

Perfil clínico e sociodemográfico dos portadores de doença venosa crônica atendidos em centros de saúde de Maceió (AL)

Clinical and socio-demographic profile of patients with venous disease treated in health centers of Maceió (AL), Brazil

Larissa Maranhão Costa¹, Wesley J.F. Higino¹, Flávia de Jesus Leal², Renata Cardoso Couto²

Resumo

Contexto: A doença venosa crônica (DVC) consiste em alteração do sistema venoso causando uma incompetência valvar associada à obstrução de fluxo ou não. Acomete 10 a 20% da população mundial, tendo maior prevalência no sexo feminino. Apresenta como sintomas mais comuns dor e edema e na forma avançada, a úlcera venosa. Traz limitações funcionais e isolamento social, afetando a qualidade de vida.

Objetivo: Traçar o perfil dos portadores de DVC, pelo levantamento de dados clínicos e sociodemográficos que indiquem características que possam contribuir para possível mudança de hábito na vida de pacientes que, por motivos de trabalho, falta de conhecimento e/ou instruções, tiveram sua rotina afetada pela doença, com conseqüente diminuição da sua qualidade de vida.

Métodos: Estudo descritivo, observacional do tipo transversal, sendo avaliados portadores de DVC atendidos em centros de saúde de Maceió (AL), aplicando um formulário para coleta de dados, como classificação CEAP, Critério de Classificação Econômica Brasil e Questionário SF-36.

Resultados: A amostra foi composta por 66 pacientes com DVC; 83% eram do sexo feminino e 17%, do masculino, a faixa etária predominante foi entre 50 a 60 anos; eram sedentários, assumindo ortostatismo prolongado, baixo nível de escolaridade e classe econômica, doença clínica grave (C6 sintomático) e qualidade de vida variável.

Conclusão: Os resultados demonstraram predomínio da doença no sexo feminino, entre 50 a 60 anos de idade, com fatores desencadeadores e/ou agravantes para desenvolvimento da DVC como falta de atividade física, baixo nível de escolaridade e baixa renda econômica, afetando a qualidade de vida.

Palavras-chave: insuficiência venosa; extremidade inferior; qualidade de vida.

Abstract

Background: Chronic venous disease (CVD) is to change the system causing a venous valvular incompetence associated with obstruction of flow or not. It affects 10 to 20% of world population, with higher prevalence in females. It presents as the most common symptoms and pain and swelling in advanced form, venous ulcer, and brings functional limitations, social isolation, affecting quality of life.

Objective: Profiling of patients with CVD, the survey data indicate that clinical and socio-demographic characteristics that may contribute to possible change of habit in the life, who for reasons of work, lack of knowledge and/or instructions had affected their routine by the disease, with consequent decline in their quality of life.

Methods: A descriptive, observational, cross-sectional study that evaluated patients with CVD treated at health centers in Maceió (AL) Brazil, applying a form for collecting data, such as CEAP, Brazil Criterion of Economic Classification Questionnaire and SF-36.

Results: The sample consisted of 66 patients with CVD, 83% were female and 17% male. The patients had predominantly aged between 50 and 60 years who were sedentary, assuming prolonged standing, low educational level and economic status, severe clinical disease (symptomatic C6), and quality of life variable.

Conclusion: The results showed a predominance of females, 50 to 60 years old, with triggering factors and/or aggravating factors for development of CVD as lack of physical activity, low education and low economic income, affecting quality of life.

Keywords: venous insufficiency; lower extremity; quality of life.

Trabalho realizado na Faculdade Estácio de Alagoas (FAL) – Maceió (AL), Brasil.

¹ Discente do curso de Fisioterapia da FAL – Maceió (AL), Brasil.

² Fisioterapeuta mestranda da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – São Paulo (SP), Brasil; Professora auxiliar da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL) – Maceió (AL), Brasil.

Conflito de interesse: nada a declarar.

Submetido em: 28.08.11. Aceito em: 11.01.12.

J Vasc Bras. 2012;11(2):108-113.

Introdução

Dentre as enfermidades crônicas que acometem a raça humana, a doença venosa dos membros inferiores (MMII) é atualmente a de maior incidência e prevalência, apresentando elevada ocorrência de morbidade¹. Consiste em uma doença congênita ou adquirida que ocorre no sistema venoso superficial, profundo ou ambos^{2,3}. Modernamente vem sendo considerada um problema funcional e não somente estético⁴.

No mecanismo fisiopatológico da doença venosa crônica (DVC), há uma relação direta entre comprometimento venoso valvar e a bomba músculo-venosa da panturrilha, de maneira que qualquer desordem no funcionamento destas é capaz de causar comprometimento na circulação venosa².

As sintomatologias de maior frequência são a dor, alterações tróficas e edema⁵, tendo como complicação tardia de maior gravidade, a úlcera venosa, de caráter recidivante ou não^{2,6}, que aumenta sua prevalência com a idade⁷. Estima-se que, no Brasil, quase 3% da população seja portadora dessa lesão⁸.

Os fatores de maior propensão ao desenvolvimento deste desequilíbrio são a exigência de permanência na mesma postura por período prolongado, cirurgias prévias, traumatismo dos MMII, sedentarismo, uso de calçados com saltos, obesidade e gestação, a partir dos quais poderão surgir os sinais e sintomas da doença⁹.

A gravidade da doença venosa é descrita a partir de uma classificação aceita internacionalmente, o *Clinical manifestation, Etiologic factors, Anatomic distribution of disease, Pathophysiologic findings* (CEAP), que por meio de uma pontuação categoriza os sinais clínicos em sete classes, sendo C0 (sem sinais de doença venosa), C1 (telangiectasias e veias reticulares), C2 (veias varicosas), C3 (edema), C4 (alterações subcutâneas; C4a representa alterações na pigmentação e eczema e C4b, lipodermatoesclerose e atrofia branca), C5 (úlcera de estase cicatrizada) e C6 (úlcera de estase aberta)⁵.

A DVC é um grave problema de saúde pública, com maior prevalência no sexo feminino¹⁰ e em indivíduos na terceira década de vida. Afeta diretamente a capacidade produtiva de trabalho⁹, reduzindo de forma significativa a qualidade de vida dos portadores e pode provocar alterações psicológicas como tristeza, depressão, irritabilidade, preocupação com a aparência e isolamento social^{8,11}.

Avaliando a qualidade de vida, é possível observar o doente sob uma perspectiva funcional e psicológica. Estudos utilizando o *Medical Outcomes Study 36 – Item Short – Form Health Survey* (SF-36) concluíram que a DVC, inclusive em fases muito incipientes, ocasiona impacto substancial na dimensão física da saúde de seus portadores, traduzido por limitações funcionais¹².

O presente estudo se justifica pois busca entender e traçar o perfil dos portadores da doença em questão, a partir do levantamento de dados clínicos e sociodemográficos que indiquem características importantes e contribuintes para uma possível mudança de hábito na vida de indivíduos que, por motivos de trabalho ou por falta de conhecimento e/ou instruções, tiveram a sua rotina afetada pela doença, com consequente e significativa diminuição da sua qualidade de vida.

Material e Métodos

O presente estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Alagoas (Protocolo nº 201012/045). O objetivo geral foi analisar os dados das características da população estudada, seguindo tendência publicada na literatura nacional e internacional sobre doenças venosas, referentes ao perfil clínico e sociodemográfico dos pacientes portadores de DVC atendidos em centros de saúde na cidade de Maceió (AL). A coleta de dados foi iniciada no Centro de Saúde PAM Salgadinho, Hospital Escola Doutor Hélvio Auto (HEHA) e Primeiro Centro de Saúde de Alagoas, no período de fevereiro a maio de 2011.

Foi realizado um estudo descritivo observacional do tipo transversal, constituído de 94 pacientes, com um desvio da amostra de 28 indivíduos que se negaram a responder os questionários, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), ou não foi possível a obtenção do CEAP através de especialistas em cirurgia vascular. Foram incluídos pacientes portadores das características descritas nas Resoluções nº 196/96 e 251/96 - IV, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, para doença venosa e/ou úlcera venosa, que não realizassem atividade física, com idade superior a 30 anos e sem patologia de influência no déficit cognitivo. Excluíram-se da amostra os indivíduos portadores de doença arterial periférica, déficit cognitivo, idade inferior a 30 anos ou que estivessem realizando atividade física.

Os participantes da pesquisa receberam todas as informações necessárias quanto ao desenvolvimento do estudo, antes, durante e após sua realização, ficando cientes de que a participação ocorreria de acordo com as suas vontades, estando livres para desistência.

O formulário de coleta de dados constava: nome, data de nascimento, sexo, grau de escolaridade, profissão, realização ou não de atividade física, nome do pesquisador, hora e data da coleta, local, assim como a classificação CEAP determinada pelo cirurgião vascular que realizou o atendimento nas referidas instituições anteriormente citadas; também foram aplicados o Questionário Critério de

Classificação Econômica Brasil (CCEB) e o Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (QQV SF-36).

Segundo a Associação Nacional de Empresas de Pesquisa, o CCEB consiste em enfatizar sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, definindo classes econômicas e abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”¹³. É um critério que estabelece oito classes referentes à renda mensal média familiar: classe A1 (R\$ 13.100,00), classe A2 (R\$ 9.100,00), classe B1 (R\$ 4.900,00), classe B2 (R\$ 2.750,00), classe C1 (R\$ 1.650,00), classe C2 (R\$ 1.100,00), classe D (R\$ 710,00), classe E (R\$ 490,00)¹⁴.

O QQQV SF-36 consiste em um questionário de qualidade de vida composto por 36 itens agrupados em 8 domínios, sendo quatro relacionados à saúde física e quatro à saúde mental. Avalia a capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, nível de independência, crenças pessoais, a relação com as características do ambiente, aspectos emocionais^{5,12}.

As variáveis a serem estudadas foram delimitadas em gênero masculino ou feminino, unidade regional de saúde (HEHA, PAM Salgadinho e Primeiro Centro de Saúde), faixa etária, realização de atividade física, profissão que exerceu ou ainda exerce relacionada com o posicionamento estabelecido, a escolaridade, classificação de renda, classificação CEAP clínica e qualidade de vida dos indivíduos envolvidos.

Resultados

Foram coletados os dados de 66 pacientes. Dentre eles, apenas 11 (16,7%) eram do sexo masculino e 55 (83,3%) do sexo feminino (Tabela 1).

Inicialmente foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade dos dados, tendo indicado que os dados não seguem uma distribuição normal.

Com relação à faixa etária, observou-se predomínio dos homens entre 30 a 40 anos de idade, e nas mulheres, entre 50 e 60 anos. Na classificação CEAP, houve predomínio das classes C4 a C6 para ambos os sexos (Tabela 2).

Para comparar a distribuição dos domínios do QQQV SF-36 por sexo (Tabela 3) foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Não houve diferença significativa entre nenhum dos domínios com relação ao sexo ($p > 0,05$).

Para comparar a distribuição dos domínios do QQQV SF-36 por CEAP (Tabela 4), foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Houve diferença significativa entre os pacientes com CEAP leve (C1-C3) e grave (C4-C6) apenas para o domínio vitalidade ($p < 0,05$). Os demais domínios não apresentaram diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$).

Para comparar a distribuição dos domínios do QQQV SF-36 por faixa etária (Tabela 5), foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis. Houve diferença significativa entre os pacientes com CEAP leve (C1-C3) e grave (C4-C6) apenas para o domínio vitalidade ($p < 0,05$). Não

Tabela 1. Distribuição dos pacientes por sexo.

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	55	83,3
	Masculino	11	16,7

Tabela 2. Distribuição dos pacientes de acordo com o *Clinical manifestation, Etiologic factors, Anatomic distribution of disease, Pathophysiologic findings* e faixa etária, por sexo.

Variável	Categoria	Feminino		Masculino	
		n	%	n	%
Faixa etária (anos)	30 a 40	5	9,1	4	36,4
	40 a 50	4	7,3	3	27,3
	50 a 60	24	43,6	1	9,1
	60 a 70	12	21,8	3	27,3
	Acima de 70	10	18,2	0	0,0
CEAP	Leve (C1-C3)	13	23,6	3	27,3
	Grave (C4-C6)	42	76,4	8	72,7

CEAP: *Clinical manifestation, Etiologic factors, Anatomic distribution of disease, Pathophysiologic findings*

Tabela 3. Valores médios dos domínios do questionário SF-36, por sexo.

	Feminino		Masculino		Valor p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Capacidade funcional	30,4	26,9	44,5	23,3	0,067
Limitação física	23,2	37,2	11,4	30,3	0,195
Dor	44,8	27,1	54,5	33,3	0,458
Estado geral de saúde	58,5	27,5	67,6	12,2	0,379
Vitalidade	57,0	26,3	70,0	22,2	0,129
Aspectos sociais	62,0	28,6	64,8	26,1	0,801
Limitação emocional	30,3	39,7	45,5	47,8	0,324
Saúde mental	62,9	25,3	64,7	18,6	0,979

Tabela 4. Valores médios dos domínios do questionário SF-36, por *Clinical manifestation, Etiologic factors, Anatomic distribution of disease, Pathophysiologic findings*.

	Leve (C1-C3)		Grave (C4-C6)		Valor p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	
Capacidade funcional	25,6	24,0	35,0	27,4	0,221
Limitação física	17,2	33,8	22,5	37,2	0,606
Dor	44,1	22,7	47,1	29,9	0,702
Estado geral de saúde	49,1	27,1	63,5	24,5	0,072
Vitalidade	47,5	22,0	62,9	26,2	0,048
Aspectos sociais	64,8	27,1	61,8	28,5	0,757
Limitação emocional	33,3	43,9	32,7	40,7	0,993
Saúde mental	57,5	30,4	65,0	21,9	0,333

Tabela 5. Valores médios dos domínios do questionário SF-36, por faixa etária.

Faixa etária	30 a 40		40 a 50		50 a 60		60 a 70		Acima de 70		Valor p
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	
Capacidade funcional	27,2	24,4	37,9	29,3	29,8	26,3	30,3	24,9	45,0	31,7	0,539
Limitação física	2,8	8,3	17,9	37,4	22,0	36,3	23,3	37,2	35,0	47,4	0,396
Dor	46,1	29,4	49,4	36,5	43,6	25,0	50,3	32,1	45,8	27,6	0,991
Estado geral de saúde	47,3	29,8	67,3	22,4	59,9	27,4	64,1	20,3	60,5	27,7	0,714
Vitalidade	62,8	30,4	54,3	26,7	59,4	25,4	58,7	22,8	59,5	31,7	0,952
Aspectos sociais	56,9	27,3	71,4	23,6	65,0	27,0	62,5	31,7	55,0	30,7	0,726
Limitação emocional	33,3	44,1	19,0	37,8	36,0	44,0	24,4	36,7	46,7	42,2	0,567
Saúde mental	57,3	29,7	60,0	23,1	66,9	25,0	56,3	20,7	72,0	22,5	0,388

M: média; DP: desvio padrão.

houve diferença significativa entre nenhum dos domínios com relação à faixa etária ($p > 0,05$).

Em relação ao período de tempo de sedentarismo em mulheres e homens, obteve-se como resultado, um período maior que 3 meses em 47 (85%), no sexo feminino e 8 (73%), no sexo masculino, e menor que três meses em 8 (15%), para as mulheres e 3 (27%), para os homens. Observa-se que o predomínio foi de um período de sedentarismo maior que três meses em ambos os sexos.

Em relação à permanência prolongada em determinadas posturas durante a atividade laborativa, nos sexos feminino e masculino respectivamente, foi encontrada maior incidência do ortostatismo em 42 (76%) e 4 (36%), a posição sentada com pendência de MMII em 4 (7%) e 3 (27%) e a alternância de posturas com 8 (15%) e 4 (36%), havendo ainda 1 (2%) e 0 indivíduo afastado dessas atividades.

Os níveis de escolaridade nos sexos feminino e masculino, respectivamente, mostraram que 19 (35%) e 2 (18%) indivíduos tinham o primeiro grau incompleto, 6 (11%) e 2 (18%) tinham o primeiro grau completo, 11 (20%) e 0 tinham o segundo grau incompleto, 6 (11%) e 2 (18%) tinham o segundo grau completo, 1 (2%) e 1 (9%) tinham o terceiro grau completo, 5 (9%) e 1 (9%) eram analfabetos, e 7 (13%) e 3 (27%) eram analfabetos funcionais. Dessa forma, foi possível observar o predomínio de pacientes com o primeiro grau incompleto no sexo feminino e de analfabetismo funcional, no sexo masculino.

Observando as classes econômicas dos sexos feminino e masculino, respectivamente, foi possível perceber que as classes/renda média familiar mensal encontradas foram classe A1 com 0 e 1 (9%), classe B1 com 0 e 1 (9%), classe B2 com 3 (5%) e 1 (9%), classe C1 com 11 (20%) e 1 (9%), classe C2 com 20 (36%) e 4 (36%), classe D com 20 (36%) e 2 (18%) e classe E com 1 (2%) e 1 (9%), havendo maior prevalência da classe C2 em ambos os sexos.

Na classificação CEAP clínica, os valores encontrados nos sexos feminino e masculino, respectivamente, foram: C0 – 0 e 1 (9%), C1 – 3 (5,5%) e 1 (9%), C2 – 13 (23,4%) e 0, C3 – 15 (27,3%) e 0, C4a – 2 (3,7%) e 2 (18%), C4b – 3 (5,5%) e 0, C5 – 7 (12,8%) e 0, C6 – 9 (16,4%) e 0, C6 sintomático – 24 (43,7%) e 6 (54%), C6 assintomático – 2 (3,7%) e 2 (18%), com maior prevalência de C6 sintomático em ambos os sexos.

Interpretando o questionário QOV SF-36, foi avaliada a capacidade funcional na qual foram obtidos os seguintes resultados para os sexos feminino e masculino, respectivamente: índice ruim 32 (58%) e 3 (27%), regular 11 (20%) e 5 (45%), bom 8 (15%) e 2 (18%), e muito bom 4 (7%) e 1 (9%); limitação física classificados como ruim 45 (82%) e 10 (91%), regular 0 e 0, bom 2 (4%) e 0, e muito bom 8 (15%) e 1 (9%). No aspecto dor, ruim 15 (27%) e 3 (27%), regular 18 (33%) e 2 (18%), bom 17 (31%) e 4 (36%), e muito bom 5 (9%) e 2 (18%). Com relação ao estado geral de saúde, obteve-se ruim 7 (13%) e 0, regular 16 (29%) e 2 (18%), bom 15 (27%) e 5 (45%), e muito bom 17 (31%) e 4 (36%). Analisando os aspectos sociais dos indivíduos, constatou-se para os sexos feminino e masculino, respectivamente: ruim 10 (18%) e 1 (9%), regular 11 (20%) e 3 (27%), bom 19 (35%) e 3 (27%), e muito bom 15 (27%) e 4 (36%).

Discussão

Estudos epidemiológicos realizados em alguns países demonstraram incidência de, pelo menos, uma forma de DVC em mais de 50% das mulheres e 30% dos homens¹⁵, o que enfatiza a prevalência no sexo feminino.

Na Europa, 5 a 15% de adultos entre 30 e 70 anos de idade apresentam (DVC), dos quais 1% apresenta úlcera⁵. Aproximadamente sete milhões de pessoas têm DVC nos Estados Unidos, o que é responsável por cerca de 70 a 90% das úlceras de estase em MMII⁵. Estudos mostram que a

fase mais produtiva, terceira década de vida, é a mais afetada pela DVC⁵. Neste estudo, houve predomínio da DVC na faixa etária entre 30 e 40 anos, no sexo masculino, e entre 50 e 60 anos, no sexo feminino.

Atividades que exigem do indivíduo a permanência por longos períodos em pé ou sentado, contribuem significativamente para o desenvolvimento e manutenção da DVC, além do surgimento e cronicidade das úlceras, principalmente naqueles com jornada dupla de trabalho¹⁶. O ortostatismo teve alta prevalência, no sexo feminino, no posicionamento adquirido no trabalho, enquanto no sexo masculino, foi a alternância de posições.

Foram analisados 4.030 funcionários de uma universidade do estado do Rio de Janeiro por Costa¹⁷, sendo observada uma prevalência de sedentarismo de 47,8%, no sexo masculino, e de 59,2%, no sexo feminino. Nesta pesquisa houve predomínio de sedentarismo por um período de tempo maior que três meses em ambos os sexos.

Em um estudo, foi observado um número maior de portadores de DVC nos indivíduos com menor escolaridade, o que pode interferir diretamente na compreensão e assimilação dos cuidados relevantes à sua saúde¹⁷. A pesquisa de Costa¹⁷ demonstrou uma predominância de primeiro grau incompleto no sexo feminino e de analfabetismo funcional, no sexo masculino.

Estudos de base populacional investigaram a influência da úlcera venosa na vida dos indivíduos que possuem renda menor que dois salários-mínimos. Para estes, a presença da úlcera venosa é considerada como uma fonte adicional de gastos financeiros, sendo que a renda familiar é um aspecto importante no planejamento econômico, dificultando muitas vezes a efetivação destas ações, prolongando o tratamento e a cronicidade das lesões¹⁷. A presente pesquisa apresentou nível de renda C2 em ambos os sexos.

A baixa qualidade de vida dos pacientes tem como fator a própria desvalorização pessoal, em que o indivíduo portador de DVC, por apresentar alterações tegumentares e dor, passa a ter um distúrbio da autoimagem, que leva a um comprometimento da vida social e a implicações emocionais¹⁷. Em estudo desenvolvido com 3.072 doentes entre 18 e 79 anos de idade, concluiu-se que a DVC afeta negativamente a qualidade de vida em 3,3% dos homens e 8,4% das mulheres¹². No presente estudo, o resultado do questionário SF-36, que analisa a qualidade de vida, teve uma porcentagem maior de piores índices no sexo feminino, quando comparada ao sexo masculino, dentre os domínios capacidade funcional, estado geral de saúde, aspectos sociais. Com relação ao domínio limitação física, houve predomínio do sexo masculino e no aspecto dor não houve predominância de sexo.

A qualidade de vida em um estudo multicêntrico foi avaliada com uma amostra de 1.135 pacientes com doença venosa, com o QQV SF-36. Foi observado que os escores dos domínios relacionados à saúde física foram menores nos indivíduos com maior comprometimento venoso (CEAP 4,5 e 6), não sendo encontrada diferença significativa nos escores dos domínios de saúde mental entre os grupos mais ou menos acometidos¹¹. Na presente pesquisa, os escores se mostraram semelhantes dentre os domínios físicos e mentais, não acarretando em diferença significativa, a não ser, vitalidade, dentro da população estudada.

A interpretação da qualidade de vida depende da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos, estando diretamente ligada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. A mesma classificação clínica da DVC pode não significar o mesmo para dois indivíduos diferentes, e as alterações funcionais decorrentes da mesma, podem ter importâncias emocionais e sociais diferentes para ambos¹¹. No presente estudo, a população avaliada apresentava um baixo nível de escolaridade, baixa renda econômica e idades avançadas, trazendo características individuais que diferenciaram no entendimento das perguntas e nas respostas subjetivas do questionário aplicado.

Demonstrou-se também uma associação negativa e significativa entre CEAP e qualidade de vida. Os pacientes que apresentaram os piores escores no QQV SF-36 nos domínios relacionados à saúde física e mental, foram aqueles pertencentes à CEAP 4,5 e 6. Cabe ressaltar que os achados da maioria dos autores evidenciam uma pior percepção da qualidade de vida à medida que a doença se agrava¹¹. Em ambos os sexos, predomina a classificação C6 sintomática do CEAP.

Conclusão

Estudando o perfil clínico e sociodemográfico de portadores de DVC, conclui-se que o sexo feminino é o mais acometido, apresentando predominância da faixa etária compreendida entre 50 e 60 anos; os pacientes não praticam atividade física, assumem ortostatismo prolongado em suas atividades diárias e/ou laborativas, apresentam baixa escolaridade como também baixa classe econômica e com a doença já em uma classificação clínica grave (C6 sintomático). A qualidade de vida nos pacientes com doença venosa é variável. Os indivíduos apresentaram valores diferentes nos escores dos QQV SF-36. Dentre as cinco variáveis analisadas, houve impacto negativo na capacidade funcional para o sexo feminino e limitação física em ambos os sexos, não comprometendo de forma significativa os outros domínios analisados.

Referências

1. Yamada BFA. Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2001. [cited 2011 Mar 10]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7138/tde-16022007-113552/pt-br.php>
2. Franca LHG, Tavares V. Insuficiência venosa crônica: uma atualização [Internet]. J Vasc Bras. 2003;2(4):318-28. [cited 2011 Mar 10]. Available from: <http://www.jvascbr.com.br/03-02-04/03-02-04-318/03-02-04-318.pdf>
3. Barros Jr N. Insuficiência venosa crônica. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, (editores). Angiologia e Cirurgia Vascul: guia ilustrado. Maceió (AL): UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003 [cited 2011 Mar 10]. Available from: http://www.lava.med.br/livro/pdf/newton_ivc.pdf
4. Faria AL, Santos TCMM, Matos RCSA, et al. Varizes: perfil social e patológico dos pacientes submetidos a cirurgia [Internet]. Rev Enferm UFPE. 2010;4(4):1631-8. [cited 2011 Apr 20]. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1038/pdf_213
5. Santos RFFN, Porfírio GJM, Pitta GBB. A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica de leve e grave [Internet]. J Vasc Bras. 2009;8(2):143-7. [cited 2011 Mar 10]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a08v8n2.pdf>
6. Figueiredo M. Úlcera Varicosa. In: Pitta GBB, Castro AA, Burihan E, (editores). Angiologia e Cirurgia Vascul: guia ilustrado. Maceió (AL): UNCISAL/ECMAL & LAVA; 2003 [cited 2011 Mar 10]. Available from: http://www.lava.med.br/livro/pdf/marcondes_ulcera.pdf
7. Abbade LPF, Lastoria S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa [Internet]. An Bras Dermatol. 2006;81(6):509-22. [cited 2011 Mar 10]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abd/v81n6/v81n06a02.pdf>
8. Macedo EAB, Oliveira AKA, Melo GSM, et al. Caracterização sócio-demográfica dos pacientes com úlcera venosa atendidos em um hospital universitário. Rev Enferm UFPE on line. [periódico na Internet]. 2010;4(Suppl):1863-7. [cited 2011 Apr 20]. Available from: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1475/pdf_125
9. Moura RMF. Funcionalidade e qualidade de vida em idosos com doença venosa crônica. [tese de doutorado]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010. [cited 2011 May 20]. Available from: http://www.eef.ufmg.br/mreab/documentos_new/Dissertpdf/ReginaMarcia.pdf
10. Castro e Silva M, Cabral ALS, Barros Jr N, et al. Diagnóstico e tratamento da doença venosa crônica. Normas de orientação clínica da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul (SBACV) [Internet]. J Vasc Bras. 2005;4(Suppl 2):S185-94. [cited 2011 Mar 10]. Available from: http://www.jvascbr.com.br/vol4_n4_supl2.pdf
11. Moura RMF, Gonçalves GS, Navarro TP, et al. Correlação entre classificação clínica CEAP e qualidade de vida na doença venosa crônica. [Internet]. Rev Bras Fisioter. 2010;14(2):99-105. [cited 2011 Mar 10]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbfs/v14n2/aop007_10.pdf
12. Leal JAR. Como avaliar o impacto da doença venosa crônica na qualidade de vida. [dissertação de mestrado]. Porto: Universidade do Porto; 2010. [cited 2011 Apr 24]. Available from: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53463/2/Como%20Avaliar%20o%20Impacto%20da%20Doença%20Venosa%20Crônica%20na%20Qualidade%20de%20Vida>
13. ANEP - Associação Nacional de Empresas de Pesquisa. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico – 2000 – IBOPE. [cited 2011 Apr 22]. Available from: www.anep.org.br
14. Comunicação NA. IPC Maps. São Paulo, 2011. [cited 2011 May 11]. Available from: <http://www.ipcbr.com/imprensa>
15. Lima RCM; Santiago L; Moura RMF; et al. Efeitos do fortalecimento muscular da panturrilha na hemodinâmica venosa e na qualidade de vida em um portador de insuficiência venosa crônica [Internet]. J Vasc Bras. 2002;1(3):219-26. [cited 2011 May 11]. Available from: <http://www.jvascbr.com.br/02-01-03/02-01-03-219/02-01-03-219.pdf>
16. Pena JCO; Macedo LB. Existe associação entre doenças venosa e nível de atividade física em jovens? [Internet]. Fisioter Mov. 2011;24(1):147-54. [cited 2011 May 25]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n1/v24n1a17.pdf>
17. Bertoldi CML; Proença RPC. Doença venosa e sua relação com as condições de trabalho no setor de produção de refeições [Internet]. Rev Nutr. 2008;21(4):447-54. [cited 2011 May 25]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n4/v21n4a09.pdf>
18. Costa IKF. Qualidade de vida de pessoas com úlcera venosa: associação dos aspectos sociodemográficos, de saúde, assistência e clínicos da lesão. [dissertação de mestrado]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2011. [cited 2011 May 20]. Available from: http://www.pgenf.ufrn.br/arquivos/teses/dissertacao_corrigida_final_isabelle.pdf

Correspondência

Larissa Maranhão Costa
Praça Floriano Peixoto, 264 – Centro
CEP 57150-000 – Pilar (AL), Brasil
E-mail: larimaranhao@hotmail.com

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: LMC, WJFH, FJL, RCC
Análise e interpretação dos dados: LMC, WJFH, FJL, RCC
Coleta de dados: LMC, WJFH
Redação do artigo: LMC, WJFH, FJL
Revisão crítica do artigo: FJL, RCC
Aprovação final do artigo*: LMC, WJFH, FJL, RCC
Análise estatística: LMC, WJFH, FJL
Responsabilidade geral do estudo: LMC, WJFH, FJL, RCC

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao J Vasc Bras.