade de vida depende da interpretação que cada paciente faz dos sinais e sintomas de sua doença.

Palavras-chave: Qualidade de vida; Varizes; Insuficiência venosa; Tratamento cirúrgico

ABSTRACT

Varicose veins are one of the most prevalent diseases worldwide. Objectives: Evaluate and compare the quality of life before and after surgical treatment of patients with varicose veins operated on IMIP. Method: A descriptive exploratory study was performed with longitudinal design and quantitative approach. 92 patients were interviewed and evaluated by the VEINES QOL/SYM questionnaire. This questionnaire was applied preoperatively and 60 days after surgery for varicose veins. Patients were divided in groups according to age and CEAP clinical classification. Results: There was significant differences in VEINES QOL/SYM scores before and after surgery for patients aged between 30 and 40 years. However, this difference was not present for scores in pre and postoperative moments between CEAP groups. Conclusion: Although it was found no difference of VEINES QOL /SYM scores before and after surgery in the majority patients in this study, it is known that the evaluation of quality of life depends on the interpretation of each patient about the signs and symptoms of the disease.

Keywords: Quality of life; Varicose veins; Venous insufficiency; Surgical treatment

INTRODUÇÃO

A doença venosa crônica (DVC) é extremamente comum e tem incidência semelhante em todo o mundo; esse problema de saúde possui apresentações variáveis e pode afetar até 80% da população. A DVC é definida como uma disfunção no sistema venoso dos membros inferiores devido à hipertensão venosa causada por incompetência valvular e/ou obstrução do fluxo venoso. As varizes dos membros inferiores, uma das formas de apresentação da DVC, possuem incidência variável entre 20 e 64% ^(1,2).

As varizes dos membros inferiores constituem uma das doenças mais prevalentes na população em geral, com estimativa de que a cada cinco mulheres uma é acometida; nos homens essa proporção é de um para quinze (1:15). Além de causar deformidade estética, a doença pode ser incapacitante por provocar complicações e sequelas graves além de reduzir muito a qualidade de vida dos portadores da mesma ⁽³⁾.

A DVC é caracterizada pela presença de veias tortuosas, alongadas e com diâmetro aumentado nos membros inferiores. É uma doença de caráter crônico que geralmente se inicia com um problema estético e pode evoluir para um problema funcional no membro acometido ⁽⁴⁾. Estudos epidemiológicos mostram que as varizes são geralmente bilaterais e quando unilaterais, não existe diferença na frequência de ocorrência entre a perna direita e esquerda ⁽⁵⁾.

Apresentando uma prevalência aproximada de 37,9% na população geral, no Brasil estima-se que cerca de 35% das pessoas acima de 15 anos são portadores de doença varicosa. Esse número aumenta com a idade: na faixa etária de 30 a 40 anos, a doença acomete 3% dos homens e 20% das mulheres; aos 70 anos de idade, 70% dos indivíduos de ambos os sexos apresentam algum tipo de varizes ^(4,5).

As varizes primárias ou essenciais dos membros inferiores são aquelas relacionadas com alterações na parede vascular com modificação na estrutura do colágeno e/ou elastina, apresentando incompetência valvar localizada ou segmentar e presença de fístulas arteriovenosas ao nível da microcirculação ⁽⁶⁾. Já as varizes secundárias estão relacionadas com a síndrome pós-trombótica ⁽⁷⁾, com a gravidez, com fístulas arteriovenosas traumáticas, com angiodisplasias e compressões extrínsecas ⁽⁸⁾. Dentre os principais fatores predisponentes para o surgimento de varizes, o hereditário é o mais importante. Fatores desencadeantes do aparecimento e da progressão das varizes de membros inferiores são: obesidade, sedentarismo, calor ambiente, ortostatismo prolongado, hormonioterapia, gestação, entre outros ⁽⁴⁾.

As manifestações clínicas decorrentes da DVC são classificadas por um sistema proposto em 1995, o CEAP. Este sistema é baseado na clínica (C), etiologia (E), anatomia (A) e fisiopatologia (P) envolvidas com a doença e vem sendo utilizado em inúmeras investigações vasculares não só para classificar a apresentação clínica como também para avaliar a evolução da severidade da DVC ^(6,9). De acordo com essa classificação, os sinais clínicos são divididos em sete classes: C0 – sinias de doença venosa não-visíveis e não-palpáveis; C1 - telangiectasias e/ou veias reticulares; C2 - veias varicosas; C3 – edema; C4 – alterações de pele e tecido subcutâneo (hiperpigmentação, eczema, lipodermatoesclerose ou atrofia branca), C5 – alterações de pele com úlcera cicatrizada e C6 – alterações de pele com úlcera ativa ⁽¹⁰⁾.

Estas manifestações clínicas associadas ou não a sintomas como dor, câibras, prurido e sensação de pernas pesadas e queimação são frequentemente associadas a limitações das atividades diárias e do desempenho funcional, além de alterações psicológicas e mudanças na percepção do estado de saúde. Devido a essas repercussões, a qualidade de vida (QV) relatada pelo paciente é um componente

importante no resultado da avaliação da doença, particularmente com as mudanças na gravidade da doença ao longo do tempo ^(9,11).

Como ferramenta para se avaliar a QV de pacientes portadores de varizes nos membros inferiores, questionários podem empregados antes e após o tratamento a eles empregado.

Dentre os diversos questionários para avaliação de QV, o VEINES-QOL/Sym consiste em um questionário específico, autoaplicável, com 26 itens relacionados aos sintomas, desempenho das atividades de vida diária, horário do dia que os sintomas são mais intensos, alterações ocorridas com relação à doença no último ano e ao impacto psicológico da mesma. Este questionário produz dois escores, sendo um relacionado à estimativa do impacto da DVC na qualidade de vida, que é o VEINES-QOL, e outro relacionado aos sintomas decorrentes da DVC, o VEINES-Sym. Quanto mais alto o escore, melhor é a qualidade de vida do paciente ^(12, 13). É descrito que esse instrumento apresenta boas propriedades clinimétricas além de uma metodologia objetiva, não-onerosa, praticável em qualquer recinto, e que pode completar a avaliação clínica convencional ⁽¹⁰⁻¹³⁾.

Uma das modalidades de tratamento para a DVC é a cirurgia. A cirurgia de varizes de membros inferiores é um dos tratamentos mais utilizados devido à sua eficácia, tendo em vista a satisfação do paciente, incluindo a resolução dos sintomas e a melhora funcional e estética ⁽⁶⁾. O tratamento cirúrgico é indicado a pacientes de classificação C2 ou maior. Apesar de ser um tratamento consagrado para a DVC, existem poucos estudos avaliando a influência na QV dos pacientes submetidos a este tipo de tratamento.

Diante do exposto, o objetivo desta pesquisa foi avaliar o impacto na QV dos pacientes portadores de varizes dos membros inferiores submetidos a tratamento cirúrgico.

MÉTODOS

Foi realizado estudo descritivo-exploratório, com delineamento longitudinal e abordagem quantitativa em pacientes provenientes do Serviço de Cirurgia Vascular do IMIP (Recife/PE). A pesquisa foi realizada entre dezembro de 2013 e julho de 2014. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP, sob parecer nº. 3946-14. Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido após receberem informações sobre o estudo (Anexo I).

Foram avaliados pacientes submetidos a tratamento cirúrgico de varizes de membros inferiores. A cirurgia de varizes foi indicada por um dos médicos especialistas da equipe de Cirurgia Vascular do serviço após avaliação clínica e radiológica.

Foram incluídos pacientes sem restrição quanto ao sexo, com idade superior ou igual a 18 anos, e portadores de varizes de membros inferiores, de qualquer etiologia, de classes C2 a C6 da classificação CEAP. Os indivíduos portadores de doença arterial periférica foram excluídos do estudo, assim como aqueles portadores de doenças crônicas descompensadas e aqueles que tiveram parecer cardiológico pré-operatório negativo para a realização do procedimento operatório.

Foram coletados alguns dados demográficos inicialmente e, em seguida, os pacientes foram examinados em posição ortostática por um examinador capacitado que, após a inspeção, classificou os membros inferiores de acordo com a gravidade da DVC, utilizando a classificação clínica CEAP. Quando o paciente era portador de DVC nos dois membros inferiores, foi considerado o de maior escore do CEAP. O questionário VEINES-QOL/Sym (Anexo II) foi aplicado na forma de entrevista, por entrevistador devidamente treinado, previamente ao procedimento cirúrgico e após pelo menos 60 dias da cirurgia.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Inicialmente todas as variáveis foram analisadas descritivamente. Para as variáveis quantitativas esta análise foi feita através da observação dos valores mínimos e máximos, e do cálculo de médias, desvios-padrão e mediana. Para as variáveis qualitativas calculou-se frequências absolutas e relativas.

A normalidade dos dados foi testada através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para a comparação dos momentos pré e pós operatório foi utilizado o teste não-paramétrico de Wilcoxon, pois a suposição de normalidade dos dados foi rejeitada.

Para a comparação de dois grupos foi utilizado o teste não-paramétrico de Mann-Whitney . Para a comparação de três ou mais grupos foi utilizado o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis.

O nível de significância utilizado para os testes foi de 5%.

RESULTADOS

Foram avaliados 92 pacientes com idade entre 22 e 71 anos ($45,71 \pm 12,11$ anos; mediana de 43,50 anos). Setenta e seis (82,6%) pacientes eram do sexo feminino. Na figura 1 apresentamos a distribuição de frequências dos 92 pacientes segundo a faixa etária.

Na figura 2 apresentamos gráfico com a distribuição de frequências dos pacientes segundo a gravidade do quadro clínico.

Os pacientes foram avaliados quanto à qualidade de vida através do questionário VEINES-QOL/Sym nos momentos pré e pós operatório. Na tabela 1 apresentamos os valores descritivos dos escores nos dois momentos de avaliação. Observamos que os pacientes não apresentam alteração significativa da qualidade de vida do momento pré para o momento pós-operatório.

Nas tabelas 2 e 3 apresentamos a comparação das faixas etárias em relação aos escores nos momentos pré e pós-operatório.

Na tabela 2 observamos que na faixa etária de 30 a 40 anos há um acréscimo significativo do escore, representando uma melhora da qualidade de vida nesses pacientes; enquanto que nas demais faixas não há alteração estatisticamente significativa dos escores dos momentos pré e pós-operatórios. Através do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis observamos que os grupos de idade não apresentam diferença significativa no momento pré ($p=0,269$) e momento pós-operatório ($p=0,578$).

Na tabela 3 observamos que na faixa etária de 30 a 40 anos há um acréscimo significativo do escore no pós-operatório e nas demais faixas não há alteração significativa. Através do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis observamos que os

grupos de idade não apresentam diferença significativa no momento pré-operatório ($p=0,131$) e momento pós-operatório ($p=0,302$).

Nas tabelas 4 e 5 apresentamos a comparação dos grupos de gravidade do quadro clínico em relação aos escores antes e após a cirurgia. Os pacientes com classificação C6 foram excluídos dessa análise devido ao n reduzido ($n=2$).

Na tabela 4 observamos que não há alteração estatisticamente significativa dos escores do VEINES-Sym do momento pré para o momento pós-operatório nos grupos de CEAP. Através do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis observamos que os grupos de CEAP não apresentam diferença significativa no momento pré ($p=0,626$) e no momento pós-operatório ($p=0,406$).

Na tabela 5 observamos que não há alteração significativa dos escores do VEINES-QOL antes e depois da cirurgia nos grupos de CEAP. Através do teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis observamos que os grupos de CEAP não apresentam diferença significativa no momento pré ($p=0,843$) e momento pós operatório ($p=0,400$).

DISCUSSÃO

As informações sobre QV são utilizadas tanto como indicadores para avaliação da eficácia e impacto de determinados tratamentos quanto na comparação entre procedimentos para controle de determinadas doenças. A avaliação da QV na prática clínica é uma ferramenta importante, particularmente como uma variável de desfecho capaz de verificar o impacto da doença e de seu tratamento na vida do indivíduo ^(14,15).

Para a avaliação da QV em pacientes portadores de varizes de membros inferiores são disponíveis diversos questionários, tanto genéricos (SF-36, NHP, SF-12, entre outros) como específicos para a DVC. Entre os questionários específicos, podem ser citados: Charing Cross Venous Questionnaire (CXVUQ); Aberdeen Varicose Vein Questionnaire (AVVQ), Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study (VEINES), Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ). O SF-36 é muito utilizado em pesquisas que envolvem avaliação de QV na DVC. Apesar de instrumentos genéricos (como o SF-36) refletirem o impacto das doenças sobre aspectos gerais da saúde e terem a vantagem de permitir comparação de indivíduos com diferentes doenças, eles são menos sensíveis para explorar os efeitos específicos da doença na QV. O VEINES, na versão original, apresenta boas propriedades clinimétricas além de uma metodologia objetiva, não-onerosa, praticável em qualquer recinto, que completa a avaliação clínica convencional ^(13,16,17).

A avaliação da QV necessita disponibilidade de medidas quantificáveis reproduzíveis do impacto funcional, psicológico e social da doença avaliada. O VEINES-QOL/SYM avalia os sintomas, o desempenho nas atividades de vida diário e o impacto psicológico da DVC, o que justifica a escolha do uso desse questionário neste estudo.

Quando comparamos os resultados obtidos com a literatura disponível, foi possível confirmar a maior incidência da doença varicosa no sexo feminino, sendo que do total da amostra, 82,6% eram mulheres. É válido ressaltar que o sexo feminino é descrito como um dos fatores de risco para doença venosa crônica^(4,18,19).

A análise dos resultados com relação à idade dos pacientes apresentou uma média de $45,71 \pm 12,11$ anos, o que justifica a elevada porcentagem de pacientes de classificação clínica C2 do CEAP (57,6%), uma vez que vários estudos tem evidenciado que prevalência da DVC aumenta com a idade, sobretudo nas formas mais graves (CEAP 4,5 e 6)^(14,15,20). No Brasil, em estudo de Maffei et al.⁵, foi observado o aumento da prevalência da DVC, principalmente as formas mais graves da doença, nos grupos de indivíduos com idade superior a 50 anos.

Na avaliação dos valores descritivos dos escores do total de pacientes antes e depois do procedimento cirúrgico não foi observada alteração significativa da qualidade de vida, resultado já descrito previamente por Blomgren et al. em 2006, quando apresentou um estudo prospectivo randomizado em que os escores de qualidade de vida após uma intervenção cirúrgica não apresentaram melhora significativa durante um período de observação de dois anos⁽²¹⁾.

Devido a maior parte dos pacientes deste estudo ter sido classificada como C2, pode ser levantada a hipótese de que a ausência de alteração significativa dos escores após a cirurgia deve-se ao fato desses pacientes apresentarem menor comprometimento venoso, com menor intensidade de sintomas e também menor interferência dos mesmos na qualidade de vida desses indivíduos.

Vários autores demonstraram a existência de uma relação direta entre a gravidade da DVC e QV, sobretudo em relação aos aspectos físicos e

funcionais^(9,22,12,23). Esses estudos apontaram que indivíduos com maior comprometimento venoso (CEAP 4, 5 e 6) tendem a apresentar menores escores.

Quando os pacientes foram avaliados segundo a faixa etária, os mais jovens (entre 22 e 40 anos) apresentaram as médias dos escores mais elevadas no pós-operatório, e nos indivíduos entre 30 e 40 anos foi observado aumento estatisticamente significativo, o que representa uma melhora da qualidade de vida neste grupo após o procedimento cirúrgico. Uma das hipóteses para tal resultado é a menor incidência de outras doenças associadas nos pacientes dessa faixa etária, e que indivíduos com mais idade frequentemente apresentam outros problemas que podem resultar em sintomas nos membros inferiores, influenciando negativamente na qualidade de vida. Talvez esse tenha sido um viés deste estudo: pacientes com osteoartrose e/ou artrite de joelhos, quadril e tornozelo deveriam ter sido excluídos, assim como aqueles portadores de linfedema.

Quando os pacientes foram avaliados em grupos de acordo com a classificação clínica do CEAP nos momentos pré e pós-operatório, o grupo de pacientes de menor comprometimento clínico (C2 e C3) apresentou médias dos escores mais elevadas após a cirurgia, porém sem significância estatística. Não houve diferença significativa entre os escores dos grupos antes da cirurgia assim como após o procedimento.

É descrita a dificuldade em estudar DVC e QL devido à discrepância entre os sintomas do paciente, os achados clínicos, e os resultados da ultrassonografia com doppler⁽²²⁻²⁵⁾. Na prática clínica é comum encontrarmos pacientes com DVC de mesma classificação clínica, mas que apresentam limitações físicas, funcionais e sociais distintas^(25,26). A avaliação da qualidade de vida depende da interpretação que cada

paciente faz dos sinais e sintomas de sua doença e está intimamente relacionada à percepção subjetiva de suas condições de vida. O mesmo quadro clínico para indivíduos diferentes pode resultar em perdas funcionais distintas, assim como ter relevâncias emocionais e sociais distintas.

CONCLUSÃO

Não houve diferença dos escores do VEINES-Sym/QOL antes e após a cirurgia, exceto nos pacientes da faixa etária entre 30 e 40 anos. Não houve diferença entre os escores nos momentos pré e pós-operatório mesmo quando os pacientes foram divididos de acordo com a classificação clínica CEAP.

Páginas de Ilustrações

Figura 1

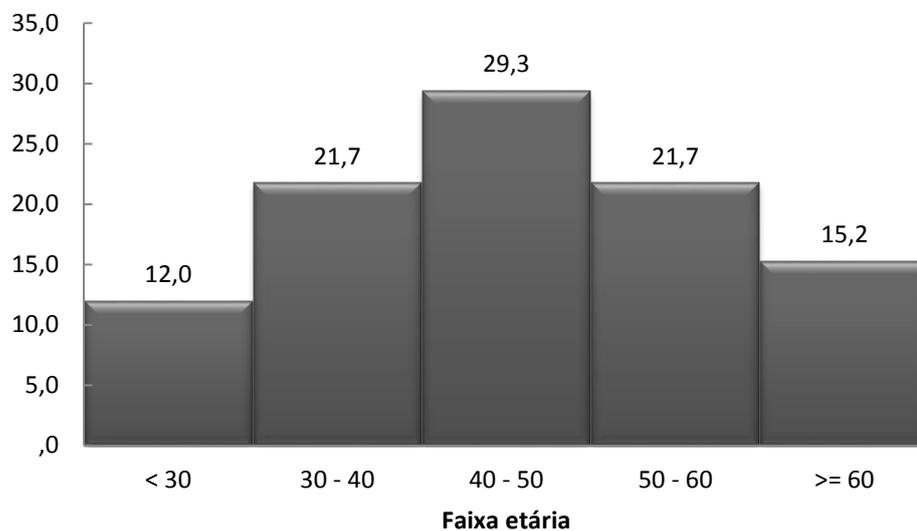


Figura 2

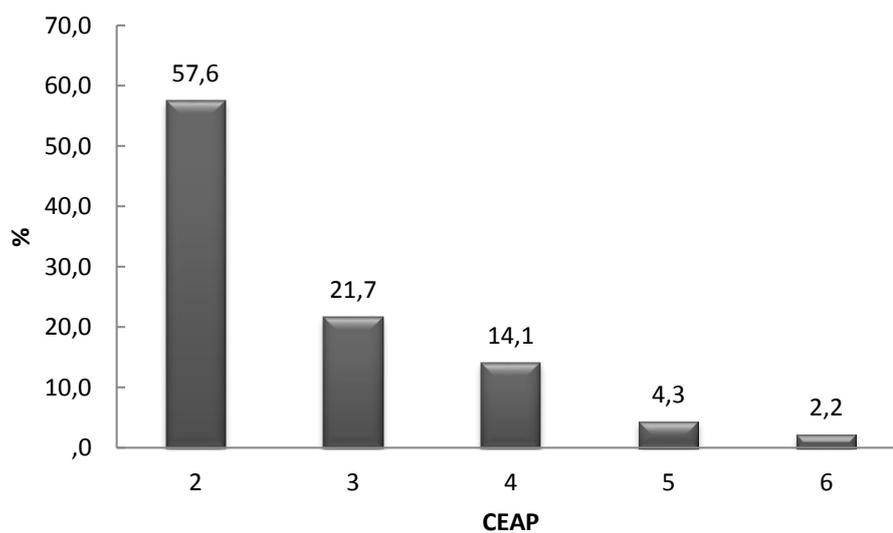


Tabela 1

| Variável | Momento | n | Média | dp | Mínimo | Máximo | P25 | Mediana | P75 | p* |
|----------|---------|----|-------|-------|--------|--------|-------|---------|-------|-------|
| Sym | Pré | 92 | 50,00 | 10,00 | 29,60 | 71,25 | 42,01 | 49,71 | 58,47 | 0,678 |
| | Pós | 92 | 50,42 | 9,92 | 15,85 | 61,20 | 47,44 | 53,45 | 57,22 | |
| QOL | Pré | 92 | 50,00 | 10,00 | 31,75 | 72,28 | 41,58 | 48,70 | 56,81 | 0,809 |
| | Pós | 92 | 50,07 | 10,04 | 15,57 | 61,29 | 46,54 | 53,37 | 56,65 | |

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Wilcoxon.

Tabela 2

| Idade | Momento | n | Média | dp | Mínimo | Máximo | P25 | Mediana | P75 | p* |
|---------|---------|----|-------|-------|--------|--------|-------|---------|-------|--------------|
| < 30 | Pré | 11 | 48,30 | 8,37 | 33,76 | 62,63 | 41,82 | 48,62 | 53,01 | 0,534 |
| | Pós | 11 | 50,69 | 8,67 | 36,51 | 59,70 | 42,19 | 53,07 | 58,53 | |
| 30 - 40 | Pré | 20 | 47,53 | 6,32 | 37,69 | 64,36 | 43,31 | 46,35 | 49,58 | 0,025 |
| | Pós | 20 | 51,85 | 7,06 | 27,10 | 59,70 | 49,39 | 52,49 | 56,01 | |
| 40 - 50 | Pré | 27 | 52,75 | 10,99 | 35,60 | 73,05 | 43,51 | 54,36 | 60,25 | 0,597 |
| | Pós | 27 | 50,92 | 9,74 | 23,43 | 59,70 | 46,42 | 54,97 | 58,57 | |
| 50 - 60 | Pré | 20 | 52,38 | 12,29 | 30,22 | 70,97 | 42,68 | 53,45 | 63,65 | 0,296 |
| | Pós | 20 | 49,61 | 10,92 | 21,63 | 59,70 | 46,02 | 51,26 | 59,25 | |
| ≥ 60 | Pré | 14 | 46,16 | 8,57 | 33,29 | 60,23 | 37,90 | 47,52 | 53,36 | 0,925 |
| | Pós | 14 | 45,58 | 13,28 | 13,09 | 57,91 | 41,27 | 51,19 | 52,77 | |

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Wilcoxon.

Tabela 3

| Idade | Momento | n | Média | dp | Mínimo | Máximo | P25 | Mediana | P75 | p* |
|---------|---------|----|-------|-------|--------|--------|-------|---------|-------|--------------|
| < 30 | Pré | 11 | 49,61 | 8,56 | 38,41 | 62,52 | 44,21 | 45,29 | 60,34 | 0,477 |
| | Pós | 11 | 50,73 | 6,32 | 40,95 | 58,40 | 44,62 | 50,25 | 56,75 | |
| 30 - 40 | Pré | 20 | 47,17 | 6,64 | 36,05 | 60,09 | 41,50 | 47,28 | 52,34 | 0,048 |
| | Pós | 20 | 51,96 | 8,81 | 18,86 | 59,90 | 49,99 | 54,04 | 56,73 | |
| 40 - 50 | Pré | 27 | 53,02 | 11,66 | 31,95 | 74,10 | 41,16 | 52,69 | 62,19 | 0,337 |
| | Pós | 27 | 50,89 | 9,33 | 19,07 | 59,93 | 48,03 | 52,25 | 57,65 | |
| 50 - 60 | Pré | 20 | 52,24 | 11,57 | 34,54 | 73,26 | 40,55 | 52,31 | 60,17 | 0,455 |
| | Pós | 20 | 50,14 | 10,72 | 20,36 | 59,93 | 48,01 | 52,86 | 57,00 | |
| >= 60 | Pré | 14 | 45,32 | 7,00 | 35,25 | 55,59 | 39,22 | 46,20 | 52,52 | 0,975 |
| | Pós | 14 | 44,72 | 13,25 | 10,11 | 56,82 | 38,26 | 47,98 | 56,06 | |

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Wilcoxon.

Tabela 4

| CEAP | Momento | n | Média | dp | Mínimo | Máximo | P25 | Mediana | P75 | p* |
|------|---------|----|-------|-------|--------|--------|-------|---------|-------|-------|
| 2 | Pré | 53 | 50,66 | 9,85 | 30,22 | 73,05 | 43,63 | 48,53 | 58,90 | 0,403 |
| | Pós | 53 | 51,38 | 8,76 | 21,63 | 59,70 | 48,39 | 52,94 | 58,22 | |
| 3 | Pré | 20 | 47,55 | 10,55 | 33,29 | 67,22 | 38,05 | 47,39 | 53,85 | 0,970 |
| | Pós | 20 | 47,75 | 12,02 | 21,55 | 59,70 | 37,93 | 50,80 | 57,95 | |
| 4 | Pré | 13 | 50,10 | 8,75 | 38,07 | 65,94 | 43,05 | 51,13 | 54,98 | 0,807 |
| | Pós | 13 | 50,06 | 6,84 | 35,06 | 59,70 | 46,67 | 51,88 | 54,08 | |
| 5 | Pré | 4 | 48,32 | 15,06 | 35,16 | 69,88 | 36,93 | 44,12 | 63,91 | 0,465 |
| | Pós | 4 | 40,21 | 19,60 | 13,09 | 59,70 | 20,34 | 44,03 | 56,27 | |

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Wilcoxon.

Tabela 5

| CEAP | Momento | n | Média | dp | Mínimo | Máximo | P25 | Mediana | P75 | p* |
|-------------|----------------|----------|--------------|-----------|---------------|---------------|------------|----------------|------------|-----------|
| 2 | Pré | 50,43 | 9,98 | 31,95 | 73,26 | 42,26 | 49,85 | 57,72 | 50,43 | 0,418 |
| | Pós | 51,14 | 9,14 | 18,86 | 59,93 | 49,42 | 52,68 | 56,84 | 51,14 | |
| 3 | Pré | 49,06 | 9,44 | 37,49 | 67,66 | 40,38 | 47,02 | 58,56 | 49,06 | 0,823 |
| | Pós | 50,10 | 9,81 | 20,36 | 59,62 | 43,31 | 53,03 | 57,50 | 50,10 | |
| 4 | Pré | 48,06 | 9,74 | 34,54 | 68,79 | 38,52 | 48,52 | 54,31 | 48,06 | 0,972 |
| | Pós | 48,43 | 8,99 | 30,18 | 58,24 | 41,39 | 50,09 | 56,38 | 48,43 | |
| 5 | Pré | 50,77 | 15,98 | 39,01 | 74,10 | 39,80 | 44,98 | 67,53 | 50,77 | 0,273 |
| | Pós | 39,39 | 21,05 | 10,11 | 58,41 | 17,37 | 44,53 | 56,28 | 39,39 | |

(*) nível descritivo de probabilidade do teste não-paramétrico de Wilcoxon.

Página da Legenda

Figura 1: Distribuição de frequências pacientes estudados, segundo a faixa etária.

Figura 2: Distribuição de frequências dos pacientes estudados, segundo a gravidade do quadro clínico (classificação CEAP).

Tabela 1: Valores descritivos do VEINES-Sym e VEINES-QOL, nos momentos de aplicação do questionário.

Tabela 2: Valores descritivos do VEINES-Sym, nos momentos pré e pós-operatório, segundo a faixa etária.

Tabela 3: Valores descritivos do VEINES-QOL, nos momentos pré e pós-operatório, segundo a faixa etária.

Tabela 4: Valores descritivos do VEINES-Sym, nos momentos pré e pós-operatório, segundo a gravidade do quadro clínico.

Tabela 5: Valores descritivos do VEINES-QOL, nos momentos pré e pós operatório, segundo a gravidade do quadro clínico.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem ao Programa Institucional de Iniciação Científica (PIC FPS/IMIP) pelo apoio financeiro e incentivo à pesquisa realizada, assim como aos pacientes que concordaram em colaborar cedendo os dados necessários à realização desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Onida S, Lane TRA, Davies AH. Varicose veins and their management. *J Vasc Surg.* 2013; 31: 211-217.
2. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, *et al.* The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins. *Ann Epidemiol.* 2005; 15: 175-84.
3. Aun R, Puech-Leão P. Fundamentos da cirurgia vascular e angiologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2002. 127-46.
4. Maffei FHA. Varizes dos membros inferiores: epidemiologia, etiopatogenia e fisiopatologia. In: Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. Doenças vasculares periféricas. Rio de Janeiro: Medsi. 1995. 939-949.
5. 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.
6. Johnson Jr G, Rutherford RB. Varicose veins: patients selection and treatment. Rutherford RB, editor. *Vascular Surgery.* Philadelphia: WB Saunders. 1995. 2033.
7. Hanrahan LM, Araki CA, Rodriguez AA, Kechejian GJ, LaMorte WW, Menzoian JO. Distribution of valvular incompetence in patients with venous stasis ulceration. *J Vasc Surg.* 1991;13: 805-12.
8. Mello NA. Síndrome das Varizes. Síndromes vasculares. São Paulo: Byk: 1999. 265-294.
9. Kahn SR, M'lan CE, Lamping DL, Kurz X, Bérard A, Abenhaim LA. Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: Results from an international cohort study. *J Vasc Surg.* 2004; 39: 823-828.
10. Leal FJ, Couto RC, Pitta GBB, Leite PTF, Costa LM, Higino WJF, Sousa MSC. Tradução e adaptação cultural do Questionário Aberdeen para Veias Varicosas. *J Vasc Bras.* 2012; 11: 34-42.
11. McDaniel MD, Nehler MR, Santilli SM, Hiatt WR, Regensteiner JG, Goldstone J, McCarthy WJ, White JV. Extended outcome assessment in the care of vascular diseases: revising the paradigm for the 21st century. *J Vasc Surg.* 2000; 32: 1239-1250.
12. Lamping DL, Schroter S, Kurz X, Kahn SR, Abenhaim L. Evaluation of outcomes in chronic venous disorders of leg: development of a scientifically rigorous, patient-reported measure of symptoms and quality of life. *J Vasc Surg.* 2003; 37: 410-419.

13. Moura RMF, Gonçalves GS, Navarro TP, Britto RR, Dias RC. Adaptação transcultural do questionário VEINES/QOL-SYM: avaliação da qualidade de vida e sintomas na doença venosa crônica. *J Vasc Bras.* 2011; 10: 17-23.
14. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ.* 2001; 322:1297-1300.
15. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:580-588.
16. Van Korlaar I, Vossen C, Rosendaal F, Cameron L, Bovil E, Kaptein A. Quality of life in venous disease. *Thromb Haemost.* 2003; 90: 27-35.
17. Kaplan R M, Criqui M, Denenberg JO, Bergan J, Fronck A. Quality of life in patients with chronic venous disease San Diego population study. *J Vasc Surg.* 2003; 37:1047-1053.
18. Beebe-Dimmer JL, Pfeifer JR, Engle JS, Schottenfeld, D. The Epidemiology of Chronic Venous Insufficiency and Varicose Veins. *Ann Epidemiol.* 2005; 15: 175-184.
19. Abbade LPF, Lastória S, Rollo HA, Stolf, HO. A sociodemographic, clinical, study of patients with venous ulcer. *Int J Dermatol.* 2005; 44: 989-992.
20. Bergan JJ, Schmid-Schonbein GW, Smith PD, Nicolaidis NA, Boisseau MR, Eklof B. Chronic venous disease. *N Eng J Med.* 2006; 355:488-498.
21. Blomgren L, Johansson G, Bergqvist D. Quality of life after surgery for varicose veins and the impact of preoperative duplex: results based on a randomized Trial. *Ann Vasc Surg.* 2006; 20:30-34.
22. Lamping DL. Measuring health-related quality of life in venous disease: practical and scientific considerations. *Angiology.* 1997; 48: 51-57.
23. Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, Baccaglini U, Zuccarelli F, Spreafico G, Abenhaim L; VEINES Study Group. Do varicose veins affect quality of life? Results of an international population-based study. *J Vasc Surg.* 2001; 34:641-648.
24. Bradburry A, Evans C, Allan P, Lee A, Ruckley CV, Fowkes FGR. What are the symptoms of varicose veins? Edinburgh vein study cross sectional population survey. *BMJ* 1999; 318:353-356.

25. Saarinen J, Heikkinen M, Suominen V, Virkkunen J, Zeitlin R, Rasku K, Saaristo R, Vainio J, Nordback I, Salenius J-P. Symptoms, clinical disability scores and reflux in complicated and uncomplicated primary varicose veins. *Phlebology* 2003; 18:73-77.
26. Campbell WB, Decaluwe H, Boecxstaens V, Macintyre JA, Walker N, Thompson JF, Cowan AR. The symptoms of varicose veins: difficult to determine and difficult to study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2007; 34:741-744.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

a. TÍTULO:

“Avaliação do impacto na qualidade de vida de pacientes portadores de varizes nos membros inferiores submetidos a tratamento cirúrgico”

b. PESQUISADOR ORIENTADOR:

Fernanda Appolonio

Pós-graduanda (Doutorado) pela Clínica Cirúrgica – LIM 26 (Laboratório de Pesquisa em Cirurgia Experimental) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – FMUSP

Especialista em Cirurgia Vascular pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Vascular
Tutora do Laboratório de Procedimentos do Curso de Medicina da Faculdade Pernambucana de Saúde

Medica assistente, coordenadora do internato e vice-coordenadora da residência médica do Serviço de Cirurgia Vascular do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Telefone: (81) 2122-4100, ramal 4836

E-mail: fappolonio@yahoo.com

c. DEMAIS PESQUISADORES

1. Ronaldo Campelo Dias Júnior – Tel.: (87) 8838-6465
2. Pedro Alberto Livino da Silva – Tel.: (81) 9755-0228

3. Claudia Almeida Gameleira – Tel.: (81) 9721-5040
4. Mary Gleyce de Melo Gomes Falcão – Tel.: (81) 2122-4100, ramal 4836

d. INFORMAÇÕES GERAIS

O estudo será realizado no Ambulatório e Enfermaria de Cirurgia Vascular do IMIP no período de outubro de 2013 a setembro de 2014 e tem como objetivo avaliar a melhora na qualidade de vida de pacientes com varizes nas pernas que fizeram cirurgia.

A coleta de dados será feita pelo pesquisador através de um questionário aplicado no agendamento da cirurgia ou no momento do internamento. O mesmo questionário será aplicado novamente após pelo menos 60 dias da cirurgia. Não haverá risco em sua participação neste estudo e seus dados serão guardados em sigilo absoluto.

Quaisquer dúvidas relativas à pesquisa poderão ser esclarecidas pelos pesquisadores através dos telefones acima ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

2. CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador(a) _____, sobre a finalidade da pesquisa ***“Avaliação do impacto na qualidade de vida de pacientes portadores de varizes nos membros inferiores submetidos a tratamento cirúrgico”*** e estou perfeitamente consciente de que:

- Concordei em participar, sem que me fosse feita qualquer pressão;
- Continuarei sendo atendido(a) no IMIP e dispondo de toda a atenção devida no Ambulatório de Cirurgia Vascular do IMIP, independente da minha participação na pesquisa;
- Tenho a garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa;
- Estou ciente de estar participando de um estudo de observação, não havendo qualquer interferência na conduta médica adotada;
- Estou seguro(a) de que não serei identificado(a) e que será mantido caráter confidencial da informação relacionada com minha privacidade;
- Poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.

Recife, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Testemunha

ANEXO II: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
Programa de Iniciação Científica – PIC FPS/IMIP

“Avaliação do impacto na qualidade de vida de pacientes portadores de varizes nos membros inferiores submetidos a tratamento cirúrgico”

Data da coleta: ___/___/_____ Hora: _____

Pesquisador: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

a. Número identificador do paciente entrevistado: _____

b. Idade: _____

c. Sexo: ()M ()F

d. Profissão: _____

e. Classificação CEAP : _____

f. Naturalidade: _____

g. Procedência: _____

h. Telefone: _____

Questionário VEINES-QOL/SYM, versão Português, Brasil.

Este questionário inclui perguntas sobre a sua saúde em geral e sobre seu problema na perna, assim como perguntas sobre sua vida e atividades cotidianas. Levará aproximadamente dez minutos para completar. Suas respostas são confidenciais. Abaixo, estão algumas perguntas sobre sua opinião sobre suas pernas. Essa informação ajudará a acompanhar como você se sente e o quão bem você é capaz de realizar suas atividades cotidianas.

| 1. Durante as quatro últimas semanas, com que frequência você tem tido qualquer um dos seguintes problemas na perna? (Marque um quadrado em cada linha) | | | | | |
|--|---------------|--|------------------------------------|-----------------------------|-------|
| | Todos os dias | Várias vezes por semana | Aproximadamente uma vez por semana | Menos de uma vez por semana | Nunca |
| 1. Pernas Pesadas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Pernas doloridas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Inchaço | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Cãimbras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sensação de calor ou queimação | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Pernas inquietas ("Não acho posição confortável) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Latejamento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Coceira | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Sensação de Formigamento (ex.: espetadas e agulhadas) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Em qual momento do dia seu problema na perna é mais intenso? (Marque uma opção) | | | | | |
| 1. Ao acordar | | 4. Durante à noite | | | |
| 2. Ao meio dia | | 5. A qualquer momento do dia | | | |
| 3. Ao final do dia | | 6. Nunca | | | |
| 3. Comparado há um ano, como você classificaria seu problema nas pernas em geral? | | | | | |
| 1. Muito melhor agora | | 4. Um pouco pior agora | | | |
| 2. Um pouco melhor agora | | 5. Muito pior agora | | | |
| 3. Praticamente igual há um ano | | 6. Não havia nenhum problema há um ano | | | |

| 4. Os itens seguintes são sobre atividades que você provavelmente faz em um dia típico. O seu problema na perna o limita nessas atividades atualmente? Caso afirmativo, quanto? (Marque um quadrado em cada linha). | | | | |
|--|------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| | Eu não trabalho | Sim, limita muito | Sim, limita pouco | Não limita nada. |
| Atividades diárias no trabalho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Atividades diárias em sua casa (p. ex. serviços domésticos, passar roupas, pequenos concertos, tarefas rotineiras, jardinagens...) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Atividades sociais ou de lazer nas quais você fica de pé por longos períodos (p.ex. festas, casamentos, usar transportes públicos, fazer compras...) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Atividades sócias ou de lazer nas quais você fica assentado por longos períodos (p. ex. ir ao cinema ou teatro, igreja, viajar...) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Durante as quatro últimas semanas, você tem tido alguns dos seguinte sproblems com o seu trabalho ou outras atividades diárias regulares como resultado do seu problema na perna? (Marque um quadrado em cada linha) | | | | |
| | | | SIM | NÃO |
| a. Reduziu a quantidade de tempo gasto no trabalho ou em outras atividades | | | 1 | 2 |
| b. Realizou menos trabalho ou outras atividades do que você gostaria | | | 1 | 2 |
| c. Foi limitado no tipo de trabalho ou em outras atividades | | | 1 | 2 |
| d. Teve dificuldade no desempenho no trabalho ou em outras atividades (p. ex. precisou se esforçar mais) | | | 1 | 2 |
| 6. Durante as quatro últimas semanas até que ponto o seu problema nas pernas interferiu em suas atividades sociais usuais com sua família, amigos, vizinhos ou grupos de pessoas? | | | | |
| 1. De forma nenhuma | 3. Moderadamente | 5. Extremamente | | |
| 2. Ligeiramente | 4. Bastante | | | |
| 7. Quanta dor na perna você tem tido durante as quatro últimas semanas? | | | | |
| 1. Nenhuma | 4. Moderada | | | |
| 2. Muito leve | 5. Grave | | | |
| 3. Leve | 6. Muito Grave | | | |

8. Estas perguntas são sobre como você se sente e como as coisas têm acontecido com você durante as últimas quatro semanas como resultado do seu problema na perna. Para cada pergunta, dê a resposta que mais se aproxima do modo que você tem se sentido. Por quanto tempo durante as quatro últimas semanas. (Marque um quadrado em cada linha).

| | Todo tempo | A maior parte do tempo | Boa parte do tempo | Alguma parte do tempo | Um pouco do tempo | Tempo nenhum |
|--|------------|------------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|--------------|
| a. Você se sentiu preocupado com a aparência de sua(s) perna(s)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Você se sentiu irritado (a)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Você se sentiu um peso para sua família ou amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Você ficou preocupado(a) em trombar nas coisas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. A aparência de sua(s) perna(s) influenciou seu escolha de roupas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |