UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Escola de Enfermagem

BEATRIZ FARIAS ALVES YAMADA

QUALIDADE DE VIDA
DE PESSOAS COM ÚLCERAS VENOSAS
CRÔNICAS

SÃO PAULO
2001

BEATRIZ FARIAS ALVES YAMADA

**QUALIDADE DE VIDA
DE PESSOAS COM ÚLCERAS VENOSAS
CRÔNICAS**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos

SÃO PAULO

2001

Ficha Catalográfica Preparada pelo Serviço de Biblioteca e
Documentação EEUSP

Yamada, Beatriz Farias Alves

Qualidade de Vida de Pessoas com Úlceras Venosas Crônicas/
Beatriz Farias Alves Yamada – São Paulo: B.F.A. Yamada, 2001.
175p.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem - Universidade de
São Paulo.

I. Qualidade de Vida II. Úlceras Venosas Crônicas. III. Índice de
Qualidade de Vida de Ferrans e Powers IV. Insuficiência Venosa
Crônica.

*“Todos os nossos sonhos podem se tornar realidade se tivermos a
coragem de persegui-los”.*

Walt Disney

Dedicatória

*A Deus, ao permitir-me não apenas sonhar, mas por transformar os sonhos em
realidades.*

Aos meus pais e ao meu avô “Duquito” pela minha existência”.

*Ao Túlio, meu querido esposo, por acreditar nos meus sonhos e ajudar-me a
conquistá-los.*

*À Rachel, minha linda princesa, por compreender-me e tolerar a minha
ausência nos momentos mais sublimes de sua infância.*

À Débora, minha irmã, pela dedicação no cuidado de minha filha.

Agradecimento Especial

O meu agradecimento especial é oferecido à Prof^ª Dr^a Vera Lúcia, que acreditou em mim, e concedeu-me a oportunidade de estudar estomaterapia.

Agradeço-lhe pela amizade, ao longo desses três anos, por entender as minhas limitações como pesquisadora, por ouvir as minhas inquietudes e anseios e pelo esforço em fazer, dos meus rascunhos, uma obra de arte.

Agradecimentos

Aos pacientes que me concederam as entrevistas, o meu sincero agradecimento, por terem compartilhado comigo seus problemas e dificuldades e por me possibilitarem a oportunidade de aprender sobre os significados de QV.

À Profª Maria do Carmo, à Enfª Mª Antônia e aos Membros do Comitê de Ética em Pesquisa do ISCM, por entenderem o valor desta pesquisa e, prontamente aprovarem nosso projeto.

À Profª Drª Miako Kimura por estar sempre disposta a tirar minhas dúvidas do IQV, pelos momentos de incentivo e tantas outras coisas.

Ao Prof. Dr Júlio Litovic pelas dicas na Qualificação do projeto.

Aos colegas do grupo de QV pela constante troca, onde juntos tentamos compreender os seus significados.

À Enfª Odete, Coordenadora de Enfermagem do Hospital Santa Marcelina, pela valiosa colaboração no andamento do projeto.

Às colegas Ceres, Malu e Shirley, do Hospital Santa Marcelina, pela imensa colaboração na coleta de dados, e às auxiliares da sala de curativos pelo encaminhamento dos pacientes.

À colega ET Eliane, do Hospital Regional Sul, pelo esforço em ajudar me na obtenção do campo de pesquisa..

À colega ET Clarice, aos Cirurgiões Vasculares e residentes do AMBVEN, pelo encaminhamento dos pacientes para as entrevista.

À Débora pela colaboração na tabulação dos dados.

Ao Fausto pela análise estatística.

À minha irmã Mériam, por assumir minhas responsabilidades profissionais, nos momentos mais difíceis da elaboração deste trabalho.

Às amigas Elaine Muniz e Rita Domansky, pela amizade, o otimismo e pelo constante incentivo na elaboração deste estudo.

À Edi, pelo cuidado com o meu lar.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE TABELAS

RESUMO

ABSTRACT

1 INTRODUÇÃO.....	01
1.1. Interesse pelo Tema e Justificativa do Estudo.....	02
1.2. Contextualizando a Úlcera Venosa Crônica.....	04
1.3. A Introdução da Qualidade de Vida na Área do Conhecimento Humano.....	17
1.4. Qualidade de Vida: Conceitos e Instrumentos de Medida.....	22
2 OBJETIVOS.....	30
2.1. Objetivo Geral.....	31
2.2. Objetivos Específicos.....	31
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	32
3.1. Tipo de Estudo.....	33
3.2. Local do Estudo.....	33
3.2.1. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.....	33
3.2.2. Hospital Regional Sul.....	35
3.2.3. Hospital Santa Marcelina.....	36
3.3. Amostra.....	38
3.4. Coleta de Dados.....	39
3.4.1. Procedimentos Realizados.....	39
3.4.2. Instrumentos Utilizados.....	42
3.4.2.1. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: Processo de Desenvolvimento....	46
3.4.2.2. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: Preenchimento e Cálculo dos Escore.....	53
3.4.2.3. Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: Tradução e Adaptação para a língua Portuguesa.....	56
3.5. Pré-Teste.....	59
3.6. Análise das Propriedades Psicométricas Utilizadas para Validação mínima do IQV para a População Alvo	60

3.7. Procedimentos Estatísticos Utilizados na Análise.....	62
4 RESULTADOS.....	66
4.1. Análise das Propriedades Psicométricas do IQV de Ferrans e Powers para a População Alvo.....	67
4.1.1. Análise da Confiabilidade.....	67
4.1.2. Análise da Validade Discriminante.....	68
4.1.3. Análise da Validade de Critério Concorrente.....	69
4.2. Caracterização da Amostra.....	70
4.2.1. Dados Sócio-Demográficos.....	70
4.2.2. Dados sobre as Características das Úlceras Venosas Crônicas.....	75
4.3. Dados sobre a Análise de Qualidade de Vida da Amostra.....	78
4.3.1. Categorização dos escores Médios da Qualidade de vida Total.....	79
4.3.2. Análise dos Escores Médios do IQV Total e de Seus respectivos Domínios.....	80
4.3.3. Análise das Médias de cada Item do IQV.....	83
4.3.4. Análise das Diferenças dos Escores Médios de cada Item de Acordo com os Domínios.....	84
4.3.5. Análise de Correlação.....	86
4.3.5.1. Análise de Correlação para Identificação dos Domínios mais Influentes sobre o IQVT.....	87
4.3.2.2. Análise de Correlação para Identificação dos Itens mais Influentes sobre os Domínios do IQVT.....	87
4.3.2.3. Análise de Correlação entre cada Domínio, o IQVT e as Variáveis do Estudo.....	90
4.3.6. Análise de Regressão.....	96
4.3.7. Análise de Comparação.....	97
5 DISCUSSÃO.....	101
6 CONCLUSÕES.....	133
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	140
ANEXOS.....	147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	158
APÊNDICE.....	173

LISTA DE FIGURAS

Quadro I	<i>Modelo Conceitual de Qualidade de Vida Proposto por Ferrans e Powers.....</i>	<i>46</i>
Quadro II	<i>Esquematisação do Desenvolvimento do IQV de Ferrans e Powers com seus elementos e respectivos Domínios.....</i>	<i>52</i>
Figura 1 -	<i>Box - Plot das Variáveis Sócio-Demográficas Quantitativas.....</i>	<i>75</i>
Figura 2 -	<i>Box – Plot das Variáveis Quantitativas Relacionadas com as UVC.....</i>	<i>78</i>
Figura 3 -	<i>Box – Plot dos Domínios e do IQV Total.....</i>	<i>81</i>
Figura 4-	<i>Means Plot do IQV total e dos Domínios.....</i>	<i>82</i>
Figura 5-	<i>Médias Segundo os Itens do IQV.....</i>	<i>83</i>
Figura 6-	<i>Diagrama de Bonferroni para as Diferenças nas Médias do Domínio Saúde/Funcionamento.....</i>	<i>84</i>
Figura 7-	<i>Diagrama de Bonferroni para as Diferenças nas Médias do Domínio Sócio-Económico.....</i>	<i>85</i>
Figura 8-	<i>Diagrama de Bonferroni para as Diferenças nas Médias do Domínio Psicológico/Espiritual.....</i>	<i>86</i>

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	<i>Coeficiente de Fidedignidade de Cronbach dos Domínios e Itens.....</i>	<i>67</i>
Tabela 02 -	<i>Comparação do Grupo Controle X Grupo Caso por Domínios, para cada Questão dos Domínios e para o IQV Total.....</i>	<i>69</i>
Tabela 03 -	<i>Análise de Correlação entre o Item 32 e os escores do IQV Total e seus os Domínios.....</i>	<i>70</i>
Tabela 04 -	<i>Distribuição da amostra Segundo as Variáveis Sócio-Demográficas.....</i>	<i>71</i>
Tabela 05 -	<i>Distribuição das Variáveis Relacionadas com as Úlceras Venosas Crônicas.....</i>	<i>76</i>
Tabela 06 -	<i>Distribuição das Frequências da QV Total segundo a Categoria.....</i>	<i>79</i>
Tabela 07 -	<i>Teste de Bonferroni para identificação das Diferenças entre as Categorias do IQV Total.....</i>	<i>79</i>
Tabela 08 -	<i>Medidas Descritivas dos Domínios e do IQV Total.....</i>	<i>80</i>
Tabela 09 -	<i>Correlação Linear entre o IQVT e os Domínios.....</i>	<i>87</i>
Tabela 10 -	<i>Correlação entre cada Item e o Escore médio do Domínio Saúde/Funcionamento.....</i>	<i>88</i>
Tabela 11 -	<i>Correlação entre cada Item e o Escore médio do Domínio Socio-Econômico.....</i>	<i>89</i>
Tabela 12 -	<i>Correlação entre cada Item e o Escore médio do Domínio Psicológico/Espiritual.....</i>	<i>89</i>
Tabela 13 -	<i>Correlação entre cada Item e o Escore médio do Domínio Família.....</i>	<i>90</i>
Tabela 14 -	<i>Correlação entre o Domínio Saúde/ Funcionamento e as Variáveis do Estudo.</i>	<i>91</i>
Tabela 15 -	<i>Correlação entre o Domínio Sócio-Econômico e as Variáveis do Estudo.</i>	<i>92</i>
Tabela 16 -	<i>Correlação entre o Domínio Psicológico/Espiritual e as Variáveis do Estudo.</i>	<i>93</i>
Tabela 17 -	<i>Correlação entre o Domínio Família e as Variáveis do Estudo.....</i>	<i>94</i>
Tabela 18 -	<i>Correlação entre o IQVT e as Variáveis do Estudo.....</i>	<i>95</i>
Tabela 19 -	<i>Regressão Múltipla do IQVT Sobre Algumas Variáveis Quantitativas do Estudo.</i>	<i>96</i>

Tabela 20 -	<i>Comparação dos Escores Médios do Domínio Saúde/Funcionamento dos Grupos 0 e 1 por Variável Dicotômica.....</i>	<i>97</i>
Tabela 21 -	<i>Comparação dos Escores Médios do Domínio Sócio-Econômico dos Grupos 0 e 1 por Variável Dicotômica.....</i>	<i>98</i>
Tabela 22 -	<i>Comparação dos Escores Médios do Domínio Psicológico/Espiritual dos Grupos 0 e 1 por Variável Dicotômica.....</i>	<i>98</i>
Tabela 23 -	<i>Comparação dos Escores Médios do Domínio Família dos Grupos 0 e 1 por Variável Dicotômica.....</i>	<i>99</i>
Tabela 24 -	<i>Comparação dos Escores Médios do IQV Total dos Grupos 0 e 1 por Variável Dicotômica.....</i>	<i>99</i>

RESUMO

YAMADA, B F A. **Qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas**. São Paulo, 2001. 175p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

A escassez de estudos específicos acerca da Qualidade de Vida (QV) de pessoas com Úlceras Venosas Crônicas (UVC) motivou-nos a realizar este estudo, que objetivou: verificar as propriedades psicométricas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQVFP); descrever as características sócio-demográficas (CSD) e às das úlceras venosas (CUVC); analisar os escores de QV segundo às CSD e as CUVC. O estudo é descritivo, exploratório, correlacional, de campo e transversal, realizado através de entrevistas junto a 89 pessoas com UVC atendidas em 3 ambulatórios públicos, utilizando-se a versão genérica do IQVFP. Este instrumento é composto por 68 itens e dividido em 4 domínios: Saúde/Funcionamento (DSF), Sócio-Econômico (DSE), Psicológico/Espiritual (DPE) e Família (Dfa). Atestou-se ao IQVFP a confiabilidade - alfa de 0,99 no IQV Total; a validade concorrente e a validade discriminante. No entanto, nesta última apenas para o IQV Total ($p=0,029$) e DSF ($p=0,005$). Houve predomínio de: mulheres (68,54%); idade média de 53,44 anos; católicos (65,86%); profissões que exigiam ortostatismo anterior e posteriormente à UVC (90,36% e 89,79%, respectivamente. A respeito das CUVC constatou-se: média de 1,54 úlceras; 71, 95% da amostra tiveram novas UVC após a primeira ulceração; 67,04% têm a ferida há menos de 5 anos e 69,74% está com UVC atual localizadas na perna esquerda. Acerca da QV obteve-se: escore médio de 22,27 (DP= 5,05) para o IQVT e correlação dos domínios com o IQVT. Não houve correlação entre a idade, número de filhos, número úlceras, tempo de

ocorrência da primeira UVC e tempo com a UVC atual e os DSF, DSE e o IQVT. Houve correlação: *negativa* entre o DPE e número de UVC ($r = -0,19$) e entre o DFa e tempo com a UVC atual ($r = -0,19$); *positiva* entre o IQVT e seus domínios e os católicos, não confirmados na comparação para o DSF; *positiva* entre os DSF, DPE, DFa e o IQVT e ortostatismo antes da primeira UVC, confirmada na comparação nos DSF e DFa. Os pacientes sem companheiros tiveram melhor QV no DFa, evidenciado na correlação ($r = -0,28$; $p = 0,004$) e comparação ($p < 0,006$). Em conclusão, constatou-se: o IQVFP é adequado para a população alvo; pessoas com baixo nível sócio-econômico e educacional e com boa qualidade de vida.

ABSTRACT

YAMADA, B F A. **Quality of Life of people with chronic venous ulcers.** São Paulo, 2001. 175p. Dissertation (Master) – Nursing School, Universidade de São Paulo.

The shortage of specific studies about Quality of Life (QOL) of people with Chronic Venous Ulcers (CVU) motivated us to accomplish this study, which aimed at verifying the psychometric properties of the Ferrans and Powers Quality of Life Index (FPQLI); describe the socio-demographic characteristics (SDC) and the venous ulcers characteristics (CVUC); analyze the QLI scores based on the SDC and the CVUC. It is a descriptive, exploratory, co-related, field and transversal study performed through interviews with 89 people who had CVU, treated on 3 public ambulatories using the generic version of the FPQLI. This scale consists of 68 items that are divided into 4 domains: Health/Functioning (HFD), Social and Economic (SED), Psychological /Spiritual (PSD) and Family (FaD). It was attested to the FPQLI the reliability (alpha of 0.99 to Overall QOL); the concurring validity and the discriminating validity, the last one only for the Overall QOL ($p=0.029$) and HFD ($p=0.005$). There was a higher number of women (68.54%); mean age of 53.44; catholics (65,86%) and standing professions before and after the CVU(90,36% e 89,79%, respectively). About CVUC there was mean of 1.54 ulcers; 71.95% of the sample developed new CVU after the fist ulceration; 67.04% people have had the wound for less than 5 years and 69.74% of the CVU is located on the left leg. About QOL, it was obtained the mean score of 22.27 (PD=5.05) to Overall QOL and correlation of all domains with the QLI. There was no correlation among age, number

of children, number of ulcers, time of occurrence of first CVU, time with today`s CVU and the HFD, SED and Overall QOL. There was correlation: *negative* - between the PSD and the number of CVU ( $r = -0.19$ ) and between the FaD and the time with today`s CVU ($r = -0.19$); *positive* - among the Overall QOL and its domains and the catholics, it was not confirmed in the HFD comparison; *positive* - among the HFD, PED, FaD and the Overall QOL and standing position before the first CVU, confirmed in the HFD and FaD comparison. The patients without companions had better QOL in the FaD, shown clearly in the correlation ($r=0.28, p=0.004$) and comparison ($p<0.006$). In conclusion, it was attested to FPQLI is suitable for the target population; are people with low social-economic and educational level and show good QOL.

1 INTRODUÇÃO

1.1. Interesse pelo Tema e Justificativa do Estudo

Meu interesse em cuidar de pessoas com feridas foi o motivo que me levou a cursar enfermagem. Logo nos primeiros anos após a graduação, comecei a trabalhar em ambulatório de cirurgia e, embora a maior demanda fosse de pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia geral, existiam inúmeros outros com feridas crônicas de diferentes etiologias.

No decorrer da vida profissional, tive ainda o privilégio de atuar em diversas áreas de hospitais públicos e privados o que me proporcionou não apenas competência técnica e visão generalista mas, principalmente, a consolidação do que eu realmente desejaria ser como enfermeira.

A partir dessas experiências, demarquei uma trajetória apoiada no cuidado de pessoas com feridas e busquei meu aprimoramento através de cursos e de literatura especializada.

No cuidado de pessoas com lesões de pele, o processo de reparação tecidual é um dos aspectos mais fascinantes. É indescritível acompanhar essa engenharia de reconstrução e restabelecimento da integridade cutânea.

Por outro lado, é também indescritível quando as situações opostas acontecem. Inúmeros fatores que comprometem a reparação

tecidual podem torná-la um processo lento e crônico, especialmente em feridas de perna, levando-nos a enfrentar, no dia a dia, inúmeros problemas que geram sentimentos de impotência e frustração.

Durante diversos anos, cuidando de pacientes com feridas agudas e crônicas e presenciando a dor, o sofrimento, as angústias e as perdas dentre outros aspectos, vivenciei inúmeras inquietudes que me levaram a refletir acerca desse cuidado. Certamente, fazia-se necessário um aprofundamento e aplicação do conhecimento que me capacitasse a lidar com pessoas com problemas crônicos.

Deparei-me então, com o curso de Especialização em Estomaterapia, o qual cursei em 1998. Coube-me, como tema de trabalho de conclusão, a qualidade de vida de pessoas portadoras de úlceras venosas, utilizando o instrumento de avaliação de qualidade de vida (QV) conhecido por SF-36. Esse estudo possibilitou verificar que a UV interferia na QV dos pacientes estudados, nos componentes Físico e Mental, desencadeando, principalmente, a não socialização que favorecia o isolamento, principalmente devido às dificuldades na mobilização (MEIRA; YAMADA; BELÔNIA, 1998). Embora o trabalho tenha tido o tamanho da amostra, como fator limitante o que não nos permitiu estabelecer tratamento estatístico específico e sua posterior publicação, despertou-nos um grande interesse em estudar a QV, em especial nessa população alvo.

Investigar a QV de pessoas com Úlceras Venosas Crônicas (UVC), como objeto deste estudo, deu-se por ser esse tipo de lesão não só o mais freqüente na população mundial, como ser recidivante e apresentar morbidade e cronificação significativas. Outro aspecto relevante referiu-se à escassez de estudos relacionados exclusivamente à verificação da QV dessa população, embora exista uma vasta literatura médica sobre a Doença Venosa.

1.2. Contextualizando a Úlcera Venosa Crônica

Apesar de estarmos no terceiro milênio e dos avanços tecnológicos e científicos obtidos na área da saúde no século XX, que possibilitaram o aumento da expectativa de vida, são inúmeros os problemas que continuam a afetar a saúde das populações em todo o mundo, seja nos países desenvolvidos seja nos mais pobres. Tais problemas têm levado os cientistas a preocuparem-se, cada vez mais, não somente com a efetividade das intervenções terapêuticas mas também com as melhorias obtidas na QV dos pacientes, principalmente dos que apresentam as doenças consideradas crônico-degenerativas.

Segundo IDE; CHAVES (1992), nos últimos cem anos, as doenças crônicas tiveram um importante crescimento na população

mundial e, no Brasil, esse crescimento vem acontecendo há menos de cinco décadas. Esse fato vai ao encontro da referência de TRENTINI; SILVA; LEIMANN (1990), de que a saúde da população brasileira tem passado de uma condição em que prevaleciam as doenças infecciosas para uma condição de predominância de doenças crônicas.

A doença crônica caracteriza-se por períodos de exacerbação e remissão, o que, conjuntamente às restrições decorrentes do tratamento, acarretam alterações no estilo de vida das pessoas (KURT, LUBKIN, 1990). Embora essas mudanças não aconteçam todas ao mesmo tempo, mas de modo a sobreporem-se umas às outras, são permanentes nas situações crônicas (TRENTINI; SILVA; LEIMANN, 1990), tornando-se um verdadeiro desafio aos seres humanos em busca da tão sonhada “boa vida”.

Dentre as enfermidades crônicas que afetam o homem têm-se a Insuficiência Venosa Crônica (IVC), que mesmo com mortalidade praticamente inexistente, apresenta elevada morbidade e é caracterizada principalmente pela ocorrência de UVC nos membros inferiores, quando em estágio avançado (MAFFEI, 1995a; CLASSIFICATION, 1997).

A IVC é considerada a mais freqüente dentre as doenças de origem venosa (HOBSON, 1997). Essa afecção não é nova para a medicina, tendo sido mencionada já nos papiros egípcios e também

por médicos gregos como Hipócrates (460 - 370 a.C), e Asclepiades de Bithynia (124 - 40 a.C) (HURLEY, 1990). No entanto, embora milenar, pouco desenvolvimento ocorreu no que tange às intervenções para a cura da IVC (IBRAHIN; MACPHERSON, GOLDHARBER, 1996).

A IVC refere-se a um conjunto de alterações físicas como o edema, a hiperpigmentação, o eczema, a erisipela, a lipodermatoesclerose, que ocorrem na pele e no subcutâneo, principalmente nos membros inferiores. Essas são decorrentes da hipertensão venosa de longa duração, causada por insuficiência valvular e/ou obstrução venosa (MAFFEI, 1995b).

A doença venosa tem sido classificada a partir de um consenso estabelecido por um comitê de especialistas de vários países, em 1994, com o propósito de utilização sistemática e universal. A classificação é feita através da sigla CEAP, onde “C” refere-se aos sinais clínicos objetivos da doença; “E” à etiologia; “A” à localização anatômica e “P” à fisiopatologia (KISTNER, 1996; CLASSIFICATION, 1997). As vantagens dessa classificação refere-se a detecção precoce da doença, à implementação de medidas de educação em saúde e ao acompanhamento da evolução da doença.

Os sinais clínicos “C” incluem uma graduação de C_0 a C_6 . C_0 representa a inexistência de sinais clínicos; C_1 , a presença de

telangectasias ou veias reticulares; C₂, de veias varicosas; C₃, de edema; C₄, de alterações que ocorrem na pele e subcutâneo, atribuídas à doença venosa (hiperpigmentação, eczema, lipodermatoesclerose); C₅, caracterizada pelas alterações referidas em C₄ além da existência da úlcera cicatrizada e C₆, as mesmas alterações descritas em C₄ com a presença de úlcera ativa. A avaliação da gravidade da doença é feita de forma ascendente (KISTNER, 1996; CLASSIFICATION, 1997). Ao observar-se a definição apresentada anteriormente, observa-se nesta classificação, que IVC inicia-se na graduação C₃.

Quanto à etiologia (“E”), três categorias de disfunção venosa são reconhecidas, ou seja, congênita, primária ou secundária. Os problemas congênitos podem ser aparentes ao nascimento ou percebidos posteriormente; os primários não têm causa conhecida e os secundários são aquelas condições adquiridas e com patologia conhecida, como por exemplo, a trombose venosa profunda (KISTNER, 1996; CLASSIFICATION, 1997).

A localização anatômica (“A”), por sua vez, descreve a extensão anatômica da doença nas veias dos sistemas venosos superficial, profundo ou perforante. A doença pode estar presente em um, dois ou nos três sistemas venosos. E, finalmente, a fisiopatologia (“P”), que relaciona a IVC como resultante do refluxo decorrente da

insuficiência valvular, da obstrução ou de ambos (KISTNER, 1996; CLASSIFICATION, 1997).

De acordo com a classificação dos sinais clínicos de IVC, verifica-se que um dos aspectos de gravidade apresentados é o surgimento de ulcerações nos membros inferiores, como a complicação mais importante. Ao surgirem espontaneamente, tendem a ser localizadas na região maleolar interna; no entanto, quando são ocasionadas por outros fatores como o trauma ou a infecção, podem aparecer em outros segmentos dos membros inferiores (SILVA, 1995; MAFFEI, 1995a; 1995b; THOMAZ, 1997; HOBSON, 1997; SIBBALD, 1998a; 1998b; SIBBALD et al, 2001).

As úlceras de perna de etiologia venosa são consideradas as de maior frequência (80% a 90%), seguidas pela úlcera arterial (5% a 25%) (BAKER et al, 1992; ELDER; GREER, 1995; BOWMAN; HOGAN, 1999). Doze por cento dos casos podem relacionar-se a úlceras de etiologia mista, isto é, decorrentes da associação das doenças venosa e arterial (BAKER et al, 1992), e com problemáticas específicas, dependendo da exacerbação da doença arterial. Em amostra de 382 pacientes com úlceras de perna, NELZEN; BERGQVIST; LINDHAGEN (1994), na Suécia, constataram que 54% eram de origem venosa. Em outro estudo epidemiológico, também sueco, realizado por EBBESKOG; LINDHOLM; OHMAN

(1996), constataram-se 42% de pacientes com úlceras venosas dentre 294 pessoas com úlcera de pernas e pés. SUZUKI et al (2001), em estudo brasileiro com 90 pacientes com úlceras de membros inferiores, obtiveram 73 (81,2%) pacientes com UVC. Das demais úlceras, 1 (1,1%) foi do tipo arterial, 3 (3,3%) mista, e 13 (14,4%) decorrentes da diabetes (3,3% neuropáticas e 11,1% neuroisquêmicas). Tais resultados encontrados para as UVC são similares aos dados internacionais.

As úlceras venosas têm repercussões clínicas importantes nas populações acima de 65 anos (ZINK; RUSSEAU; HOLLOWAY, 1992; ELDER; GREER, 1995; CAPEHEART, 1996; TURNER-BOUTLE et al, 1996; FALANGA, 1997; SIBBALD, 1998b; KUNIMOTO, 2001), especialmente na feminina (ZINK; RUSSEAU; HOLLOWAY, 1992; SIBBALD, 1998b), com taxas que variam de 0,06% a 1,5%, conforme estatísticas nacionais e internacionais (HOLLOWAY, 1990; BAKER et al, 1991; BAKER et al, 1992; LINDHOLM et al, 1993; NELZEN; BERGQVIST; LINDHAGEN, 1994; MAFFEI, 1995a; RUCKLEY, 1997).

A respeito da etiopatogenia da UVC embora pouco se saiba com exatidão, algumas teorias têm sido propostas.

Mesmo com mecanismo exato ainda desconhecido, há um consenso entre os autores de que a hipertensão venosa é o fator mais

comum para a ulceração (THE ALEXANDER HOUSE GROUPE, 1992; FALANGA, 1997; VAN DE SCHEUR; FALANGA, 1997; BOWMAN; HOGAN, 1999). Ao longo do tempo, as pressões elevadas no interior dos vasos provocam alterações na microcirculação. As paredes dos vasos são danificadas, acarretando um aumento da permeabilidade capilar com liberação de macromoléculas do seu interior para a pele, o que provoca as alterações cutâneas observadas sob a forma de edema, eczema, hiperpigmentação, lipodermatoesclerose, culminando na ulceração do tecido (Browse; Burnand, 1982 citado por BLAIR et al, 1988 e IBRAHIM, MACPHERSON, GOLDHARBER, 1996; MAFFEI, 1995a; NORGREN, 1997).

Além da teoria clássica que explica a formação da úlcera pela ação contínua da hipertensão venosa, em deambulação, na parede vascular, outros modelos teóricos complementares têm sido propostos nos últimos vinte anos, buscando aprofundar o conhecimento não só acerca da gênese da ulceração como da cronificação das úlceras venosas.

Assim, em 1982, os cirurgiões britânicos Browse e Burnand desenvolveram a chamada “fibrin cuff theory” ou teoria de “cuffs” de fibrina, na qual sugerem que esses “cuffs” são desenvolvidos como resultado da hipertensão venosa e da liberação de fibrinogênio. Ao ser

polimerizado em fibrinas insolúveis o fibrinogênio acarreta a formação “cuffs” que atuam como uma barreira física à difusão de oxigênio e de nutrientes para os tecidos ocasionando anóxia, morte celular e a úlcera (THE ALEXANDER HOUSE GROUPE, 1992; ELDER; GREER, 1995; IBRAHIM; MACPHERSON, GOLDHARBER, 1996; FALANGA, 1997; VAN DE SCHEUR; FALANGA, 1997; ZIMMET, 1999; BOWMAN; HOGAN, 1999).

Outra teoria denominada “white cell trapping”, ou teoria dos leucócitos, foi descrita por Coleridge Smith e colaboradores, em 1988. Os autores propõem que a hipertensão venosa reduz o fluxo sanguíneo no capilar, permitindo que as células brancas agrupem-se na parede do endotélio ocluindo os capilares, causando isquemia local e bloqueando a passagem do oxigênio pelas hemáceas. Os neutrófilos aderidos ativam-se e liberam radicais livres, citoquinas e substâncias quimiotáticas, que causam danos à vasculatura da derme, e a resposta inflamatória resultante leva à morte tecidual e à formação da úlcera (THE ALEXANDER HOUSE GROUPE, 1992; ELDER; GREER, 1995; IBRAHIM, MACPHERSON, GOLDHARBER, 1996; FALANGA, 1997; VAN DE SCHEUR; FALANGA, 1997; ZIMMET, 1999; BOWMAN; HOGAN, 1999).

Hipótese alternativa proposta por Falanga e Eaglstein, e publicada em 1993, foi chamada de “trap growth factor hypothesis”.

Na visão desses autores, o fibrinogênio e outras macromoléculas como a albumina e alpha 2 – macroglobulina, liberadas na derme em decorrência da hipertensão venosa, agrupam-se a fatores de crescimento e outras substâncias estimuladoras ou homeostáticas tornando-os indisponíveis para a manutenção da integridade do tecido e para o processo de reparação (FALANGA, 1997, 1999; VAN DE SCHEUR; FALANGA, 1997; ZIMMET, 1999).

Em síntese, os autores consideram que todas as hipóteses descritas não são excludentes e, possivelmente, todas estão envolvidas no processo da ulceração venosa (IBRAHIM, MACPHERSON, GOLDHARBER, 1996; FALANGA, 1997, 1999; VAN DE SCHEUR; FALANGA, 1997; ZIMMET, 1999).

Conforme citado antes, embora a mortalidade por IVC seja praticamente nula (MAFFEI, 1995a), a morbidade é bastante significativa (MAFFEI, 1995a; PIÉRARD-FRANCHIMONT et al, 1997), constituindo importante causa de desconforto e incapacidade (CLASSIFICATION, 1997), e interferindo em vários aspectos da vida do sujeito portador da doença, nas esferas social, econômica, familiar, trabalho e outras. Com relação ao trabalho, Browse; Burnand (1978) citado por MAFFEI (1995a) estimam que haja perda de 500.000 dias de trabalho por ano, na Inglaterra e País de Gales, e de 2.000.000 de dias nos Estados Unidos, em decorrência da IVC.

Alguns aspectos presentes na condição clínica das pessoas com úlceras venosas como o longo tempo até a cicatrização, a alta frequência de recidivas e o elevado custo do tratamento, caracterizam-na, não só como doença crônica, mas também, como importante fator de impacto sobre a qualidade de vida do indivíduo (BLACK, 1995; CAPERHEART, 1996; VANHOUTTE; CORCAUD; MONTRION, 1997; RUCKLEY, 1997).

Segundo IBRAHIN, MACPHERSON, GOLDHARBER (1996), embora as UVC sejam tão antigas quanto a humanidade, o entendimento a respeito das mesmas ainda é inadequado e com pouca evolução na medicina. Porém, SIBBALD (1998b), considera que nos dias de hoje, esses pacientes são bem mais afortunados frente aos inúmeros avanços no tratamento clínico, a partir do final da década de oitenta, que tem proporcionado melhores condições de cuidados. WALSH (1995) refere que as pesquisas realizadas nessa área ainda são mais voltadas para o tratamento compressivo e também para o esclarecimento do mecanismo de formação da úlcera, sendo poucos os estudos que objetivam avaliar as experiências vividas pelos sujeitos e o impacto que a úlcera provoca em suas vidas diárias. LINDHOLM et al (1993), ao avaliarem a QV de 125 pacientes com úlceras de perna de diversas etiologias, usando o Nottingham Health Profile corroboram a afirmação de WALSH (1995), ao afirmarem que,

tradicionalmente, pouco interesse tem sido devotado para se estudar o impacto das úlceras de perna na qualidade de vida.

Em estudo realizado por FLETT; HARCOURT; ALPASS (1994), sobre os aspectos psicossociais de pacientes idosos com e sem úlceras de perna, constatou-se que os idosos com úlceras relataram mais problemas com a atividade, mobilidade, dor e preocupações com a saúde, além de apresentarem níveis mais baixos de auto-estima. PHILLIPS et al (1994), também estudando o impacto das úlceras de perna de diferentes causas sobre a QV e as implicações nas esferas psicológica, social e financeira dos indivíduos, observaram que 68 % de 73 pacientes referiram que a úlcera tem efeito emocional negativo em suas vidas, incluindo os sentimentos de medo, o isolamento social, o nervosismo, a depressão e a auto-imagem negativa. Além disso, apresentaram forte correlação entre o tempo gasto no cuidado com as feridas e os sentimentos de raiva e ressentimento.

Similarmente, NEIL; MUNJAS (2000), em análise fenomenológica das vivências de 10 pacientes com feridas crônicas, detectaram problemas como o isolamento, as dificuldades para andar, a dor, a perda do sono, o odor e o vazamento, os quatro últimos relacionados à fadiga, embaraço, frustração e isolamento social. Sentimentos de esperança de cura diminuía à medida do tempo de cronicidade das lesões. Esses resultados levaram as autoras a

concluírem que as úlceras crônicas “ferem” o indivíduo tanto física como emocionalmente.

No que concerne especialmente às UVC, LAMPING (1997) ressalta que essas feridas causam as mesmas limitações nas atividades de vida diária já mencionadas, interferem na vida social e causam sofrimento/angústia mental ao paciente.

PIEPER; SZCZEPANIAK; TEMPLIN (2000), avaliaram aspectos referentes ao ajustamento psicossocial, coping e qualidade de vida de 32 pessoas com úlceras venosas decorrente de uso de drogas injetáveis, através de diferentes instrumentos (The Psychosocial Adjustment to Illness Scale – PAIS, Ways of Coping e Quality of Life With a Leg Ulcer Questionnaire). Os resultados apresentaram correlação negativa entre o tamanho da ferida e o escore de QV ($r = -0,52$). A dor interferiu significativamente com o escore do coping - relacionado com autocontrole ($r = 0,40$), o escore do PAIS - relacionado ao ambiente doméstico ($r = 0,51$) e o escore do questionário de QV ($r = -0,65$). As autoras concluíram que UVC de maiores dimensões causaram a esses pacientes investigados, grandes dificuldades no ambiente doméstico, maior sofrimento psicossocial e pobre QV.

Launois (1994), citado por VANHOUTTE; CORCAUD; MONTRION (1997), buscando estabelecer as possíveis ligações entre

a fisiopatologia, os sintomas e os impedimentos na QV dos pacientes com IVC, elaborou um esquema representacional que aponta, em última instância, as alterações do estado funcional e o impacto psicológico e social causados pelos diferentes sinais e sintomas da IVC. O autor, no entanto, não menciona a ulceração.

Os estudos realizados por WALSHE (1995) e por KRASNER (1998a, 1998b), a respeito das experiências de pacientes com UVC, apresentam conclusões de que esse tipo de lesão de pele acarreta profundo e negativo efeito na vida das pessoas, principalmente relacionado à mobilidade e à dor. Sentimentos de frustração devidos à lentidão na cicatrização, depressão, embaraço, dificuldades na higiene associados às bandagens, distúrbios do sono ocasionados principalmente pela dor e medo de novas úlceras são outras ocorrências mencionadas pelos pacientes entrevistados.

Outro aspecto, ainda relacionado à mobilidade, e presente no trabalho de KRASNER (1998a), referiu-se às interferências no trabalho devidas ao desconforto ocasionado pelo posicionamento e às impossibilidades de elevar os membros. PHILLIPS et al (1994) constatarem correlação positiva estatisticamente significativa entre as úlceras de perna em trabalhadores jovens e a perda de horas de trabalho ($p < 0,001$) e a perda do emprego ($p < 0,01$).

Com relação à dor, HOFMAN et al (1997) na Inglaterra, investigando prospectivamente a prevalência e a gravidade da dor em pacientes com UVC (n=94), constataram que 64% da amostra referiram apresentar dor de forte intensidade. EBBESKOG; LINDHOLM; OHMAN (1996), por sua vez, obtiveram taxas mais baixas (47%), em estudo realizado na Suécia.

Esses mesmos aspectos, postulados por esses autores anteriormente citados, também têm sido evidenciados em nossa prática clínica. Durante a investigação que realizamos e no acompanhamento dos pacientes/clientes com UV durante meses, presenciamos problemas relacionados à mobilização, dores frequentes, choro, depressão, vergonha das pernas, dificuldade para a cura, revolta, angústia, cansaço, baixa auto-estima e, até mesmo, aparente “conformismo e acomodação” à situação. Esse panorama, agora ratificado em parte pela literatura, levou-nos à necessária reflexão a respeito da QV dessas pessoas, motivando-nos a investigação que ora apresentamos.

1.3. A Introdução da Qualidade de Vida na Área do Conhecimento Humano

A QV é, atualmente, um tema popular e abrangente que tem despertado o interesse de profissionais de diversas áreas do conhecimento humano, em especial da saúde, não apenas aqueles envolvidos em pesquisas científicas, mas também os que estão voltados para a prática clínica.

Segundo FARQUHAR (1995a), o termo QV soa de forma poderosa, tornou-se popularizado, está em voga na sociedade moderna e é considerado um dos termos mais interdisciplinares da atualidade. FERRAZ (1998) refere que, embora a QV ainda esteja na infância, e precise, obviamente, de amadurecimento, veio para ficar definitivamente. Portanto, os profissionais precisam entendê-la e contribuir para o seu desenvolvimento, uma vez que as avaliações de QV certamente nortearão os sistemas políticos, econômicos e sociais vigentes e as tomadas de decisão dos próprios profissionais frente aos clientes.

Embora pareça atual, WOOD-DAUPHINEE (1999) escreve que o termo QV foi mencionado pela primeira vez por Pigou em 1920, em seu livro “Economia e bem-estar material”, onde descrevia o suporte oferecido pelo governo para os indivíduos de classe social menos favorecida e o conseqüente impacto sobre as vidas dos mesmos. No entanto, esse autor não foi notado, o termo não teve a

valorização devida e caiu no esquecimento, reaparecendo após a Segunda Guerra Mundial.

Nesse período pós-guerra, a civilização ocidental atrelou o sucesso tanto individual quanto coletivo e o bem-estar às conquistas econômicas, traduzidas enfaticamente na aquisição de bens materiais (FERRAZ, 1998) ou seja, ter QV era privilégio das pessoas que tinham dinheiro e, portanto, poderiam gastá-lo comprando casa própria, carros, eletrodomésticos e outros, além de poder viajar e desfrutar a vida.

Felizmente, o pensamento humano transforma-se e, no final da década de cinquenta e início de sessenta, o termo QV ressurgiu como crítica ao conceito em voga, baseado no materialismo exagerado.

Os economistas Samuel Ordway (1953) e H. Farifield Osborn (1957), fazendo críticas severas às políticas governamentais vigentes que objetivavam o crescimento econômico sem limites, apontaram que, a longo prazo, o materialismo exagerado poderia ser devastador e levar à degradação da humanidade, além de deteriorar a qualidade de vida interna do homem, impossibilitando os indivíduos de realmente usufruírem uma boa vida. Tornava-se necessária, então, a revisão do conceito de QV arraigado na sociedade daquela época MUSSCHENGA (1994, 1997).

O uso do termo QV foi gradativamente ampliado e tornou-se comumente usado (FARQUHAR, 1995b), a tal ponto de, em 1960, ser incluído no relatório dos membros da Comissão dos Objetivos Nacionais do Presidente dos Estados Unidos, Eisenhower. Nesse relatório, os membros incluíram uma variedade de fatores ambientais e sociais tais como a educação, a saúde e o bem-estar material, além da preocupação com o crescimento individual e econômico dos americanos e da defesa de um mundo livre (FLANAGA, 1982; FARQUHAR, 1995b). No entanto, ao que parece, a popularidade e a incorporação do termo no vocabulário dos cidadãos dos Estados Unidos aconteceu somente mais tarde quando empregado pelo então presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, em 1964, como uma declaração de que *“os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”* (FLECK et al, 1999a).

No setor das políticas de saúde, a QV passou a ser introduzida um pouco mais tarde, há cerca de trinta anos, para distinguir diferentes pacientes, grupos de pacientes e avaliar as intervenções realizadas (PASCHOAL, 2000).

KLEINPELL (1991) menciona que o termo QV começou a ser citado na literatura médica e incluído no Index Medicus a partir de 1976. De acordo com o mesmo autor, os primeiros esforços para

mensurar a qualidade de vida deram-se através de três estudos realizados por pesquisadores norte-americanos. O primeiro, realizado por Gurin; Veroff; Feld em 1957, objetivou avaliar a saúde mental da nação; o segundo, desenvolvido em 1961 por Norman Bradburn, avaliava o equilíbrio afetivo; e o terceiro foi a respeito de aspirações, necessidades e satisfação, feito por Hardley Cantril, em 1965.

Gradativamente, as pesquisas ampliaram-se na área da saúde e as primeiras disciplinas a realizarem ensaios clínicos foram a oncologia, a reumatologia e a psiquiatria. As conclusões dessas pesquisas revelaram que o prolongamento da vida não era necessariamente pressuposto para se obter uma “boa vida” (FARQUHAR, 1995b), trazendo a reflexão de que não basta realmente tratar as doenças e acrescentar mais anos de vida ao ser humano. É necessário que a cura ou melhora do estado doente possa, de fato, repercutir de forma positiva em todos os componentes da vida.

FLECK et al (1999a) ressaltam que a preocupação com QV refere-se a um movimento dentro das áreas humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos do que o controle de sintomas, a diminuição de mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. CIANCIARULLO (1998) salienta que a condição de saúde, enquanto referencial de QV, pressupõe condições dignas em todos os

aspectos da vida e, ao ser estabelecida como uma meta a ser alcançada, requer compromissos da sociedade em geral, para que possam ser alavancados todos os processos de mudanças necessários para obtê-la.

1.4. Qualidade de Vida: Conceitos e Instrumentos de Medida

A QV envolve inúmeros aspectos e para melhor compreendê-los é necessário identificar os conceitos que realmente expressam, de forma genérica e específica, o seu significado para os indivíduos, os seus familiares, os grupos e a comunidade (CIANCIARULLO, 1998). Em revisão da literatura acerca do tema, no entanto, verifica-se que não existe um conceito único e abrangente. Esse fato se dá, segundo diversos autores como FERRANS; POWERS (1992); LEININGER (1994); MARTINS; FRANÇA; KIMURA (1996); FARQUHAR (1995b); MINAYO; HARTZ; BUSS (2000), porque a QV é intensamente marcada pela subjetividade e envolve todos os componentes essenciais da condição humana, físico, psicológico, social, cultural e espiritual, conferindo-lhe uma característica de multidimensionalidade e polissemia.

Do ponto de vista semântico, o termo “qualidade” é um atributo que envolve indicadores negativos e positivos. “Vida” por sua

vez, tem significações quase infinitas e, por mais que se tente dividi-la, não é possível compreendê-la e visualizá-la em sua plenitude. Ao serem integrados ambos os termos, surge uma expressão indivisível com novos significados, tornando-se difícil estabelecer uma conceituação abrangente (SANTOS; KIMURA, 2000), clara, precisa e por todos aceita. QV é ampla e se modifica continuamente (TOPCZEWSK, 1995), além de significar diferentes coisas para diferentes pessoas (FARQUHAR, 1995b).

Para KIMURA (1999), existem controvérsias teóricas e metodológicas para a exploração do conceito de QV, por ser um fenômeno extremamente complexo, com significados variados e diversas possibilidades de enfoque para a sua abordagem. No entanto, mesmo que existam controvérsias, há concordância entre os autores quanto à inclusão de aspectos relacionados à capacidade funcional, às funções fisiológicas, afetivas e emocionais, às interações sociais, ao trabalho e à situação econômica, sempre centrados na avaliação subjetiva dos indivíduos.

Com relação à subjetividade da QV, SANTOS; KIMURA (2000) referem que, embora os aspectos objetivos devam ser incluídos na avaliação, são os aspectos subjetivos os que mais precisamente podem se aproximar da definição de QV de uma pessoa, ao estarem permeados de significados das próprias experiências vividas.

A Organização Mundial da Saúde, baseada em três aspectos fundamentais referentes ao construto QV - subjetividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas e negativas - obtidos através de pesquisas realizadas por especialistas de diferentes culturas, define a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e de sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995; FLECK et al, 1999a, 1999b).

Embora existam vários conceitos e definições que incluem, principalmente, concepções de satisfação, felicidade e bem-estar (SANTOS; KIMURA, 2000), este estudo será fundamentado naquele estabelecido por FERRANS; POWERS (1985, 1992) para quem a qualidade de vida é entendida...

...“como a sensação de bem-estar de uma pessoa que deriva da satisfação ou insatisfação com as áreas da vida que são importantes para ela”.

Desde que o termo QV foi introduzido na área da saúde, o número de pesquisas cresceu de forma exponencial nas mais diversas disciplinas, e inúmeros instrumentos têm sido desenvolvidos, principalmente a partir da década de oitenta, a maioria oriunda dos Estados Unidos e Inglaterra. A criação desses instrumentos tem como

objetivos não só fornecer dados quantitativos sobre a qualidade de vida mas, principalmente, avaliar o resultado das intervenções realizadas, especialmente em doenças crônicas (TESTA; SIMONSON, 1996; FLECK et al, 1999a, 1999b; SANTOS; KIMURA, 2000; SANTOS; SILVA, 2001).

Esses instrumentos de avaliação quantitativa apresentam abrangências variadas, seja do tipo genérico ou específico para determinada doença ou problema.

Os instrumentos genéricos são geralmente desenvolvidos para serem aplicados nas pesquisas epidemiológicas ou das ciências sociais. São instrumentos que permitem a comparação entre diferentes categorias de doença e também são usados para evoluir os tipos de cuidados oferecidos ou o gerenciamento dos pacientes (McDOWELL; NEWELL, 1996).

Essa modalidade de instrumentos, ao não especificarem doenças, funções ou situações, podem ser aplicados tanto para indivíduos sadios como àqueles com qualquer tipo de doença (FERRANS; POWERS, 1992; FERRAZ, 1998). Como exemplo desses temos, em nosso meio, a Escala de Qualidade de Vida de Flanagan (NASSAR; GONÇALVES, 1999) e a versão genérica do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers (FERRANS; POWERS, 1985, 1992).

Dentro da categoria de instrumentos genéricos existem também os que podem ser relacionados à saúde, os quais objetivam avaliar o perfil de saúde de pacientes com variados tipos de doenças. O WHOQOL, o Medical Outcomes Short-Form Health Survey - SF-36, o Sickness Impact Profile-SIP e o Nottingham Health Profile – NHP são exemplos dessa categoria (LAMPING, 1997; FERRAZ, 1998; WOOD-DAUPHINEE, 1999; PASCHOAL, 2000).

Já, os instrumentos específicos são focados e aprofundados em determinada área de interesse. Podem ser específicos para determinada doença (câncer, AIDS, insuficiência renal, etc.); para determinado problema, tal como a dor; para um tipo particular de pessoa (avaliação de saúde de mulheres) ou para determinado grupo etário (crianças, idosos) (MCDOWEEL; NEWELL, 1996; LAMPING, 1997; FERRAZ, 1998; PASCHOAL, 2000). Esses instrumentos são de grande utilidade na avaliação de modalidades terapêuticas em ensaios clínicos, para captar as mudanças ocorridas com o tratamento (McDOWEEL; NEWELL, 1996; FERRAZ, 1998), porém, apresentam como grande desvantagem a impossibilidade de não poderem ser extrapolados para diferentes doenças, dificultando a comparação entre as mesmas (FERRAZ, 1998). Ambas modalidades de instrumentos de avaliação de QV podem ser administradas tanto por entrevistas ou serem auto-aplicáveis, com vantagens e

desvantagens tanto para um método como para o outro (FERRAZ, 1998). Com o exemplo de instrumento específico para doenças encontram-se, na literatura, o IQV de Ferrans & Powers versões diálise, cardíaca, câncer (FERRANS; POWERS, 1985, 1992) e várias outras disponíveis na Internet. Essas versões nada mais são que o IQV genérico com acréscimo de itens para tais populações.

Com relação aos instrumentos específicos sobre avaliação de QV em pacientes com Doenças Venosas, LAMPING (1997) faz referência à existência de cinco instrumentos, dos quais, quatro são oriundos do Reino Unido e um da França. Todavia, segundo a autora, os instrumentos existentes apresentam pouca evidência de validade e confiabilidade.

Outro questionário específico para avaliar IVC, em todos os estágios, foi desenvolvido na Alemanha por AUGUSTIN et al (1997), e denominado Freiburger Questionnaire of Quality of Life in Venous Diseases (FLQA). O FLQA é formado por 83 itens que distinguem as limitações na QV em 7 escalas: *queixas físicas, vida diária, vida social, estado emocional, tratamento, satisfação e ocupação*. Os autores aplicaram o questionário em 246 pacientes com IVC, (107 no estágio I); (75 no estágio II) e (64 no estágio III - UVC). Segundo os autores os resultados dos testes que avaliaram a confiabilidade e a validade

convergente e discriminante do FLQA atestaram as propriedades psicométricas.

PIEPER; SZCZEPANIAK; TEMPLIN (2000), a partir de um instrumento já existente - específico para avaliar QV de pessoas como doença intestinal inflamatória – fizeram modificações para avaliar a QV de pessoas com úlceras de perna, cujo teste de confiabilidade através do coeficiente de alfa de Cronbach foi 0.90. Esse questionário consiste de itens que informam a respeito das atitudes e comportamentos associados com a vida diária de pessoas com úlceras de perna. Tais itens incluem *a fadiga, o cancelamento de planos, a participação nas atividades, a dor, a depressão, o exsudato da ferida, o odor, o relaxamento e a raiva*, valorados em uma escala Likert de 1 a 7 pontos, onde 1 representa o pior escore ou o impacto mais negativo. A avaliação é feita sempre tendo como referências as últimas duas semanas.

WALTERS; MORRELL; DIXON (1999), por sua vez, referem-se ao Frenchay Activities Index (FAI), destinado também à avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas com UVC. No entanto, os autores, não apresentam informações detalhadas sobre o instrumento.

Reiterando-se o que já foi comentado anteriormente, embora os estudos sobre avaliação de qualidade de vida tenham crescido de

forma exponencial nos últimos trinta anos para as mais variadas doenças crônicas, no que se refere à UVC, embora existam centenas de estudos internacionais e nacionais acerca da IVC e principalmente relacionados aos cuidados avançados no manejo dessas lesões, é escassa a literatura relacionada à verificação do seu impacto na QV das pessoas, justificando, mais uma vez, a realização deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- Analisar a qualidade de vida de pessoas com úlceras venosas crônicas.

2.2. Objetivos Específicos

- Verificar as propriedades psicométricas do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers para este estudo;
- descrever as características sócio-demográficas e das úlceras venosas da amostra estudada e
- analisar os escores de qualidade de vida segundo as características sócio-demográficas e as características das úlceras venosas.

3 CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1. Tipo de Estudo

Este estudo é do tipo descritivo, exploratório, correlacional, de campo, transversal e com abordagem quantitativa.

3.2. Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de São Paulo, nos ambulatorios de Cirurgia Vascular da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, do Hospital Regional Sul e do Hospital Santa Marcelina. A descrição dos serviços fixou-se no funcionamento vigente no período de realização da coleta de dados.

3.2.1. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCM)

A ISCM está localizada na zona central do município. Trata-se de um hospital geral, de porte extra, de ensino, filantrópico e de nível terciário de atendimento, referência em trauma, cirurgia vascular, ginecologia, obstetrícia de risco e pediatria, dentre outras especialidade.

O ambulatório onde a pesquisa foi realizada está localizado em edifício próximo ao hospital e funciona de segunda a Sexta-feira das 7:00 às 16:00 horas, englobando todas as disciplinas da área de saúde.

O atendimento ambulatorial gira em torno de 120 mil consultas ao mês. Cerca de 16000 desses atendimentos são oriundos das disciplinas do departamento de cirurgia. As consultas do ambulatório da disciplina de Cirurgia Vascular constituem aproximadamente 500 e, dessas, cerca de 200 referem-se a doenças venosas e linfáticas.

A disciplina de Cirurgia Vascular está ligada ao Departamento de Cirurgia e possui, como uma de suas subdivisões, o Ambulatório de Doenças Venosas (AMBVEN). O AMBVEN tem como finalidade exercer tanto atividades assistenciais quanto educacionais e é subdividido em atendimento, diagnóstico, tratamento e grupo de estudos. Esse ambulatório é coordenado por um cirurgião vascular, o qual conta com o auxílio de alunos de graduação e de residência médica. Os profissionais da enfermagem atendem o ambulatório de cirurgia como um todo.

O AMBVEN funciona somente às segundas-feiras pela manhã, para atender tanto os pacientes novos como os que já estão cadastrados no serviço. Devido à grande demanda de pacientes e às

dificuldades para o atendimento, por falta de vagas, a coordenação do AMBVEN fez uma reestruturação do serviço através de consecutivas triagens tanto no pronto atendimento como no próprio ambulatório, a fim de selecionar os casos e dessa, forma, diminuir a demanda e melhorar a assistência na especialidade.

No ambulatório também funciona a Seção de Curativos realizados por auxiliares de enfermagem. Alguns pacientes são selecionados e agendados para acompanhamento no ambulatório da enfermeira estomaterapeuta. Esse ambulatório de enfermagem atende todas as solicitações dos ambulatórios e das unidades de internação e dispõe de materiais modernos para realizar a terapia tópica.

As altas do AMBVEN são vinculadas ao término do tratamento ou à finalização da sua participação em protocolos de pesquisas.

3.2.2. Hospital Regional Sul (HRS)

O segundo campo de pesquisa, HRS, está localizado na zona sul do município, é de médio porte, geral, governamental, terciário, pertencente ao Núcleo 2 e referência em trauma para a região e cidades vizinhas. O seu ambulatório localiza-se em outro endereço na região e o funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 19:00

horas, integrando vinte e duas especialidades e realizando cerca de 10 mil atendimentos por mês.

O ambulatório de cirurgia vascular possui sessenta pacientes cadastrados com úlceras de etiologias variadas, os quais são atendidos semanalmente pelo médico vascular, para acompanhamento, principalmente, do tratamento tópico. A sala de curativo funciona diariamente para atendimento dos pacientes que não estão cadastrados no programa de bota de unha.

Além da sala de curativos, existe outro consultório para cuidados com feridas, gerenciado pela estomaterapeuta do ambulatório, que atende os pacientes excedentes ou outros encaminhados pelo médico vascular.

3.2.3. Hospital Santa Marcelina (HSM)

O HSM foi o terceiro local de pesquisa. Está localizado na zona leste do município, é geral, de grande porte, de ensino, filantrópico, para atendimento preferencialmente secundário e terciário, embora também desenvolva atenção primária, devido à carência local por esse tipo de atendimento. É referência em trauma e neurocirurgia para a região e integra os hospitais que fazem parte do

“Sistema de Regulação Metropolitano” da Secretaria Estadual de Saúde, para atendimento dos casos de alta complexidade.

Nessa instituição, existem dois ambulatórios, um destinado a pacientes particulares e conveniados e outro aos pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS). O privado localiza-se dentro do hospital e o público está localizado em outro prédio próximo ao complexo.

A demanda média mensal aproximada no ambulatório SUS, onde foi realizada a pesquisa, gira em torno de 70 mil consultas. O funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 7:00 às 19:00 horas. Os pacientes atendidos nesse ambulatório vêm espontaneamente ou são encaminhados das várias unidades de internação da instituição, de diversos hospitais e unidades básicas de saúde da região e de cidades vizinhas e, até mesmo, do interior do estado e de outros estados brasileiros. Embora a área de abrangência para atendimento seja delimitada, a instituição tem por filosofia atender e acompanhar todos pacientes que procuram o setor de agendamento.

Para o ambulatório SUS são destinados seis períodos de atendimento por semana, dois dos quais para os pacientes com doenças vasculares de etiologia venosa. Mensalmente, são realizadas cerca de 800 consultas médicas na cirurgia vascular.

A sala de curativos funciona diariamente e possui cerca de 100 pacientes cadastrados no programa de cuidados com feridas, com retorno para troca de curativos de uma a duas vezes por semana. Esse agendamento é feito para a enfermagem e os curativos, na sua maioria, são realizados pelos auxiliares de enfermagem, conforme as prescrições médicas.

3.3. Amostra

A amostra do estudo constituiu-se de 89 pessoas com úlcera de membros inferiores de etiologia exclusivamente venosa, sem limites de tempo de ulceração, número de úlceras ou recidivas, matriculadas nos ambulatórios dos diferentes serviços, presentes para consultas médicas ou para a realização de curativos no período de coleta dos dados. Consideraram-se como critérios de elegibilidade:

- estar em acompanhamento ambulatorial;
- possuir idade igual ou superior a 18 anos;
- concordar em participar do estudo, e
- ter condições físicas, mentais e intelectuais para comunicar-se com a pesquisadora.

3.4. Coleta de Dados

3.4.1. Procedimentos Realizados

A coleta de dados, incluindo a fase de pré-teste, foi efetuada no período de setembro de 2000 a março de 2001, após a obtenção da autorização das instituições (ANEXO A). Enquanto na ICSM e no HSM o projeto recebeu aprovação das Comissões de Ética em Pesquisa (CEP), no HRS, a aprovação foi feita pela própria chefia do ambulatório.

Os dados foram coletados nos ambulatórios dos respectivos serviços, nos dias pré-estabelecidos para o atendimento dos pacientes com UVC. A procura pelos clientes que se enquadrassem nos critérios de elegibilidade foi realizada através dos prontuários, o que nem sempre era fácil pela escassez de registros. Por inúmeras vezes, inexistia o registro do diagnóstico da etiologia da úlcera o que acarretava a necessidade de procurar os médicos para confirmação. Objetivando excluir os distúrbios mistos, nos casos em que não havia diagnóstico no prontuário e era impossível o contato com médicos, deixava-se de realizar a entrevista.

Quando os pacientes eram identificados como elegíveis para o estudo, procedia-se aos esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da participação, o direito de não

concordar em participar do estudo e a não interferência com a continuidade de seu tratamento, além do sigilo das informações e a publicação dos resultados sem a identificação pessoal. Somente após a assinatura do consentimento (ANEXO B), processava-se, então, à entrevista para a coleta dos dados.

As entrevistas foram realizadas em salas privativas, concedidas pelos serviços. Enquanto os dados sócio-demográficos foram obtidos com o próprio paciente, os relacionados à UV foram procurados no prontuário. No entanto, quando este não continha informações suficientes, essas eram complementadas pelo próprio paciente.

Com relação ao preenchimento do IQV foram utilizadas duas estratégias: *assistida*, para os pacientes com maior escolaridade; e *entrevista* para aqueles com baixa escolaridade, o que constituiu a maioria dos pacientes, dadas as próprias características dos serviços escolhidos como campo de estudo. Para a forma assistida, o próprio paciente preenchia o questionário sendo acompanhado pela pesquisadora somente nas dúvidas. Na entrevista após orientações quanto ao funcionamento do IQV e o sistema de pontuação, cada item era lido, solicitando-se ao paciente para pontuar a resposta que julgava adequada para si. Quando o item era de difícil entendimento, fazia-se o seu esclarecimento e persistindo a dúvida, este era relido quantas vezes fossem necessárias. Quando, após todo esse

procedimento, o paciente não conseguia responder, o item era deixado em branco. Além dessas, questões consideradas, pelo paciente, como não aplicáveis ou aquelas que o mesmo recusava-se a responder, também, foram mantidas em branco.

Na ISCM e HRS, a coleta de dados foi realizada exclusivamente pela pesquisadora. No entanto, no HSM, devido à expiração do tempo proposto para a realização da coleta de dados, a Coordenação de Enfermagem liberou três enfermeiras para colaborarem na realização das entrevistas. Neste caso, utilizou-se o seguinte método para treinamento das enfermeiras:

- explicação dos objetivos da pesquisa e a forma de realização da entrevista;
- demonstração de uma entrevista acompanhada pelas enfermeiras, que dispunham de outro questionário para pontuação das questões de difícil abordagem;
- discussão da entrevista feita;
- demonstração de segunda entrevista para nova observação pelas enfermeiras;
- discussão da segunda entrevista;
- realização de entrevista individual pelas enfermeiras, com verificação de desempenho pela pesquisadora. Nessa etapa,

ao serem percebidas quaisquer dificuldades, a enfermeira era auxiliada, para que a entrevista não fosse comprometida e houvesse a necessidade de excluí-la;

- discussão da entrevista realizada, pontuando-se a(s) questão(ões) abordadas pela pesquisadora; e,
- realização de mais duas entrevistas pelas enfermeiras com supervisão da pesquisadora, as quais somente passavam a serem consideradas aptas, quando as executavam sem dificuldades.

3.4.2. Instrumentos Utilizados

Para a coleta de dados foi empregado um instrumento que constou de duas partes (ANEXO C). A primeira parte referente aos dados sócio-demográficos e das úlceras foi desenvolvida pela própria pesquisadora e a segunda parte era constituída pelo IQV.

Os dados sócio-demográficos que compunham o instrumento relacionaram-se a nome, idade, sexo, estado civil, número de filhos, religião, grau de instrução, situação profissional atual, renda mensal familiar, número de pessoas que contribuem para a obtenção da renda, número de pessoas que dependem da renda, atividade profissional que exerceu por mais tempo antes de ter úlcera venosa e atividade

profissional atual; e dados clínicos da úlcera relativos ao tempo de ocorrência da primeira úlcera (em anos), ao número de episódios de ulceração, ao tempo com a(s) úlcera(s) atual (is) (em anos), ao número de úlceras, ao(s) membro(s) onde está (ão) localizada(s) a(s) úlcera(s).

Deve-se esclarecer que, com relação ao dado social “trabalho”, foram realizadas três questões. A primeira, acerca da situação frente ao trabalho atual, foi elaborada segundo o modelo proposto pela FUVEST (2001), que consta das 10 opções incluídas na questão. As demais questões foram referentes ao tipo de ocupação desenvolvida por mais tempo, antes de apresentar a primeira úlcera venosa e a atual. Os objetivos dessas questões foram averiguar o posicionamento durante a atividade - ortostatismo ou sedentarismo - e classificar as ocupações.

A classificação da ocupação anterior e atual baseou-se em FONSECA (1967), com modificações para este estudo. O modelo proposto engloba cinco níveis de ocupações que varia de acordo com a quantidade (conhecimento formal) e o tipo de conhecimento inerente a cada ocupação, ou seja, quanto maior o número da classificação maior a qualificação profissional. Com o objetivo de contemplar as pessoas que não exerciam ocupações englobadas na proposta de Fonseca, optamos por acrescentar um nível de ocupação, denominado nível zero, como segue:

NÍVEL 0 - *Sem ocupação definida*, que inclui aposentados, donas de casa, afastados, desempregados, estudantes.

NÍVEL 1 - *Cargos de ocupação manual não especializada*. São pessoas encarregadas de executar tarefas que não exigem experiência profissional prévia. As ocupações deste grupo vão desde as que exigem esforço físico mínimo até as que exigem grande esforço físico. Ex. biscateiro, balconista, contínuo, faxineiro, jornaleiro, lixeiro, lavrador, vigia e outros.

NÍVEL 2 - *Cargos de ocupação manual especializada*. São pessoas encarregadas de realizar tarefas artesanais e manuais que requerem conhecimento completo e detalhado dos processos que intervêm no trabalho, com elevado grau de habilidade manual. Estas operações manuais são precisas e minuciosas e exigem capacidade técnica de trabalho. Ex.: cabeleireiro, carpinteiro, costureiro, pedreiro, manicure, pintor, massagista e outros.

NÍVEL 3 - *Cargos de supervisão e outras ocupações não manuais*. São pessoas encarregadas da programação e organização do trabalho, do estudo dos processos e métodos, da análise de operações e controle de qualidade. Para o exercício desta função são exigidos cultura geral, conhecimento técnico e de problemas sociais e de organização. Ex. auxiliar de enfermagem, cobrador, caixa, despachante, telefonista, policial, telegrafista, projetista e outros.

NÍVEL 4 - *Cargos de gerência e técnico de nível médio.* São pessoas encarregadas de organizar, dirigir ou realizar tarefas de nível técnico e administrativo, para o exercício das quais exigem-se: espírito de observação muito desenvolvido, capacidade de invenção e concentração, capacidade de abstração, tendência pessoal pela pesquisa analítica. Ex.: administrador (pequeno), comerciante, gerente, inspetor, supervisor, fiscal, chefe de vendas e outros.

NÍVEL 5 - *Profissional liberal e cargos de alta administração.* São pessoas encarregadas de executar tarefas de orientação, direção, coordenação, planejamento, envolvendo grandes responsabilidades e os que exigem diploma de nível superior. Ex.: ator, superintendente, diretor presidente, piloto, redator, enfermeiro, médico, sociólogo e outros.

A segunda parte do instrumento, conforme já mencionado, foi composta pelo Índice de Qualidade de Vida (IQV), em sua versão genérica, proposta por FERRANS; POWERS (1992) e adaptado para a língua portuguesa por KIMURA, em 1999, descrito a seguir. A sua escolha, em relação aos demais instrumentos existentes, deve-se ao fato do IQV apresentar-se adaptado para o português e principalmente por ser um instrumento abrangente que identifica todas as dimensões importantes da QV e na ótica do próprio sujeito.

3.4.2.1. IQV de FERRANS & POWERS: *Processo de Desenvolvimento*

O IQV de FERRANS & POWERS foi desenvolvido pelas enfermeiras Carol Estwing Ferrans e Marjorie J. Powers, ambas pesquisadoras e docentes do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de Illinois, Chicago (FERRANS; POWERS, 1985, 1992). Sua versão genérica destina-se a medir a qualidade de vida tanto de pessoas saudáveis quanto daquelas com algum tipo de doença (FERRANS; POWERS, 1985, 1992; FERRANS, 1997).

Os estudos para a elaboração do modelo conceitual de qualidade de vida (QUADRO I) tiveram início em 1982 e, para tanto, as autoras contaram com a colaboração de outros pesquisadores da área de qualidade de vida (FERRANS, 1997).

QUADRO I – Modelo Conceitual de Qualidade de Vida Proposto por Ferrans e Powers.

Já, a criação do IQV propriamente dita, foi constituída de duas fases, nas quais as autoras utilizaram diferentes abordagens de pesquisa.

A primeira fase constituiu-se de dois momentos: a seleção da abordagem ideológica e revisão bibliográfica sobre QV. No primeiro momento, em que as autoras realizaram a seleção da *abordagem ideológica* mais adequada ao propósito do estudo, basearam-se no questionamento básico da investigação em QV: “Quem deve ser o avaliador da QV de uma pessoa?” A abordagem escolhida foi, então, a *individualista*, por envolver a definição que as próprias pessoas têm acerca do que representa a QV para elas mesmas, em relação aos domínios da vida. Ou seja, esse tipo de abordagem reconhece que diferentes pessoas valorizam diferentes coisas (FERRANS, 1997).

No segundo momento, a vasta *revisão bibliográfica* permitiu às autoras destacarem, nas pesquisas existentes, seis grandes núcleos intrínsecos à QV: a capacidade de viver uma vida normal, a capacidade de viver uma vida socialmente útil (utilidade social), a capacidade natural (física e mental), o alcance dos objetivos pessoais, a felicidade/afeto e a satisfação com a vida (FERRANS, 1997). Dentre os núcleos identificados nessa revisão da literatura, a *satisfação com a vida* foi considerado o mais congruente com a ideologia escolhida, pois todos os outros núcleos não requerem, necessariamente, uma

avaliação pessoal, podendo ser avaliada por terceiros (FERRANS, 1997).

A partir da abordagem ideológica e da escolha da satisfação como núcleo central da pesquisa, as autoras estabeleceram o conceito de QV, previamente mencionado na introdução deste trabalho (FERRANS; POWERS, 1992).

Tendo como pano de fundo a conceituação sobre a QV, faltava determinar o conteúdo do instrumento que se propunham a desenvolver e, então, as autoras passaram à segunda fase da pesquisa que envolveu três momentos distintos, da realização de uma pesquisa qualitativa acerca da QV à produção do instrumento de medida.

Desse modo, em um primeiro momento da segunda fase, foi realizada uma *pesquisa qualitativa* objetivando a determinar os componentes de uma vida satisfatória na ótica de quarenta pacientes em hemodiálise. Para tanto, utilizou-se de um questionário com questões abertas através das quais os pacientes deveriam imaginar e caracterizar a melhor e a pior possibilidade de vida (FERRANS, 1997).

A análise das respostas obtidas baseou-se na teoria fundamentada nos dados [grounded theory] (FERRANS, 1997; KIMURA, 1999) e possibilitou identificar vinte e dois elementos relacionados com a melhor possibilidade de vida e dezoito aspectos com a pior (FERRANS, 1997).

O segundo momento dessa fase do estudo constituiu-se de *ampla revisão bibliográfica* sobre QV, no período de 1965 a 1983, através da qual as autoras relacionaram uma lista de dimensões de QV usadas nessas publicações e as divulgaram juntamente com a primeira publicação do IQV, em 1985 (FERRANS; POWERS, 1985; FERRANS, 1997).

A associação dos dados oriundos da pesquisa qualitativa realizada com os pacientes de hemodiálise e da revisão bibliográfica possibilitou a produção de uma relação de trinta e dois elementos de avaliação de QV para a população geral, além de mais três identificados somente para os pacientes em hemodiálise (FERRANS; POWERS, 1985; FERRANS, 1997; KIMURA, 1999). Esses elementos serviram de base para o desenvolvimento dos itens que compõem o IQV, os quais foram estruturados em duas partes. A primeira visando avaliar a satisfação com a vida e a segunda parte, composta pelos mesmos itens, para avaliar a importância atribuída pelo indivíduo a cada item (FERRANS; POWERS, 1992; FERRANS, 1997).

A partir das abordagens até então realizadas, constituía-se a primeira versão do IQV de Ferrans & Powers (FERRANS; POWERS, 1992; FERRANS, 1997). Da forma como se apresentava foi aplicado, inicialmente, junto a duas amostras de conveniência, uma de pacientes

em diálise (n=37) e outra de estudantes de pós-graduação em enfermagem (n=88), com o objetivo de avaliar a validade e a confiabilidade do instrumento. Os dados obtidos nos testes resultaram em uma primeira publicação do IQV, em 1985 (FERRANS; POWERS, 1985, 1992).

Finalmente, o terceiro momento dessa segunda fase, constituiu-se no *agrupamento dos itens em domínios de QV*. Para determinar a natureza e o número de domínios, foi utilizada a técnica quantitativa de análise fatorial, em um novo estudo realizado em 1989, com uma amostra de 349 pacientes de hemodiálise. Essa pesquisa resultou na versão diálise composta por um total de 64 itens (32 para cada uma das partes) e a identificação de quatro domínios inter-relacionados: Saúde e Funcionamento (SF); Psicológico/Espiritual (PE); Sócio-econômico (SE) e Família (Fa) (FERRANS; POWERS, 1992). As referências dos trabalhos realizados por Ferrans sugerem que o IQV para pacientes em diálise constituiu sua base de doutorado. Atualmente existe uma nova versão diálise, revisada pela autora, em 1998, e denominada “Versão Diálise III”, composta por 68 itens. A confiabilidade do IQV foi analisada pela sua consistência interna através do coeficiente alfa de Cronbach, com resultados considerados adequados (FERRANS; POWERS, 1992).

A versão genérica final original é, então, composta de 68 itens de avaliação da QV, sendo 34 para cada parte da escala. Embora os 34 itens que compõem a primeira parte do IQV repitam-se na segunda parte, existem pequenas modificações em algumas questões quanto à forma de apresentação. Apesar de constarem 34 itens de avaliação, há dois deles, referentes ao trabalho (21 e 22), que são excludentes¹, fazendo com que apenas 33 itens sejam contabilizados na pontuação quando todos os itens são respondidos. O QUADRO II exhibe os elementos que compõem o IQV de acordo com cada domínio e a síntese do seu desenvolvimento.

¹ Vide Apêndice

QUADRO II – Esquematisação do Desenvolvimento do IQV de Ferrans & Powers, com seus Elementos e Respetivos Domínios.

3.4.2.2. IQV de Ferrans & Powers: *Preenchimento e Cálculo dos Escores*

No momento do preenchimento do IQV, os sujeitos respondem os itens de cada uma das partes, atribuindo valores em uma escala de seis pontos, tipo Likert, que varia de “muito insatisfeito” a “muito satisfeito” para os itens de satisfação com a vida e de “sem nenhuma importância” a “muito importante” para os itens de importância (FERRANS; POWERS, 1985, 1992).

A atribuição dos escores do IQV foi desenvolvida de tal forma que cada item de satisfação recodificado é multiplicado pelo seu correspondente de importância a fim de produzir um escore ajustado. Tal ajuste reflete não apenas a satisfação mas também o quanto cada aspecto é valorizado pelo indivíduo (FERRANS; POWERS, 1985). Nesse processo de recodificação da parte de satisfação, todos os itens avaliados que recebem pontuação *muito satisfeito e muito importante* ou *muito insatisfeito e muito importante*, ao serem ajustados, produzirão os mais altos e os mais baixos escores respectivamente. Os itens com baixa importância produzem escores médios (FERRANS; POWERS, 1985; FERRANS, 1997). A razão pela qual tal ajuste é realizado deve-se ao fato de as pessoas que estão muito satisfeitas com áreas da vida que são importantes para si, têm melhor QV comparativamente

àquelas que estão insatisfeitas com áreas na vida que consideram importantes. Se, de fato, esse ajuste não fosse realizado, uma pessoa que está *muito insatisfeita* com determinada área que considera *muito importante*, receberia o mesmo escore que outra pessoa que está *muito satisfeita* com áreas de *nenhuma importância* (FERRANS; POWERS, 1985).

Para processar-se o cálculo do IQV - a fim de produzir o ajuste nos escores - as pontuações obtidas nos itens de satisfação são, primeiramente, recodificadas com o propósito de centralizar o zero na escala de Likert. A pontuação inicial de cada um dos itens de satisfação nessa escala é de 1; 2; 3; 4; 5; 6. Para realizar a recodificação dos mesmos subtraem-se 3,5 (ponto médio da escala likert) de cada um desses números iniciais obtendo-se como nova pontuação: -2,5; -1,5; -0,5; +0,5; +1,5 e +2,5. (FERRANS; POWERS, 1985). Essas novas pontuações - feitas apenas nos itens de satisfação - são multiplicadas pelo valor da resposta atribuída ao mesmo item na parte de importância obtendo-se, assim, um valor único em cada item respondido. O escore total é produzido através da somatória de todos esses valores ajustados, divididos pelo total de itens respondidos. Até então, a variação possível é de -15 a +15. Com o propósito de eliminar as pontuações negativas no escore final, soma-se 15 aos valores obtidos, o que resulta no escore total do IQV, passando a variar de 0 a

30, sendo a melhor QV indicada pelos maiores valores. Para calcular os escores de cada domínio, segue-se o mesmo procedimento do IQV total (FERRANS; POWERS, 1985). Os itens não respondidos, em ambas ou em uma das partes do IQV, não são considerados no processo de cálculo.

As autoras não estabeleceram escore de corte para o IQV. No entanto, encontramos o estudo de DUNN et al (1994), sobre avaliação de QV de esposas de pacientes em Diálise Ambulatorial (CAPD) que fizeram uma proposta de categorização para fins de discussão dos resultados obtidos no estudo. Desse modo, sugeriram boa QV para escores entre 25 – 30; moderada QV para 20 – 25; baixa QV para escores 15 – 20 e muito baixa QV para 10 – 15 pontos. Como percebido nessa categorização, não foram estabelecidos os limites de inclusão nas categorias e foram excluídos os valores abaixo de 10 pontos.

Adotando tal sugestão para a mesma finalidade, propõe-se neste estudo, uma categorização assim distribuídas: 24 |---| 30 (QV Muito Boa); 18 |---| 24 (QV Boa); 12 |---| 18 (QV Regular); 6 |---| 12 (QV Ruim) e 0 |---| 6 (QV Muito Ruim). Vale ressaltar que nosso interesse em realizar tal categorização partiu não só devido a maior facilidade para a discussão dos resultados aqui alcançados, como para sua aplicação clínica posterior, tornando a avaliação mais concreta

para as pessoas, já que temos adotado este instrumento para avaliação individual e deparamo-nos com questionamentos constantes dos clientes acerca do significado de valores intermediários em termos qualitativos.

3.4.2.3. IQV de FERRANS & POWERS: *Tradução e Adaptação Para a Língua Portuguesa*

O IQV de Ferrans & Powers foi traduzido, até o momento, para os idiomas: inglês, francês, húngaro, japonês, coreano, chinês mandarim, norueguês, polonês, romeno, espanhol, sueco, tailandês, português (de Portugal e do Brasil)².

No Brasil, a adaptação transcultural e a validação para a língua portuguesa, da versão genérica original³ foram realizadas por KIMURA (1999), de acordo com a metodologia proposta por Guillemin; Bombardier; Beaton, em amostra de 52 pacientes internados previamente em UTI. No processo de análise de sua validade e confiabilidade, a autora excluiu sete itens (vida sexual, trabalho, não ter trabalho, escolaridade, aparência, saúde da família,

² informações obtidas via Internet- site: www.uic.edu/orgs/qli

³ Essa versão foi revisada por Ferrans & Powers em 1998 e sofreu alterações. Alguns itens foram reformulados, outros acrescentados e outros retirados, resultando na versão genérica III composta por 33 itens, a qual encontra-se no site.

cônjuge), chegando a uma versão final, com 27 itens, ao invés de 34 como no original. A autora justifica que as inconsistências encontradas podem estar relacionadas às características da amostra estudada, qual seja, pacientes egressos de UTI, com idade avançada e condição física geral comprometida. Assim, somente após a exclusão dos itens com baixa consistência, alcançaram-se índices de confiabilidade similares aos estudos internacionais.

O IQV tem sido amplamente utilizado e mais de cem trabalhos têm sido publicados internacionalmente com a sua utilização⁴. Essas pesquisas são relacionadas a diferentes populações de pacientes com AIDS (MELLORS; RAILEY; ERLÉN, 1997; NUNES et al, 1995), com cardiopatias (DOW; HARRIS; ROY, 1994; BAINGER; FERNSLER, 1995; DESHOTELS et al, 1995; STAPLES; JEFFREY, 1997; CARROL; HAMILTON; MACGOVERN, 1999; SKAGGS; YATES, 1999), com câncer (LEE, 1997; RUSTOEN et al, 1998; RUSTOEN et al, 1999; CROM et al, 1999), com transplante de fígado (LoBIONDIO-WOOD, 1997), como derrame (KING, 1996) e com insuficiência renal crônica (FERRANS; POWERS, 1993).

Existem ainda trabalhos realizados para avaliação de intervenções terapêuticas (FAZIO; GLASPY, 1991; BROOKS, 2000)

4 – Informações obtidas no Site anteriormente citado

e para avaliação da QV da população geral (FERRANS; POWERS, 1985; KIM; REW, 1994; WARNECKE et al, 1996). No Brasil, embora ainda não publicados, têm-se a tese de livre docência sobre a validação do IQV para o português realizado por KIMURA (1999), as dissertações de mestrado de MACHADO (2000), também para validação do IQV para população geral, e de MENEGUIN (2001) acerca da QV de pessoas com cardiopatias valvares, além de outros que estão sendo conduzidos.

A partir da versão genérica, outras questões foram acrescentadas e realizadas novas versões do IQV, específicas para determinadas doenças tais como: versão diálise (FERRANS; POWERS, 1992, 1993), versão cardíaca (BLILEY; FERRANS, 1993), versão câncer (LEE, 1997) e versão transplante de fígado (LoBIODIO-WOOD et al, 1997), além das versões para diabetes, lesão medular, pulmonar, epilepsia, síndrome da fadiga crônica, cujos instrumentos também estão disponibilizados na Internet.

Neste estudo, optou-se por utilizar o IQV original após a adaptação transcultural realizada por KIMURA (1999), ao invés da forma final validada, por considerarmos que os elementos excluídos, especialmente aqueles relativos ao trabalho, à aparência e à vida sexual, são importantes para as pessoas com úlceras venosas.

Além disso, segundo as discussões realizadas no Grupo de Estudos em Qualidade de Vida da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e de acordo com Lynn (1999) citado por MENEGUIN(2001), para efetivar o processo de validação de um instrumento, após adaptação transcultural, é fundamental que seja submetido a diferentes estratégias metodológicas para verificação de sua validade e confiabilidade, nas diversas populações em que é aplicado.

3.5. Pré-Teste

O pré-teste foi realizado no ISCM, em duas etapas, objetivando a adequação dos itens para levantamento dos dados sócio-demográficos e das úlceras venosas constituintes da primeira parte do instrumento de coleta de dados; a familiarização com o IQV e a adequação da entrevista.

Inicialmente, foram realizadas sete entrevistas que levaram à reformulação na ordem das questões inicialmente propostas, sem, no entanto, haver a necessidade de inserir ou excluir questões.

As dificuldades principais encontradas foram relacionadas ao IQV no que tange à compreensão dos itens 3; 5; 6; 14; 16; 17; 20; 25 pelos pacientes, devido à forma como estavam formulados. Para que o paciente não deixasse de respondê-los, explicava-se o significado do

item não compreendido e, somente após seu entendimento, era repetida a questão tal qual estava escrita. Quando, de qualquer maneira não havia o entendimento da questão, esta era deixada em branco registrado-se ao lado o motivo, conforme já descrito antes.

Após essas primeiras entrevistas, pontuadas as dificuldades encontradas, recorreu-se à autora da validação da escala para o português, discutindo-se a abordagem então utilizada. Posteriormente, foram realizadas mais cinco entrevistas até a obtenção do completo domínio do IQV.

3.6. Análise das Propriedades Psicométricas Utilizadas para Validação Mínima do IQV para a População Alvo

As análises das propriedades psicométricas do IQV para este estudo foram realizadas através das análises de confiabilidade, e de validade discriminante e de critério do tipo concorrente.

Optou-se por realizar essa análise levando em consideração não apenas o caráter genérico do instrumento adotado, mas a especificidade da população em estudo e o fato de estar sendo utilizada a forma traduzida e adaptada para o português, ao invés da formas final validade.

A **Confiabilidade** é definida como o grau de coerência e precisão com que determinado instrumento mede o atributo que está se propondo a medir (KIMURA, 1999). Segundo BOWLING (1997), pode ser realizada através do Teste-Reteste, da Confiabilidade Interjuízes, da Consistência Interna ou da Confiabilidade das Múltiplas Formas. Já a **Validade**, está relacionada com a extensão com a qual determinado instrumento realiza ou não a medida proposta (McDOWELL; NEWELL, 1996; BOWLING, 1997; JACOBSON, 1997; GUYTT et al, 1997). BOWLING (1997) considera que um dos aspectos mais problemáticos da avaliação da validade está relacionado com os próprios termos empregados. Mas, de modo geral, os livros textos tendem a classificá-la em Validade de Conteúdo, Validade de Construto e Validade de Critério.

A *Validade de Construto* é tida como relevante em estudos onde as variáveis não podem ser diretamente observadas, como a QV, e, é geralmente dividida em validade convergente e validade discriminante (BOWLING, 1997). A *Validade Discriminante*, que aqui nos interessa, refere-se à extensão na qual os escores obtidos com a aplicação de um instrumento distingue indivíduos ou populações onde se espera obter a diferença (Ex. pessoas com e sem doença) (McDOWELL; NEWELL, 1996). Esta não requer que o construto correlacione-se com variáveis não similares (BOWLING, 1997).

Quanto à *Validade de Critério* é indicada pela comparação dos resultados obtidos em determinado estudo, com outra escala de medida considerada “padrão ouro” ou com um indicador da verdadeira situação. Através da validade de critério pode-se testar a acurácia de um instrumento como um todo ou de cada uma das questões que o compõem. Esta forma de validade é dividida em concorrente e preditiva (McDOWELL; NEWELL, 1996). Assim, a *Validade de Critério Concorrente* relaciona-se à aplicação de dois instrumentos equivalentes, ao mesmo tempo, na mesma amostra de indivíduos e posterior análise dos escores obtidos (McDOWELL; NEWELL, 1996).

3.7. Procedimentos Estatísticos Utilizados na Análise

A *análise da consistência interna*, para a verificação da confiabilidade do instrumento foi feita através do alfa de Cronbach. Segundo PEREIRA (1999), esse coeficiente trabalha a relação entre covariâncias e variâncias internas das medidas e parte da premissa de que as correlações são sempre positivas. Os valores do alfa de Cronbach variam de 0 a 1, e quanto maior o coeficiente, maior a consistência interna e homogeneidade dos itens, o que indica a acurácia da medida. De acordo com o mesmo autor, não há um ponto

de corte ideal para o indicador, e recomenda que o próprio investigador o defina, o que deverá ser realizado de acordo com a complexidade do fenômeno estudado.

BOWLING (1997) considera que valores de alfa inferiores a 0,5 são indicativos de inconsistência. No entanto, de modo geral, os pesquisadores mantêm o ponto de corte sugerido por McHORNEY et al (1994), os quais definiram valor de 0,40 como satisfatório em seu estudo utilizando o SF-36.

A validade discriminante, por sua vez, foi analisada usando o Teste de Mann-Whitney (para os domínios PE e Fa) e o Teste de t-student para amostras independentes (para o IQV Total, os domínios SF e SE), que foram usados na comparação dos escores médios do grupo caso e o do grupo controle relacionados ao IQV Total e seus domínios.

Quanto à validade de critério concorrente, foi avaliada por meio da correlação entre o item satisfação com a vida (item 32 do IQV) e os escores do IQVT Total e de seus respectivos domínios. O Coeficiente de Correlação Ordinal de Spearman foi utilizado na análise do domínio PE e Fe, já o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson, para a análise dos demais. essa mesma estratégia metodológica foi empregada por FERRANS e POWERS (1985, 1992)

Para atender aos objetivos propostos neste estudo, foram utilizados o alfa de Cronbach e testes de correlação e comparação na avaliação das propriedades psicométricas do IQV; estatísticas descritivas na análise dos dados sócio-demográficos e das características das úlceras. Para a análise inferencial, os seguintes procedimentos estatísticos foram utilizados:

- *Intervalos de Confiança de 95%* , usados para estimar o valor médio real das variáveis quantitativas e porcentagens reais de alguns eventos de interesse do estudo;
- *Teste de Normalidade de Kolmogorov-Smirnov*, usado para testar a hipótese de normalidade das variáveis quantitativas do estudo;
- *Coefficiente de Correlação Ordinal de Spearman e o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson*, usados na avaliação das correlações;
- *Teste de Mann-Whitney e t - student* para a comparação entre as médias de variáveis de duas populações independentes;
- *Análise de Regressão Múltipla*, usada para avaliar a “força do relacionamento”, no sentido de poder regressivo - medido pelo quadrado do coeficiente de correlação - das variáveis quantitativas com o IQVT;

- *Teste de “post hoc” de Bonferroni* foi usado na avaliação das diferenças detectadas nas análises de Variância; e
- *Análise de Variância* foi usado na comparação entre as médias de variáveis de mais de duas populações independentes com distribuição Normal.

4 RESULTADOS

Os resultados do estudo são apresentados na forma de tabelas e figuras, com dados absolutos e relativos, medianas, médias e desvios-Padrão. Inicialmente são exibidos os resultados da análise das propriedades psicométricas do IQV, seguindo-se a caracterização sócio-demográfica e das úlceras venosas e as análises de correlação e comparação das variáveis do estudo com os escores obtidos no IQV e nos seus respectivos domínios.

4.1. Análise das Propriedades Psicométricas do Índice de Qualidade de Vida de FERRANS & POWERS para a População Alvo

4.1.1. Análise da Confiabilidade

O coeficiente de fidedignidade alfa de Cronbach foi usado para medir a consistência interna do IQV de Ferrans e Powers deste estudo, para os domínios e para todos os itens da escala, os resultados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 - Coeficientes de Fidedignidade de Cronbach dos Domínios e Itens.
São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

Itens	n	Coeficiente de Cronbach
Para Domínios	4	0,86
Para todos os Itens da escala	34	0,99
Para o Domínio Saúde/Funcionamento	14	0,85
Para o Domínio Sócio-Econômico	9	0,65
Para o Domínio Psicológico/Espiritual	7	0,83
Para o Domínio Família	4	0,74

Os dados da Tabela 1 mostram que a variação dos coeficientes foi de 0,65 a 0,99. Nos domínios, observam-se os valores 0,85; 0,83; 0,74 e 0,65 respectivamente para SF, PE, Fa e SE. Na avaliação do IQV total obteve-se o surpreendente índice de 0,99. Esses resultados permitem constatar que todos os coeficientes de Cronbach são superiores a 0,40 e, portanto, considerados satisfatórios, conforme mencionado anteriormente, para atestar a consistência interna do instrumento para a população alvo.

4.1.2. Análise da Validade Discriminante

Para verificar a capacidade discriminativa do instrumento na população alvo, foi realizada a comparação dos escores médios da amostra (Grupo Caso) com os escores médios de uma amostra aleatória sistemática (n=50), composta a partir de 624 entrevistas realizadas com pessoas sadias do município de São Paulo (Grupo Controle). Esta amostra utilizada no grupo controle faz parte do estudo que está sendo conduzido pela Prof^a Dr^a Miako Kimura, que objetiva validar o IQV para a população geral e que ainda se encontra em fase de análise estatística.

As médias e desvios-padrão bem como os P-Values associados aos testes estatísticos estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Comparação do Grupo Controle X Grupo Caso por Domínios, para cada Questão dos Domínios e para o IQV Total. São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

IQV total/Domínios	Controle Média (dp)	Caso Média (dp)	P
Saúde/Funcionamento	23,42(3,86)	21,00 (6,14)	0,005*
Sócio-Econômico	22,44(4,57)	20,96 (5,15)	0,093
Psicológica/Espiritual	25,46(3,89)	24,37 (5,97)	0,950
Família	26,15(4,14)	26,21 (5,33)	0,295
IQV Total	23,89(3,56)	22,27 (5,05)	0,029*

* Estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Os dados da Tabela 2 mostram que os escores médios do Domínio SF e IQV Total do grupo controle são superiores aos do grupo caso, com diferenças estatisticamente significantes ($p < 0,05$) o que, todavia, não é observado para os demais domínios do IQV. Tal resultado sugere que o instrumento tem capacidade discriminativa entre a população de pessoas sadias e a amostra deste estudo composta de pessoas com úlceras venosas crônicas apenas para o IQV total e para o domínio SF.

4.1.3. Análise da Validade de Critério Concorrente

Os resultados obtidos através da correlação entre o item 32 (satisfação com a vida) e os escores do IQV total e de seus respectivos

domínios para análise da validade de critério concorrente estão apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Análise de Correlação entre o Item 32 e os escores do IQV Total e seus Domínios. São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

	n	Correlação	P
SF	89	0,72	<0,001
SE	89	0,58	<0,001
PE	89	0,88	<0,001
Fa	89	0,56	<0,001
IQV Total	89	0,81	<0,001

Segundo os dados da Tabela 3, o item satisfação com a vida apresenta correlação positiva estatisticamente significativa ($p < 0,001$) com o IQV Total bem como com todos os seus Domínios, revelando que o instrumento apresenta validade de critério do tipo concorrente. Observa-se também que as maiores correlações foram obtidas com o Domínio Psicológico/Espiritual, IQVT e Domínio Saúde/Funcionamento, na ordem apresentada, sendo o Domínio Família o que apresentou menor correlação.

4.2. Caracterização da Amostra

4.2.1. Dados Sócio-Demográficos

A distribuição das características sócio-demográficas da amostra é exibida na Tabela 4 e Figura 1.

Tabela 4 – Distribuição da Amostra Segundo as Variáveis Sócio-Demográficas. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO	
	n	%
Sexo		
Masculino	28	31,46
Feminino	61	68,54
IC 95% para a % Feminino:		68,54 $\pm$ 9,84
Idade		
25 --- 37	10	11,24
37 ---49	20	22,47
49 --- 61	29	32,58
61 --- 73	25	28,09
73 --- 85	5	5,62
Média (DP)	53,44(13,18)	Mediana: 54,00
IC 95%	53,44 $\pm$ 13,18	Min-Max: 25,00 – 84,00
Escolaridade		
Não Alfabetizado	24	27,27
Alfabetizado – Fundamental	55	62,50
Acima do Fundamental	9	10,23
Situação Conjugal		
S/ Companheiro(a)	40	45,98
C/Companheiro(a)	47	54,02
IC 95% para a % c/ companheiro(a):		54,02 $\pm$ 10,68
Número de filhos		
0 --- 3	38	42,70
3 --- 6	33	37,08
6 --- 12	18	20,22
Média (DP)	3,43 (2,58)	Mediana: 3,00
IC 95%	3,43 $\pm$ 0,54	Mín-Máx: 0,00 – 12,00
Religião Cristã		
Evangélicos	28	34,14
Católicos	54	65,86
IC 95% para a % de Católicos:		65,86 $\pm$ 10,48
Renda Familiar		
Inferior a 200	27	31,39
200 – 700	39	45,36
Superior a 700	20	23,25
Nº Contribuem para a RF		
1	41	47,13
2	26	30,93
3 ou +	17	20,23
Nº Dependentes da Renda Familiar		
1	12	13,95
2	14	16,28
3	14	16,28
4 ou +	46	53,49

Tabela 4 - Continuação

VARIÁVEL	DISTRIBUIÇÃO	
	n	%
Nível de ocupação atual*		
Nível 0	56	62,92
Nível 1	19	21,34
Nível 2	6	6,74
Nível 3	4	4,50
Nível 4	4	4,50
Nível 5	0	0,00
Situação Frente ao trabalho atual		
Aposentado	20	22,47
Pensionista	12	13,48
Em licença	5	5,62
Microempresário	4	4,50
CLT	9	10,12
Trabalha por conta própria	11	12,35
Sem nenhuma atividade remunerada	28	31,46
Nível de ocupação anterior a 1º UV*		
Nível 0	12	13,48
Nível 1	44	49,45
Nível 2	15	16,85
Nível 3	16	17,98
Nível 4	1	1,12
Nível 5	1	1,12
Posicionamento durante Atividade - Anterior a úlcera		
Sedentarismo	8	9,64
Ortostatismo	75	90,36
IC 95% para a % Ortostatismo		90,36 ± 6,48
Posicionamento durante Atividade – Atual		
Sedentarismo	5	10,21
Ortostatismo	44	89,79
IC 95% para a % Ortostatismo		89,79 ± 8,78

* Classificação segundo FONSECA (1967), modificado para este estudo.

Os dados da Tabela 4 informam que dos 89 pacientes que constituíram a amostra deste estudo, 61 (68,54%) eram do sexo feminino; que a idade variou de 25 a 84 anos, com média de 53,44 (DP=13,18) e mediana de 54 anos, com predomínio da faixa etária de 49 a 60 anos (33,58%), seguido de 61 a 72 anos (28,09%).

Com relação à escolaridade a maioria, (55 ou 63,50%) tem somente o ensino fundamental incompleto e 24 (27,27%) são analfabetas; e quanto à situação conjugal, houve predomínio de pessoas com companheiros (47 ou 54,02%). O número de filhos variou de 0 a 12, com média de 3,43 (DP = 2,58) e mediana de 3 filhos. Trinta e oito (42,70%) pessoas tinham entre 1 e 2 filhos e 33 (37,08) entre 3 e 5 filhos.

Na variável relacionada ao tipo de religião, 82 (92%) pessoas da amostra eram cristãos, sendo 54 (65,86%) católicos e 28 (34,14%) evangélicos pentecostais.

Com relação à renda, 39 (45,36%) famílias recebem valores mensais entre R\$200,00 a R\$ 700,00 reais; 41 (47,13%) têm apenas um membro da família como contribuinte e 46 (53,49%) possuem mais de quatro membros como dependentes da renda familiar mensal.

Na situação frente ao trabalho, os dados apontam que 41,57% da amostra foi composta por previdenciários (aposentados, pensionistas e afastados); 31, 46% não possuíam qualquer espécie de trabalho remunerado e os demais 27,07% exercem alguma forma de trabalho remunerado.

Quanto à ocupação, de acordo com a classificação adaptada de FONSECA (1967), observa-se que, no momento, o nível de ocupação é predominantemente formado por pessoas sem ocupação definida,

qual seja, 56 (62,92%) pessoas. Já, na ocupação anterior à primeira UV, o predomínio ocorreu para as ocupações de nível manual não especializadas, com 44 (49,45%) pessoas compondo tal grupo. E, como último resultado apresentado na Tabela 4, relacionado ao posicionamento durante a atividade de trabalho tanto anteriormente à formação da primeira UV quanto atualmente é de predomínio ortostático com 75 (90,36%) e 44 (89,79%) pessoas, respectivamente.

Ao ser adotado IC 95%, espera-se que na população de UVC a oscilação do valor médio da porcentagem de pessoas do sexo feminino seja de 58,70% a 78,38%; do valor médio da idade seja de 40,26 a 66,62 anos; de pessoas com companheiro(a) seja de 43,34% a 64,70%; do número de filhos seja de 2,89 a 3,97; de pacientes católicos seja de 55,38% a 76,34%; de pacientes com atividade, a maior parte do tempo em ortostatismo, anterior a primeira UVC e atualmente seja de 83,88% a 96,84% e 81,01 a 98,57%.

Figura 1- Box – Plot das Variáveis Sócio-Demográficas Quantitativas, São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

A Figura 1, correspondente ao Box – Plot das variáveis sócio-demográficas quantitativas idade e número de filhos, mostra distribuição um tanto quanto simétrica e sem outliers da variável idade, revelando que, aproximadamente, 50% dos valores são inferiores a 65 e superiores a 40 anos. Quanto à variável número de filhos, a distribuição apresenta dois outliers superiores, que elevam o valor da sua média.

4.2.2. Dados Sobre as Características das Úlceras Venosas Crônicas

A Tabela 5 exibe a distribuição das variáveis relacionadas com as características das úlceras venosas e a Figura 2 apresenta o Box-Plot das variáveis quantitativas.

Tabela 5 – Distribuição das Variáveis Relacionadas às Úlceras Venosas Crônicas. São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

Variável	Distribuição	
	n	%
Número de Úlceras (NU)		
1 --- 3	81	91,01
3 --- 6	7	7,87
6 --- 8	1	1,12
Média(DP)	1,54 (0,99)	Mediana : 1,00
IC 95%	1,54 $\pm$ 0,21	Min-Max : 1,00 - 8,00
Novos Episódios de UV (NEUV)		
Nenhum	23	28,05
1	16	19,51
2	15	18,29
3 ou mais	28	34,15
Média(DP)	3,39 (6,98)	Mediana: 2,00
IC 95%	3,26 $\pm$ 1,53	Min-Máx: 0,00 - 53,00
Tempo de ocorrência da 1ª ulceração (TOPUV)		
Inferior a 5 anos	28	31,46
5 - 10 anos	17	19,10
Superior a 10 anos	44	49,44
Média(DP)	12,99 (10,69)	Mediana: 10,00
IC 95%	12,99 $\pm$ 2,33	Mín-Máx: 0,08-50,00
Tempo de ocorrência da Úlcera Atual (TOUA)		
Inferior a 5 anos	59	67,04
5 - 10 anos	13	14,78
Superior a 10 anos	16	18,18
Média (DP)	6,02 (8,48)	Mediana: 3,00
IC 95%	6,02 $\pm$ 1,79	Mín-Máx: 0,02-45,00
Membro Inferior Ulcerado*		
Direito	23	30,26
Esquerdo	53	69,74
IC 95% para a % de Esquerdos:		69,74 $\pm$ 10,56

* A fim de realizar o intervalo de confiança foram excluídas, desta análise, treze pessoas que apresentavam úlceras em ambos os membros.

Os dados da Tabela 5 apontam que 81 (91,01%) pessoas apresentavam de 1 a 2 úlceras, com média de 1,54 (DP=0,99) e o máximo de 8 úlceras; 59 (71,95%) pacientes apresentaram de 1 a 53

novos episódios de úlceras venosas após a primeira ulceração, com média de 3,39 (DP=6,98) e mediana de 2.

Analisando o tempo de ocorrência da primeira UV, observa-se este variou de 0,08 a 50 anos, com média de 12,99 anos (DP=0,66), sendo que quase a metade ou 44 (49,44%) pessoas apresentam a lesão por tempo superior a 10 anos. Já, com relação ao tempo com a UV atual, variou de 0,02 a 45 anos, com de média 6,02 anos (DP=8,48) e mediana de 3. A maioria dos pacientes, (59 ou 67,04%), no entanto, conviviam com a UV por período de tempo inferior a 5 anos.

Quanto à localização das úlceras, em 53 (69,74%) pacientes elas estavam no membro inferior esquerdo e treze apresentavam-nas em ambos membros inferiores. Assim, teríamos um total de 102 membros ulcerados (66 no esquerdo e 36 no direito).

Ao ser adotado intervalo de confiança de 95%, espera-se que, na população alvo, as oscilações dos valores médios do número de úlceras seja de 1,33 a 1,75; do número de novos episódios de ulceração seja de 1,73 a 4,79; do tempo de ocorrência da primeira ulceração seja de 10,66 a 15,32; do tempo com a úlcera atual seja de 4,23 a 7,81 e da porcentagem de pacientes com úlcera posicionada no membro inferior esquerdo seja de 59,18% a 80,30%.

Figura 2 – Box-Plot das Variáveis Quantitativas Relacionadas com as UVC. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

A Figura 2 permite analisar o comportamento das variáveis quantitativas relacionadas às úlceras. A análise mostra que as variáveis não apresentam distribuição simétrica, além de identificar dois outliers para a variável número de úlceras, cinco para a variável número de episódios de novas UV, um para o tempo de ocorrência da primeira UV e sete para o tempo com UV atual. Esses outliers, localizados acima do limite superior do Box-Plot, são do tipo que elevam o valor da média das variáveis apresentadas.

4.3. Dados Sobre a Análise da Qualidade de Vida da Amostra

4.3.1. Categorização dos Escores Médios da Qualidade de Vida

Total

Na Tabela 6 e 7 está apresentada a categorização proposta para este estudo, dos escores médios atribuídos pelos pacientes com UVC para a QV Total.

Tabela 6 - Distribuição de Frequências da QV Total Segundo a Categoria. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Categoria	n	%
0 - 6 (Muito Ruim)	0	0,00
6 - 12 (Ruim)	4	4,50
12 - 18 (Regular)	13	14,61
18 - 24 (Boa)	35	39,32
24 - 30 (Muito Boa)	37	41,57

Tabela 7 - Teste de Bonferroni para a Identificação das Diferenças entre as Categorias do IQV Total. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Médias	Resultados	Agrupamentos
9,95	Ruim - - +	SubSet 1:Ruim
15,63	Regular - + *	SubSet 2:Regular
21,31	Boa + * *	SubSet 3:Boa
26,84	Muito Boa * * *	SubSet 4:Muito Boa

Os dados da Tabela 6 mostram que 37 (41,57%) e 35 (39,31%) pessoas com UVC estão inseridas dentro das categorias que consideram a QV Total como “muito boa” e “boa”, respectivamente. Treze (14,61%) pessoas apresentaram escores médios enquadrados em QV “regular” e somente 4 (4,50%) pessoas da amostra apresentaram QV Total “ruim”. Não foram obtidos índices inferiores a 6, categorizados como QV “muito ruim”. A análise de variância revelou

diferença estatisticamente significante entre as categorias propostas para o IQVT ($p < 0,05$) e normalidade, confirmada pelo Teste de Normalidade de Kolmogorov – Smirnov. Na Tabela na 7, constata-se que o valor médio do IQVT cresce proporcionalmente na medida que aumenta a categoria.

4.3.2. Análise dos Escores Médios do IQV Total e dos Seus Domínios

Na Tabela 8 e na Figura 3 são apresentados os resultados obtidos na análise da qualidade de vida obtida no IQVT e nos domínios. Já, a Figura 4 exibe o Means Plot do IQV Total e dos seus respectivos domínios com barra de erros representando o IC 95% para cada média correspondente.

Tabela 8 - Medidas Descritivas dos Domínios e do IQV Total. São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

Variável	n	Média	DP	Min – Máx	Mediana	IC95%
SF	89	21,01	6,14	2,50-29,57	21,40	21,01 $\pm$ 1,29
SE	89	20,96	5,15	8,30-30,00	21,60	20,96 $\pm$ 1,08
PE	89	24,37	5,97	7,70-30,00	26,60	24,37 $\pm$ 1,26
Fa	89	26,21	5,33	7,50-30,00	28,50	26,21 $\pm$ 1,12
IQV Total	89	22,27	5,05	6,83-29,25	23,40	22,27 $\pm$ 1,06

Os dados da Tabela 8 permitem constatar que as maiores médias foram obtidas para os domínios Fa e PE com 26,21 (DP=5,33) e 24, 37 (DP=5,97) respectivamente, seguindo-se os

domínios SF com média 21,01 (DP= 6,14) e SE com média 20,96, (DP=5,15) com menores médias. O IQV Total obteve escore médio de 22,27 (DP=5,05) e mediana de 23,40 pontos. Ao ser adotado o intervalo de confiança de 95% espera-se que, na população alvo a oscilação do valor médio do Domínio SF seja de 19,72 a 22,3; do Domínio SE seja de 19,88 a 22,04; do Domínio PE seja de 23,11 a 25,63; do Domínio Fa seja de 25,09 a 27,33; e do IQV Total seja de 21,21 a 23,33.

Figura 3 - Box – Plot dos Domínios e do IQV Total. São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

A análise da Figura 3 mostra que as variáveis não apresentam distribuição simétrica, além de identificar um outlier para o IQV total e para os Domínios SF e PE respectivamente. Para o Domínio Fa,

foram identificados quatro outliers. Todos os outliers observados são do tipo que reduzem o valor da média dessas variáveis.

Figura 4 – Means Plot do IQV total e dos Domínios. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Os resultados apresentados na Figura 4 estão relacionados aos valores médios obtidos na análise do instrumento. Observa-se que há evidência estatística de que o *IQVT* não difere do Domínio SF, supera o Domínio SE e é inferior aos Domínios PE e Fa. Quanto ao escore médio do *Domínio SF* este não difere daquele obtido para o Domínio SE, e também é inferior aos dos Domínios PE e Fa. Comportamento semelhante é verificado para o escore médio do *Domínio SE* que se mostra inferior aos obtidos nos Domínios PE e Fa. Finalmente, o

escore médio do *Domínio PE* apresenta-se inferior ao Domínio Família, o qual se mostra com maior média, sugerindo que os pacientes dessa amostra apresentam a melhor qualidade relacionada ao domínio família.

4.3.3. Análise das Médias de cada Item do IQV

A Figura 5 está exibindo as médias obtidas em cada item que compõe o IQVT. As linhas do gráfico foram mantidas para garantir melhor visualização do fenômeno.

Figura 5 – Médias Segundo os Itens do IQV. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Os dados da Figura 5 apontam que os itens 22 (não ter trabalho) e 3 (dor) foram os que obtiveram as menores médias,

respectivamente, sugerindo a maior insatisfação dos pacientes em tais itens. A maior média foi obtida no item 29, indicando maior satisfação com a fé em Deus.

4.3.4. Análise das Diferenças dos Escores Médios de Cada Item de Acordo com os Domínios

Nas Figuras 6,7 e 8 são exibidos os diagramas de Bonferroni para as diferenças das médias dos Domínios SF, SE, PE.

Média	
10.1023	3 - - - - - - - - - - - +
14.9588	25 - - - - - - - - - - - +
15.8810	17 - - - - - - - - - - + *
18.3920	26 - - - - - - - - - + *
18.4775	1 - - - - - - - - + *
21.1818	6 - - - - - - - + **
22.5534	4 - - - - - - + ***
23.2235	27 - - - - - + ***
23.6770	16 - - - - + ***
23.9659	5 - - - + ****
24.0078	12 - - + ***
24.1322	15 - + ****
26.3409	7 + *****
26.4326	2 *****

Figura 6 - Diagrama de Bonferroni para as Diferenças nas Médias do Domínio "SF". São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

O exame da Figura 6 indica que o item 3 (dor) apresenta o menor escore o médio (10,1023) dentre os itens que compõem o Domínio SF. Além disso, difere, de forma estatisticamente

significante, de todos os demais itens, exceto do item 25, relacionado às atividades de lazer. O exame da evidência amostral pontual informa ainda que, a partir do item 17, o escore médio do item 3 é superado por todos os outros escores. Esse dado sugere o quanto os pacientes com úlcera venosa apresentam-se insatisfeitos com a intensidade de dor. Por outro lado, o item 2 foi o que apresentou o melhor escore médio (26,4326), demonstrando que os pacientes estão satisfeitos com a assistência à saúde que estão recebendo.

Média	
7.3333	22 - - - - - +
14.8372	24 - - - - - + *
15.6609	23 - - - - - + *
17.4419	20 - - - - + *
23.6167	21 - - - + * * * *
26.1011	18 - - + * * * *
26.1919	13 - + * * * *
26.5795	19 + * * * *
27.2907	14 * * * *

Figura 7 - Diagrama de Bonferroni para as Diferenças nas Médias do Domínio “SE”. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Os dados da Figura 7 revelam que o item 22 (não ter trabalho) apresentou o menor escore médio (7,3333) dentre os demais itens do Domínio SE, diferindo significativamente de todos os demais. O exame da evidência amostral pontual informa que os escores médios de todos os itens superam o escore obtido nesse item, indicando a insatisfação dos pacientes com UVC com o fato de não terem um

trabalho. Já, o item 14 (apoio das pessoas) foi o que apresentou o maior escore médio (27,2907), revelando, contrariamente o quanto estes pacientes estão satisfeitos com o apoio recebido.

Média	
21.4770	30 - - - - +
21.8652	33 - - - - +
22.8539	31 - - - +
23.0225	32 - - +
25.2135	34 - +
26.6966	28 + * *
29.6552	29 * * * * *

Figura 8 - Diagrama de Bonferroni para as Diferenças nas Médias do Domínio “PE”. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Os resultados obtidos na Figura 8 mostram que o item 30 (objetivos pessoais) foi o que obteve o menor escore médio (21,4770) no domínio PE. Esse valor difere estatisticamente somente dos itens 28 (paz de espírito) e 29 (fé em Deus), que constituem os itens com os maiores escores médios (26,6952 e 29,6552, respectivamente).

Para o domínio Família, a diferença entre os escores médios dos itens não foi estatisticamente significativa ($p = 0,210$) o que, não permitiu a realização do diagrama.

4.3.5. Análise de Correlação

4.3.5.1. Análise de Correlação para Identificação dos Domínios mais Influentes sobre o IQVT.

Através da análise de correlação entre o IQV Total e seus respectivos domínios, buscou-se a verificação do domínio que mais contribuiu para a qualidade de vida total dos pacientes com UV. Tal análise está apresentada na Tabela 9.

Tabela 9 - Correlação Linear entre o IQV Total e os Domínios. São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

Variável	n	Correlação	P
<i>IQV SF</i>	89	0,94*	<0,001
<i>IQV SE</i>	89	0,83*	<0,001
<i>IQV PE</i>	89	0,86*	<0,001
<i>IQV Fa</i>	89	0,63*	<0,001

(*) a correlação é estatisticamente significativa

O exame da Tabela 9 mostra que embora todos os domínios estejam positivamente correlacionados com o IQV Total, o Domínio Saúde/Funcionamento foi o que mostrou maior valor de correlação, seguido do Domínio Psicológico/Espiritual, revelando-se mais influentes sobre a QV total da amostra.

4.3.5.2. Análise de Correlação Para Identificação dos Itens Mais Influentes Sobre os Domínios do IQV de Ferrans e Powers.

A partir dos resultados apresentados na Tabela 9 e Figura 5, buscou-se identificar os três itens mais influentes para a QV em cada

um dos domínios, através da correlação entre cada item que compõe cada domínio e o escore médio obtido. Nas Tabelas 10, 11, 12 e 13, podem ser observados os resultados encontrados.

Tabela 10 – Correlação entre Cada Item e o Escore Médio do Domínio Saúde/Funcionamento. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Nº do Item	Elemento Avaliado	Correlação item –Total
1	Saúde	0,65*
2	Assistência à saúde	0,47*
3	Dor	0,53*
4	Energia	0,67*
5	Independência física	0,71*
6	Controle sobre a própria vida	0,63*
7	Vida longa	0,47*
12	Vida sexual	0,53*
15	Responsabilidades familiares	0,62*
16	Ser útil as outras pessoas	0,61*
17	Estresse e preocupações	0,72*
25	Atividade de lazer	0,69*
26	Disposição para passear	0,64*
27	Possibilidade de velhice feliz	0,58*

(*) a correlação é estatisticamente significativa

O exame da Tabela 10 também mostra que todos os itens do domínio Saúde/Funcionamento estão positivamente correlacionados com o escore médio obtido em tal domínio. Porém, os que apresentam maiores correlações são os itens 17 (estresse e preocupações), 5 (independência física) e 25 (atividade de lazer), nesta ordem apresentada. Os itens com as menores correlações são o 2 (assistência à saúde) e 7(vida longa), os quais apresentaram o mesmo valor na correlação.

Tabela 11 - Correlação entre Cada Item e o Escore Médio do Domínio Sócio-Econômico. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Nº do Item	Elemento Avaliado	Correlação item -Total
13	Amigos	0,39*
14	Apoio das pessoas	0,33*
18	Lar	0,47*
19	Vizinhança	0,26*
20	Nível sócio-econômico	0,75*
21	Trabalho	0,65*
22	Não ter trabalho	0,62*
23	Escolaridade	0,55*
24	Independência financeira	0,74*

(*) a correlação é estatisticamente significativa

O exame da Tabela 11 mostra que todos os itens do domínio Sócio-Econômico estão positivamente correlacionados com o escore total médio obtido no domínio. No entanto, os três itens que apresentam maiores correlações são o item 20 (nível sócio-econômico), o item 24 (independência financeira) e o item 21 (trabalho). Os itens com menores correlações são os de número 19 (vizinhança), 14 (apoio das pessoas) e 13 (amigos), respectivamente.

Tabela 12 - Correlação entre Cada Item e o Escore Médio do Domínio Psicológico/Espiritual. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Nº do Item	Elemento Avaliado	Correlação item -Total
28	Paz de Espírito	0,55*
29	Fé em Deus	0,35*
30	Objetivos	0,86*
31	Felicidade	0,69*
32	Satisfação	0,88*
33	Aparência	0,74*
34	Consigo próprio (Self)	0,77*

* estatisticamente significativa

O exame da Tabela 12 mostra que, no domínio PE, todos os itens também são positivamente correlacionados com o escore médio,

obtendo-se os maiores índices de correlação para os itens 32 (satisfação), 30 (objetivos) e 34 (consigo próprio). O item menos influente foi o 29 (fé em Deus).

Tabela 13 - Correlação entre Cada Item e o Escore Médio do Domínio Família. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Nº do Item	Elemento Avaliado	Correlação item -Total
8	Saúde da família	0,76*
9	Filhos	0,73*
10	Felicidade conjugal	0,63*
11	Cônjuge	0,69*

Os dados da Tabela 13, assim como todos os anteriores, apontam que todos os quatro itens que compõem o domínio Fa são positivamente correlacionados com o escore médio do mesmo. Porém, os mais positivamente correlacionados foram os itens 8 (saúde da família), 9 (filhos) e 11 (cônjuge).

Os dados acerca dos itens que obtiveram os maiores índices de correlação (positiva) sugerem que, provavelmente, esses foram os que mais influenciaram na composição dos escores médios respectivamente para cada domínio.

4.3.5.3. Análise de Correlação entre cada Domínio, o IQV Total e as Variáveis do Estudo

As correlações entre cada domínio, o IQV total e as variáveis quantitativas e qualitativas dicotômicas investigadas no estudo,

objetivaram avaliar se essas variáveis têm alguma influência na QV dos indivíduos com UV. Tais análises são apresentadas, a seguir, através das Tabelas 14, 15, 16, 17 e 18.

Tabela 14 - Correlação entre o Domínio Saúde/Funcionamento e as Variáveis do Estudo. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Variável	n	Correlação	P
Quantitativas			
Idade	89	0,05	0,307
Número Filhos	89	-0,02	0,405
Número Úlceras	89	-0,15	0,073
Novos de episódios de ulceração	82	-0,09	0,377
Tempo de ocorrência da 1ª úlcera	83	-0,02	0,421
Tempo com a úlcera atual	88	-0,05	0,321
Qualitativas Dicotômicas			
Sexo (1=f)	89	-0,04	0,351
Situação Conjugal (1=cc)	87	-0,07	0,255
Religião (1=c,0=e)	82	0,20*	0,035
Posicionamento – Anterior à 1ª UV (1=ortost)	83	0,29*	0,003
Posicionamento - Atual (1=ortost)	49	-0,04	0,392
Membro inferior ulcerado (1=esq)	76	-0,09	0,218

(*) A correlação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

O exame da Tabela 14 mostra que o Domínio SF apresenta correlação positiva estatisticamente significativa com religião ($r = 0,20$; $p = 0,035$) e posicionamento anterior à primeira UV ($r = 0,29$; $p = 0,003$), sugerindo que os grupos de católicos e daqueles que exerciam atividade profissional anterior, na posição ortostática, a maior parte do tempo, apresentam melhor qualidade de saúde que o grupo dos pacientes evangélicos pentecostais e com atividade anterior sedentária, respectivamente. As demais variáveis não apresentaram correlação – do tipo examinada - com o Domínio.

Tabela 15 - Correlação entre o Domínio Sócio-Econômico e as Variáveis do Estudo. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Variável	n	Correlação	P
Quantitativas			
Idade	89	0,15	0,081
Número Filhos	89	0,08	0,211
Número Úlceras	89	-0,00	0,484
Novos de episódios de ulceração	82	-0,02	0,414
Tempo de ocorrência da 1ª úlcera	83	-0,05	0,318
Tempo com a úlcera atual	88	-0,07	0,257
Qualitativas Dicotômicas			
Sexo (1=f)	89	0,00	0,471
Situação Conjugal (1=cc)	87	-0,07	0,266
Religião (1=c,0=e)	87	0,28*	0,005
Posicionamento - Anterior à 1ª UV (1=ortost)	83	0,11	0,164
Posicionamento - Atual (1=ortost)	49	-0,09	0,250
Membro inferior ulcerado (1=esq)	76	-0,04	0,363

(*) A correlação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

O exame da Tabela 15 mostra que o domínio SE apresenta *correlação positiva* estatisticamente significativa apenas com *Religião* ($r = 0,28$; $p = 0,005$), sugerindo que o grupo de pacientes pertencentes à igreja católica apresenta melhor qualidade de vida que o grupo pertencente às igrejas evangélicas pentecostais, nesse domínio. As demais variáveis não apresentam nenhuma correlação com esse domínio.

Tabela 16 - Correlação entre o Domínio Psicológico/Espiritual e as Variáveis do Estudo. São Paulo, Set 2000/ Mar 2001.

Variável	n	Correlação	P
Quantitativas			
Idade	89	0,14	0,097
Número Filhos	89	-0,05	0,314
Número Úlceras	89	-0,19*	0,032
Novos de episódios de ulceração	82	-0,05	0,315
Tempo de ocorrência da 1ª úlcera	83	-0,02	0,420
Tempo com a úlcera atual	88	-0,00	0,481
Qualitativas Dicotômicas			
Sexo (1=f)	89	0,03	0,383
Situação Conjugal (1=cc)	87	-0,16	0,067
Religião (1=c,0=e)	82	0,26*	0,008
Posicionamento – Anterior a 1ª UV (1=ortost)	83	0,25*	0,012
Posicionamento Atual (1=ortost)	49	0,04	0,388
Membro inferior ulcerado (1=esq)	76	-0,15	0,089

(*) A correlação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Os dados da Tabela 16 mostram que o Domínio PE apresenta *correlação negativa* estatisticamente significativa *com número de úlceras* ($r = -0,19$; $p = 0,036$), sugerindo que quanto maior o número de úlceras pior a qualidade de vida relacionada ao Domínio PE. Os resultados revelam ainda, similarmente ao domínio SF, que o domínio PE apresenta *correlação positiva* estatisticamente significativa *com religião* ($r = 0,26$; $p = 0,008$) e *posicionamento anterior à primeira UV* ($r = 0,25$; $p = 0,012$), isto é, que os pacientes com atividade profissional anterior em posição ortostática a maior parte do tempo, apresentam melhor QV nesse domínio que o grupo de pacientes evangélicos e os com em posição sedentária para esse domínio, respectivamente.

Tabela 17 - Correlação entre o Domínio Família e as Variáveis do Estudo. São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

Variável	n	Correlação	P
Quantitativas			
Idade	89	-0,02	0,436
Número Filhos	89	-0,06	0,297
Número Úlceras	89	-0,15	0,084
Novos de episódios de ulceração	82	-0,05	0,331
Tempo de ocorrência da 1ª úlcera	83	-0,08	0,222
<i>Tempo com a úlcera atual</i>	88	-0,19*	0,037
Qualitativas Dicotômicas			
Sexo (1=f)	89	0,02	0,438
<i>Situação Conjugal (1=cc)</i>	87	-0,28*	0,004
<i>Religião (1=c,0=e)</i>	82	0,22*	0,022
<i>Posicionamento - Anterior à 1ª UV (1=ortost)</i>	83	0,31*	0,001
Posicionamento - Atual (1=ortost)	49	-0,13	0,187
Membro inferior ulcerado (1=esq)	76	0,03	0,391

(*) A correlação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

O exame da Tabela 17 mostra que o Domínio Família apresenta *correlação negativa* estatisticamente significativa com o *tempo com a úlcera atual* ($r = -0,19$; $p = 0,037$), sugerindo que quanto maior o tempo com a úlcera pior a qualidade de vida dos pacientes relacionada ao Domínio Família. Observa-se que o mesmo domínio apresenta *correlação positiva*, estatisticamente significativa, com *religião* ($r = 0,22$; $p = 0,022$) e *posicionamento anterior à primeira UV* ($r = 0,31$; $p = 0,001$) e *correlação negativa* estatisticamente significativa com *situação conjugal* ($r = -0,28$; $p = 0,004$). Esses dados sugerem que os maiores escores de qualidade de vida relacionadas ao Domínio Família estão no grupo dos pacientes católicos, no grupo dos que exerciam atividade

profissional anterior à primeira úlcera em posição ortostática, a maior parte do tempo, e no grupo dos que não possuem companheiro.

Tabela 18 - Correlação entre o IQVT e as Variáveis do Estudo. São Paulo, Set2000/Mar 2001.

Variável	n	Correlação	P
Quantitativas			
Idade	89	0,09	0,179
Número Filhos	89	-0,04	0,365
Número Úlceras	89	-0,15	0,083
Novos de episódios de ulceração	82	0,06	0,304
Tempo de ocorrência da 1ª úlcera	83	-0,11	0,163
Tempo com a úlcera atual	88	-0,08	0,232
Qualitativas Dicotômicas			
Sexo (1=f)	89	-0,01	0,446
Situação Conjugal (1=cc)	47	-0,07	0,326
Religião (1=c,0=e)	83	0,26*	0,008
Posicionamento - Anterior à 1ª UV(1=ortost)	82	0,28*	0,005
Posicionamento Atual (1=ortost)	49	-0,05	0,375
Membro inferior ulcerado (1=esq)	76	-0,09	0,214

(*) A correlação é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Os dados da Tabela 18 indicam que não há correlação linear estatisticamente significativa ($p > 0,05$) entre o IQVT e as variáveis idade, número de filhos, número de úlceras, número de novos episódios de UV, tempo de ocorrência da primeira úlcera venosa e tempo com a úlcera atual. Todavia, informa que há *correlação positiva entre IQVT e religião* ($r = 0,26$; $p = 0,008$) e *posicionamento anterior à úlcera* ($r = 0,28$; $p = 0,005$), sugerindo que os mais altos escores no IQV Total estão associados com os pacientes católicos e os que exerciam atividade profissional anterior à primeira UV em posição ortostática, a maior parte do tempo.

4.3.5.4. Análise de Regressão

A Regressão Múltipla do IQVT sobre as variáveis independentes idade, número de filhos, número de úlceras, número de novos episódios de UV, tempo de ocorrência da primeira UV e tempo com a UV atual produziu um Coeficiente de Determinação de 0,1133. Tal coeficiente descreve o “poder do modelo” e informa que 11,33% da variação total observada no IQVT são explicados pelo modelo de regressão múltipla através das variáveis. A Tabela 20 exibe as estimativas para os coeficientes da regressão bem como os P-Values associados às estimativas.

Tabela 19 - Regressão Múltipla do IQVT sobre algumas Variáveis Quantitativas do Estudo. São Paulo, Set2000/Mar 2001.

Variáveis Independentes	B	P
Idade	0,07	0,189
Número Filhos	0,02	0,924
Número Úlceras	-0,45	0,594
Novos de episódios de ulceração	0,04	6,59
Tempo de ocorrência da 1ª úlcera	-0,07	0,431
Tempo com a úlcera atual	-0,02	0,851
(Constante)	20,14	

Ao examinarmos a Tabela 19 observamos que nenhuma das variáveis independentes selecionadas parece ter efeito real sobre o IQV Total. O Teste de Existência de Relacionamento (Análise de Variância aplicada à regressão, em que H_0 afirma não existir o relacionamento) também sugeriu inexistência desse efeito ($p = 0,866$).

4.3.5.5. Análise de Comparação

As Tabelas 20, 21, 22, 23 e 24 exibem os valores médios dos domínios e os correspondentes desvios-padrão para os agrupamentos de variáveis dicotômicas (Grupo 1). Exibem também o P-Value associado ao teste de comparação entre os valores médios.

Tabela 20 - Comparação dos Escores Médios do Domínio Saúde/Funcionamento dos Grupos 0 e 1 por Variável Dicotômica. São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

Variável	Grupo 0	Grupo 1	P
	Média(dp)	Média(dp)	
Sexo (1=f)	21,37 (6,37)	20,83 (6,07)	0,642
Situação Conjugal (1=cc)	21,52 (5,99)	20,64 (6,39)	0,458
Religião (1=c,0=e)	19,67 (6,95)	22,19 (5,27)	0,134
Posicionamento – Anterior à 1ª UV (1=ortostática)	15,56(8,76)	21,64(5,51)	0,044*
Posicionamento Atual (1=ortostática)	21,40 (8,07)	20,56 (6,33)	0,655
Membro inferior ulcerado (1=esq)	21,19 (6,34)	19,98 (6,14)	0,372

(*) A diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Os dados da Tabela 20 mostram que há evidência estatística de que os pacientes que exerciam atividade profissional anterior à primeira UV, em posição ortostática a maior parte do tempo, apresentam melhor qualidade de vida no Domínio Saúde/Funcionamento do que os que exerciam atividades em posição sedentária ($p = 0,044$), corroborando com achados da Tabela 14. Não existe diferença entre as demais variáveis estudadas.

Tabela 21 - Comparação dos Escores Médios do Domínio Sócio-Econômico dos Grupos 0 e 1 por Variável Dicotômica. São Paulo, Set 2000/Mar 2001.

Variável	Grupo 0	Grupo 1	P
	Média(dp)	Média(dp)	
Sexo (1=f)	20,90(4,68)	20,98(5,39)	0,887
Situação Conjugal (1=cc)	21,36(5,80)	20,66(4,69)	0,306
Religião (1=c,0=e)	19,42(5,35)	22,35(4,59)	0,011*
Posicionamento – Anterior a 1ª UV (1=ortostática)	19,04(6,06)	20,92(5,06)	0,417
Posicionamento Atual (1=ortostática)	22,34(3,95)	20,77(4,97)	0,381
Membro inferior ulcerado (1=esq)	20,91(5,25)	20,48(4,85)	0,688

(*) A diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Os dados da Tabela 21 mostram que há evidência estatística de que os pacientes católicos apresentam melhor qualidade de vida relacionada ao Domínio Sócio-Econômico comparativamente aos pacientes pertencentes às igrejas evangélicas ($p = 0,011$), ratificando os dados já apresentados na Tabela 15.

Tabela 22 - Comparação dos Escores Médios do Domínio Psicológico/Espiritual dos Grupos 0 e 1 por Variável Dicotômica. São Paulo, Set2000/Mar 2001.

Variável	Grupo 0	Grupo 1	P
	Média(dp)	Média(dp)	
Sexo (1=f)	24,09(6,20)	24,50(5,91)	0,752
Situação Conjugal (1=cc)	25,32(5,34)	23,39(6,43)	0,220
Religião (1=c,0=e)	22,53(6,67)	25,77(5,09)	0,021*
Posicionamento – Anterior a 1ª UV (1=ortostática)	20,02(8,53)	24,97(5,48)	0,104
Posicionamento Atual (1=ortostática)	23,38(7,48)	24,19(5,82)	0,894
Membro inferior ulcerado (1=esq)	25,34(5,34)	23,28(6,38)	0,242

(*) A diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Os dados da Tabela 22 mostram que há evidência estatística de que os pacientes católicos apresentam melhor qualidade relacionada ao Domínio Psicológico/Espiritual que os pacientes

evangélicos ($p = 0,021$), também corroborando os resultados apresentados na Tabela 16.

Tabela 23 - Comparação dos Escores Médios do Domínio Família dos Grupos 0 e 1 por Variável Dicotômica. São Paulo, Set2000/Mar 2001.

Variável	Grupo 0 Média(dp)	Grupo 1 Média(dp)	P
Sexo (1=f)	26,08(5,73)	26,27(5,18)	0,922
Situação Conjugal (1=cc)	27,79(4,02)	24,83(6,02)	0,006*
Religião (1=c,0=e)	25,04(5,35)	27,38(4,69)	0,036*
Posicionamento – Anterior à 1ª UV (1=ortost)	21,32(8,33)	26,92(4,59)	0,037*
Posicionamento Atual (1=ortost)	28,12(4,20)	25,56(6,19)	0,168
Membro inferior ulcerado (1=esq)	25,68(6,92)	26,07(5,01)	0,507

(*) A diferença é estatisticamente significativa ($p < 0,05$)

Os dados da Tabela 23 mostram que há evidência estatística de que o grupo de pacientes que apresentam situação conjugal sem companheiro, de religião católica e daqueles que exerciam atividade anterior à primeira úlcera em posição ortostática, a maior parte do tempo, apresentam melhor qualidade relacionada ao Domínio Família que os grupos de pacientes com companheiro, evangélicos e os que exerciam atividade anterior em posição sedentária ($p < 0,05$), o que já foi encontrado antes nos resultados apresentados na Tabela 17.

Tabela 24 - Comparação dos Escores Médios do IQV Total dos Grupos 0 e 1 por Variável Dicotômica. São Paulo, Set2000/Mar 2001.

Variável	Grupo 0 Média(dp)	Grupo 1 Média(dp)	P
Sexo (1=f)	22,38(5,20)	22,22(5,03)	0,825
Situação Conjugal (1=cc)	22,93(4,94)	26,29(5,02)	0,285
Religião (1=c,0=e)	20,50(5,94)	23,52(4,16)	0,021*
Posicionamento – Anterior a 1ª UV (1=ortost)	17,98(7,34)	22,74(4,57)	0,078
Posicionamento Atual (1=ortost)	22,74(6,08)	21,95(5,16)	0,704
Membro inferior ulcerado (1=esq)	22,47(5,19)	21,47(5,03)	0,366

(*) A diferença é estatisticamente significativa

Os dados exibidos na Tabela 24 reforçam a evidência de que os pacientes católicos têm melhor qualidade de vida total que os evangélicos ($p = 0,021$), mas não confirmam a hipótese relacionada aos indivíduos com atividade anterior em pé ($p = 0,078$), conforme apresentado na Tabela 18.

5 DISCUSSÃO

Embora o termo QV seja frequentemente mencionado em diferentes artigos que tratam das úlceras venosas, esses aparecem raramente quando os estudos são relacionados especificamente à análise do construto.

Dos restritos trabalhos e principais trabalhos realizados com pacientes com UVC, quais sejam de WALSHE (1995) e KRASNER, 1998a, 1998b), os autores utilizaram abordagem qualitativa conforme apresentados na introdução deste relatório. Além disso, as escalas de avaliação de QV específica para essa população, são raras e mesmo propriedades psicométricas testadas, não estão adaptadas para nossa cultura. Desse modo, optou-se, para este estudo, pela utilização da versão genérica original do IQV de Ferrans e Powers, na sua forma traduzida e adaptada para o português, constituindo assim, o primeiro trabalho em literatura mundial com a aplicação do IQV para pessoas com UVC.

Considerando-se o caráter genérico do IQV de Ferrans e Powers, bem como a sua utilização na versão adaptada, ao invés da versão final proposta por KIMURA (1999), achamos conveniente a realização da análise de suas propriedades psicométricas para este estudo. Os resultados mostram níveis satisfatórios de confiabilidade em todos os domínios e para o IQV Total, com coeficientes alfa de Cronbach de 0,65 a 0,99 (Tabela 1). O IQV mostrou ainda validade de

critério do tipo concorrente ao apresentar correlações estatisticamente significantes entre o IQVT e seus respectivos domínios com o item 32 do instrumento, relacionado à satisfação com a vida (Tabela 3). Para a análise da validade discriminante, no entanto, embora os escores em todos os domínios e no IQVT do grupo caso tenham sido levemente inferiores aos escores do grupo controle, as diferenças obtidas foram estatisticamente significantes somente para o IQV Total e para o Domínio Saúde/Funcionamento. Apesar desses resultados indicarem que o IQV não conseguiu discriminar o grupo de sadios do grupo de pacientes com UV em todas as dimensões que o compõem, essa diferenciação ocorreu não só para o IQVT mas também para o domínio SF o qual, na verdade, constitui o foco importante de discriminação entre os grupos: população geral e amostra de pacientes com alterações crônicas de saúde. Nesse sentido, o processo de validação discriminante do WHOQOL-100 e Bref (FLECK et al, 1999b; 2000) gerou resultados semelhantes a este estudo, ou seja, não ocorreu discriminação entre as pessoas doentes e saudáveis para todos os domínios. Atribuindo essa ocorrência à menor estabilidade do instrumento pelo reduzido número de questões componentes do domínio em que não houve a discriminação, os autores consideraram, mesmo assim, os instrumentos satisfatórios

para a avaliação da QV em ambas as condições, similarmente às nossas considerações.

Deve-se ressaltar que outros estudos realizados com o IQV de Ferrans e Powers, com diferentes populações, tanto internacionais como nacionais, também conferiram confiabilidade e validade adequados a essa escala (FERRANS; POWERS, 1985, 1992, 1993; DUNN et al, 1994; KIM; REW, 1994; MELLORS; RILEY; ERLÉN; 1997; MACHADO, 2000; MENEGUIN, 2001; KAWAKANE, 2001).

Do ponto de vista sócio-demográfico (Tabela 4), dos 89 pacientes com UV que compuseram a amostra deste estudo, 61 (68,54%) eram do *sexo* feminino, o que vai ao encontro não só de autores como ZINK; RUSSEAU; HOLLOWAY (1992) que afirmam que a UV é mais freqüente nessa população, como dos resultados de outros estudos realizados com esse mesmo tipo de doença (MONETTA, 1999; CHERRY; WILSON, 1999; KERSTEIN; GAHTAN, 2000; SUZUKI et al, 2001).

Com relação à *idade*, a variação foi de 25 a 84 anos, média de 53,44 e mediana de 54 anos, com distribuição simétrica e sem outliers nas faixas etárias (Tabela 5 e Figura 1). Embora a ocorrência de UV seja freqüente nas populações mais idosas (ZINK; RUSSEAU; HOLLOWAY, 1992; NELZEN; BERGQVIST; LINDHAGEN, 1994; TURNER-BOUTLE et al, 1996; EBBESKOG; LINDHOLM;

OHMAN, 1996; FALANGA, 1997; LEVY, 1998; SIBBALD, 1998b; KUNIMOTO, 2001), observa-se, neste estudo, uma população mais jovem constituída, na sua maioria, por pessoas com idade em fase produtiva, ou seja, 59 (66,29%) pessoas com idade inferior a 60 anos. Segundo Moffat; O'Hare (1995) citados por REICHARDT (1999), um terço dos indivíduos com IVC desenvolvem a UV antes dos 50 anos, fato também verificado neste estudo, onde cerca de um terço (30 pessoas ou 33, 71 %), estão abaixo dessa faixa etária.

A *situação conjugal* esteve representada por 47 (54,02%) pessoas com companheiros (casados, amasiados) e 40 (45,98%) sem companheiros (solteiros, divorciados, separados, viúvos). Resultados similares também foram encontrados nos trabalhos sobre QV realizados com outras populações por KIMURA (1999); MACHADO, (2000); MENEGUIN (2001); SANTOS; SILVA (2001); SUZUKI et al (2001). Quanto ao número de filhos, a variação foi de 0 a 12, com mediana de 3 filhos (Tabela 5), distribuição assimétrica e com dois outliers identificados na parte superior do Box-Plot 1, os quais elevaram o valor da média de filhos.

Quanto à *religião*, 82 (92%) pacientes eram cristãos, dos quais 54 (65,85%) pessoas pertencentes à igreja católica e 28 (34,14%) evangélicos oriundos das igrejas pentecostais. Dos demais pacientes não categorizados, seis referiram não ter religião e apenas um era de

religião budista. Nos mesmos estudos sobre QV já mencionados (KIMURA, 1999; MACHADO, 2000; MENEGUIN, 2001; SANTOS; SILVA, 2001) também houve predomínio de pessoas católicas, refletindo as estatísticas brasileiras.

Para a *situação financeira*, observou-se que das oitenta e quatro famílias (questionários válidos) que possuíam renda, 39 (46,43%) recebiam valores entre R\$ 200,00 (duzentos reais) a R\$ 700,00 (setecentos reais); 25 (29,77%), valores inferiores a R\$ 200,00 (duzentos reais) e 20 (23,80%) valores superiores a R\$ 700,00 (setecentos reais). A menor renda familiar obtida foi de R\$ 30,00 (trinta reais) e a maior foi de R\$ 4000,00 (quatro mil reais). Um fato observado nessa variável é que essas famílias possuíam 32 (35,95%) aposentados ou pensionistas como contribuintes para a renda. Na análise do *número de pessoas que contribuíam para a obtenção da renda* observou-se que, em 41 (48,81%) famílias, a renda era proveniente de apenas um membro e que 46 (54,77%) famílias possuíam mais de quatro pessoas como dependentes da renda familiar.

A investigação quanto ao tipo de ocupação que exerceu por mais tempo antes da ocorrência da primeira UV e da atual, possibilitou classificar o nível de ocupação da amostra e também o posicionamento dos mesmos durante a atividade de trabalho. Na análise do nível da ocupação anterior constatou-se que 59 (66,30%)

ocupações eram predominantemente manuais, com 44 (49,43%) pertencentes ao Nível 1 (não especializadas) e 15 (16,85%) ao Nível 2 (especializadas). Já, no momento atual, houve predomínio de pessoas que não possuíam ocupações definidas, enquadradas no Nível 0, ou seja, 56 ou 62,92%, e as 25 (28,08%) pessoas que possuíam ocupações, incluem-se no nível manual (21,34% no Nível 1 e 6,74% no Nível 2).

O nível das ocupações de predomínio manual, especializado ou não, reflete o grau de escolaridade da amostra composta, na sua maioria, por pessoas apenas alfabetizadas (62,50%), ou seja, com o ensino fundamental incompleto. Além do elevado índice de pessoas com baixa escolaridade, observou-se que 24 (27,27%) eram analfabetas, o que, sem dúvida, repercute na situação financeira da população estudada, com predomínio de baixas rendas mensais. Novamente, resultados semelhantes foram obtidos por KIMURA, (1999); MENEGUIN (2001); SANTOS; SILVA (2001) e SUZUKI et al (2001).

Com respeito à situação frente ao trabalho, observou-se que 37 (41,57%) pessoas eram previdenciárias (aposentadas, pensionistas, afastados), 24 (26,97%) exerciam atividades remuneradas (microempresários, empregados registrados e os que trabalhavam por conta própria: na maioria biscateiros) e 28 (31,46%) não realizavam

qualquer atividade remunerada e, portanto, dependiam da renda dos demais membros da família ou de assistência social.

Esse contingente de pessoas, sem qualquer atividade de trabalho remunerada, retrata não apenas a desqualificação profissional das pessoas que compuseram a amostra deste estudo, mas também a condição de desemprego que o país tem enfrentado. Se o desemprego, de fato, afeta as pessoas com melhor qualificação profissional e tidas como “saudáveis”, o que dizer de uma parte da população que, além da baixa qualificação, possui um problema de saúde que limita não somente a procura de um novo trabalho mas, também, a sua manutenção, decorrente da morbidade causada pela doença.

Em síntese, a análise das variáveis sócio-demográficas dos pacientes com UVC, especialmente aquelas relacionadas às condições financeiras associadas aos níveis de escolaridade e ocupacional, retratam o perfil de uma população de baixo nível educacional e sócio-econômico que, similares às características das amostras na maioria dos estudos nacionais acerca de QV mencionados refletem, possivelmente, as características dos locais utilizados para a coleta de dados, ou seja, serviços públicos de saúde. Diferentemente desses resultados, o trabalho de MACHADO (2000) mostra um perfil de pessoas com melhores condições nessas mesmas variáveis estudadas, tanto por tratar-se de avaliação de QV de pessoas da população geral

e, portanto, consideradas saudáveis, como das características do próprio município de onde essa população procede, isto é, Londrina.

Quanto ao posicionamento dos indivíduos durante a atividade anterior à formação da primeira UV e atividade atual, detectou-se que em ambas as situações os indivíduos mantêm-se na posição ortostática, a maior parte do tempo (90,36% e 89,79%, respectivamente). Esse é um fator importante a ser considerado, uma vez que as ocupações que exigem posicionamento ortostático são tidas como fator de agravamento e de risco para IVC, além de serem causa de desconforto e dor (KRIJEN et al, 1997a, 1997b, 1997c; HOBSON, 1997; MORINSON; MOFFATT, 1994; MORINSON et al, 1997; KONIMOTO, 2001). Tais condições podem ter contribuído para a ocorrência da IVC e, por conseguinte para a formação de UV.

Com relação às características das UVC, 81 (91,01%) indivíduos apresentavam de uma a duas úlceras, e a média foi de 1,54 (DP = 0,99) úlcera por paciente, sendo oito o número máximo de úlceras encontrado em uma mesma pessoa (Tabela 5). No estudo de SUZUKI et al (2001), em pacientes com diferentes úlceras de perna (n=90), as autoras obtiveram média de 2,1 (DP = 1,8) lesões por paciente. Embora essa média refira-se a todos os tipos de úlceras avaliadas, 73 (81,11%) pessoas possuíam UVC. A investigação sobre o perfil de 117 pacientes com UVC, realizado por ROSSETO;

D'AVILA; SANTOS (2001), também apresentaram médias um pouco superiores às nossos (1,73 úlceras por paciente).

As características mais peculiares dos indivíduos com IVC estão relacionadas não só as dificuldades de sua cicatrização, caracterizando tanto um número elevado de úlceras como na sua cronificação (THOMAZ, 1997; CHERRY; WILSON, 1999; KERSTEIN; GAHTAN, 2000), mas também às altas taxas de recidivas das úlceras (NELZEN; BERGQUIST; LINDHAGEN, 1994; BLACK, 1995; FALANGA, 1997; THOMAZ, 1997; DOUGHTY; WALDROP, RAMUNDO, 2000) e à dificuldade de sua cicatrização. Segundo NELZEN; BERGQUIST; LINDHAGEN (1994) e BLACK (1995), 70% desse tipo de ferida abrem-se novamente após a cicatrização. Para DOUGHTY; WALDROP, RAMUNDO (2000), esses valores variam de 57% a 97%. KERSTEIN; GAHTAN (2000), analisando três modalidades de tratamento tópico, obtiveram 88% de recidiva no grupo de pacientes tratados com soro fisiológico. LEVY (1998), analisando 247 pacientes franceses com UVC, obteve 60% de recidiva. DOUGHTY; WALDROP, RAMUNDO (2000) afirmam que as taxas de recidivas estão relacionadas à manutenção da hipertensão venosa em deambulação.

Embora este estudo não tenha investigado a recidiva da UV em si, mas o número de episódios de UVC após a primeira lesão - podendo ser recidiva ou nova úlcera - observou-se que 59 (71,95 %) pessoas já haviam apresentado outras UVC após a primeira ulceração, das quais, 19,51%, 18,29%, e 34,15%, um, dois e três ou mais episódios de UVC, respectivamente, achados que estão de acordo com a literatura específica (NELZEN; BERGQUIST; LINDHAGEN, 1994; FALANGA, 1997; THOMAZ, 1997; LEVY, 1998; DOUGHTY; WALDROP, RAMUNDO, 2000). Enquanto o número máximo de episódios de ulcerações encontrado foi cinquenta e três vezes, 23 (25,84%) pessoas não referiram novas úlceras ou mesmo recidivas da primeira UV, significando, portanto, que as lesões originais ainda não cicatrizaram.

Na análise do tempo de ocorrência da primeira UV, a média observada foi de 12,99 anos (DP = 10,69), sendo que 44 (49,44%) pessoas apresentaram o primeiro episódio há mais de dez anos e 17 (31,46%) há menos de cinco anos. Com relação à UV atual, a maioria, (67,04%) dos pacientes apresenta suas lesões há menos de cinco anos. Os tempos máximos da primeira UVC e da UVC atual foram cinquenta e quarenta e cinco anos, respectivamente. Todas essas variáveis relacionadas a tempo de cicatrização comportaram-se de

forma assimétrica, além de apresentarem outliers do tipo que elevam as médias.

HANRAHAN et al (1991), estudando 78 pacientes com UVC e analisando o tempo de ocorrência da primeira ulceração, constataram que o tempo médio foi de 94 meses (7,83 anos), com variação entre 1 a 624 meses (0,08 e 52 anos respectivamente). Os resultados desse estudo quanto aos tempos mínimos e máximos são semelhantes aos nossos.

MONETTA (1999), estudando três diferentes populações de pacientes com úlceras (n=118), obteve tempo médio de 1,51 anos e máximo de 18 anos de ulceração, para os 41 pacientes com úlcera venosa. SUZUKI et al (2001), encontraram, para 29 (39,82%) dentre os 73 pacientes com UVC tempo inferior a três anos de ulceração, 16 (16,90%) entre 3 e 10 anos e 28 (38,35%), tempo superior a 10 anos de ulceração - este último período com porcentagens abaixo das obtidas em nosso estudo. Tempos médios de duração de 5,73 anos e 13.4 anos, foram constatados por ROSSETO; D'AVILA; SANTOS (2001) e por NELZEN; BERGQVIST; LINDHAGEN (1994).

Quanto à localização das UVC, 53 (59,55%) pessoas apresentavam-nas no membro inferior esquerdo, 23 (25,84%), à direita e 13 (14,61%) tanto no membro inferior direito quanto no esquerdo, totalizando cento e dois (102) membros inferiores acometidos por

essas feridas. HANRAHAN et al (1991), analisando o número de membros acometidos com UVC (n=95), também obtiveram maiores porcentagens de úlceras localizadas no MIE (52% no MIE e 48% no MID). SUZUKI et al (2001) obtiveram resultados semelhantes aos nossos, 37 (50,68%), 20 (27,40%) e 16 (21, 92%) pessoas com UVC nos MIE, MID e ambos, respectivamente.

Embora, a bibliografia consultada não ofereça justificativa para as maiores ocorrências desse tipo de úlcera no MIE, a trombose venosa profunda (TVP), segundo MAFFEI (1995c), parece ser mais comumente localizada nesse membro, decorrente da compressão da veia íliaca esquerda pela artéria íliaca direita. Ao ser a úlcera uma das complicações da IVC, de cujo processo fisiopatológico participa a TVP, esse fator deve ser considerado na localização preferencial dessas lesões. KERSTEIN; GAHTAN (2000), por exemplo, ao analisarem 81 pacientes com UVC, encontraram 33(41%) pacientes com história de TVP, sem fazerem, no entanto, referência sobre a sua localização. Neste estudo, não foram avaliados os antecedentes vasculares dos pacientes devido à escassez de registros nos prontuários, o que impossibilita fazer qualquer inferência a respeito.

Uma vez caracterizada a amostra de pessoas com IVC e suas respectivas ulcerações, passa-se para os objetivos principais da investigação quais sejam analisar sua QV, utilizando-se o IQV de

Ferrans e Powers, e identificar se e quais variáveis adotadas apresentaram repercussões na qualidade de vida total e/ou nos domínios que compõem o instrumento de medida.

Embora o IQV seja um instrumento de caráter genérico para avaliação da QV, mostrou propriedades psicométricas satisfatórias para identificar as alterações na QV total e relacionada a saúde das pessoas com UVC.

O escore médio obtido para o IQV total foi de 22,27 (DP = 5,05), enquanto os domínios PE e Fa foram 24,37 (DP = 5,97) e 26,21 (DP = 5,33) respectivamente, indicando maior satisfação dos pacientes nesses aspectos da vida, comparativamente aos domínios SE e SF, que apresentaram os menores escores médios, 20,96 (DP = 5,15) e 21,00 (DP = 6,14), respectivamente.

Após análise do IQV através escores médios de seus domínios, procurou-se identificar não só os itens componentes com menores escores como aqueles que mais teriam influenciado os escores médios dos domínios a que pertenciam. Em avaliação mais global do IQVT, constatou-se que a maioria dos itens (73,50%) apresentou escores médios acima de 20. No entanto, os itens que avaliam a satisfação com o fato de se não se ter um trabalho e com a intensidade de dor, foram os que apresentaram os menores escores médios, respectivamente. Esses mesmos itens foram estatisticamente

diferentes dos demais (Figuras 7, 8 e 9), indicando a insatisfação dessas pessoas com esses aspectos da vida.

Quanto a influência dos escores dos domínios sobre o IQVT, todos apresentaram-se positivamente correlacionados ($p < 0,001$) com o IQVT, embora o SF ($r = 0,95$) e o PE ($r = 0,86$) tenham revelado correlações mais elevadas e, portanto, revelando-se mais influentes. Além disso, evidenciou-se que todos os itens que compõem os quatro domínios, individualmente, estavam positivamente correlacionados com seus escores médios ($p < 0,05$). Buscando-se, então, destacar os três itens cujas correlações fossem mais elevadas, constataram-se o nível sócio-econômico ($r = 0,75$), a independência financeira ($r = 0,74$) e o trabalho ($r = 0,65$), para o Domínio SE; os itens estresse e preocupações ($r = 0,72$), independência física ($r = 0,71$) e atividades de lazer ($r = 0,69$), para o SF; satisfação de modo geral ($r = 0,88$), alcance dos objetivos pessoais ($r = 0,86$) e satisfação consigo próprio ($r = 0,77$), para o Domínio PE e saúde da família ($r = 0,76$), satisfação com os filhos ($r = 0,73$) e satisfação com cônjuge ($r = 0,69$), para o Domínio Fa.

No que tange ao domínio SE, as características sócio-demográficas da amostra relacionadas especialmente a renda e situação ocupacional, certamente determinaram a maior importância dos itens nível sócio-econômico, independência financeira e trabalho,

aspectos tidos como inerentes altamente específicos no Domínio SE. Por outro lado, embora o item não ter trabalho tenha sido o que apresentou o menor escore médio nesse domínio, não foi o que mais influenciou na composição do seu escore médio.

Com relação ao domínio SF, tanto a morbidade acarretada pela IVC e UVC, conforme exposto na introdução deste trabalho, como as dificuldades frente às limitações impostas pela doença - (in)dependência física – indubitavelmente, não só aumentam o estresse e preocupação como repercutem na realização do trabalho e na diminuição das atividades de lazer, embora ambos também possam sofrer influência do nível sócio-econômico.

No Domínio SF, há que se ressaltar a dor como aspecto fundamental, embora sem maior influência evidenciada estatisticamente ($r = 0,53$). Como queixa e fator de insatisfação esteve sempre presente nas avaliações e foi o item que apresentou o menor escore médio nesse domínio (Figuras 6 e 7). Estar completamente livre de dor foi considerado como uma questão muito importante na vida. Verificou-se, desse modo, que 58 (65,90%) pacientes referiram sentir-se insatisfeitos com a intensidade de dor sentida e, desses, 43 (74,13%) sentiam-se muito insatisfeitos, 12 (20,70) moderadamente insatisfeitos e 3 (5,17%) pouco insatisfeitos. Porcentagens semelhantes (64%)

foram constatadas na investigação sobre dor realizada por HOFMAN et al (1997).

A ocorrência de dor é um dos aspectos mais explorados na literatura acerca das úlceras venosas (LINDHOLM et al, 1993; PHILLIPS et al, 1994; BLACK, 1995; WALSHE, 1995; LAMPING, 1997; HOFMAN et al, 1997; KRASNER, 1998a, 1998b; NEIL; BARRELL, 1998; PIEPER; SZCZEPANIAK; TENPLIN, 2000) e tem sido confirmada em nossa vivência com esses pacientes, o que nos leva a discuti-la, por considerar sua influência na manutenção e alcance de uma QV melhor. Essa experiência tem sido descrita como algo que sufoca o indivíduo, consome cada aspecto da vida e é de grande influência na QV geral (FERRELL, 1995). Segundo TEIXEIRA; PIMENTA (1994 a dor crônica não tem a função biológica de alerta, como a dor aguda e, por conseguinte gera estresse físico, emocional, econômico e social.

Dentre os temas que emergiram dos discursos do estudo de NEIL; MUNJAS (2000), anteriormente mencionado, a dor foi apontada como um fator de desconforto físico, sendo descrita como queimação, ardência, picada, ferroadada e pontada, dentre outras sensações, além de ocasionar alterações do sono e da mobilidade.

FERRELL (1995) criou um modelo conceitual a respeito do impacto da dor na QV, composto por quatro dimensões: Bem-estar

físico, Bem-estar psicológico, Bem-estar Social e Bem-estar Espiritual. Na dimensão bem-estar físico são apontados a fadiga, as alterações no apetite, os distúrbios do sono, alterações gastrointestinais e outros. Na dimensão bem-estar psicológico estão englobados principalmente a ansiedade e a depressão. Na dimensão Bem-estar social, a presença da dor tem influência principalmente sobre a família, mas outros aspectos são apresentados tais como alterações na esfera sexual, nas relações de afeto, no trabalho e na própria aparência. No bem-estar espiritual, a dor tem grande influência sobre a espiritualidade e as tradições religiosas, além de propiciar incerteza e ser interpretada como piora da doença, gerar sofrimento e desesperança. Embora esse modelo conceitual tenha sido desenvolvido através das experiências dolorosas vividas por pacientes com câncer, inúmeros desses sinais e sintomas são claramente percebidos nos pacientes com úlcera venosa, mesmo que não tenham sido aqui explorados, pelas limitações do instrumento quanto a esse aspecto.

NEIL; BARRELL (1998), avaliando pacientes com feridas crônicas e afirmando que os mesmos apresentam dificuldades emocionais e psicológicas, apontam a dor como um fator de imobilidade e interrupção na estrutura social.

Ao se tentar estabelecer comparação entre os índices de QV identificados neste estudo, não identificamos trabalhos que incluam a

avaliação de QV dessa população com o IQV de Ferrans e Powers. Como o IQV de Ferrans & Powers foi empregado em alguns estudos envolvendo pacientes com outras doenças crônicas e também com pessoas da população geral, tanto nacionais como internacionais, passamos a discutir nossos resultados à luz desses trabalhos.

Vale mencionar que os estudos nacionais realizados com pessoas doentes apresentam, como dados similares, além da caracterização sócio-demográfica, os serviços utilizados para a coleta de dados, quais sejam os hospitais públicos de São Paulo, aspectos considerados favoráveis à discussão.

O primeiro estudo nacional desenvolvido com o IQV de Ferrans e Powers tinha como objetivo sua validação e foi realizado em amostra de 52 pacientes egressos da UTI do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Os escores médios obtidos foram 23 (DP=4,47) para o IQV total e 21 (DP= 5,73), 23 (DP=5,23), 26 (DP=4,89) e 27 (DP=5,09) para os domínios SF, SE, PE e Fa, respectivamente (KIMURA, 1999).

Este trabalho foi seguido de outro pioneiro para análise de QV em população doente. Realizado por MENEGUIN (2001), com amostra de 60 pacientes com cardiopatias valvares em “fila de espera” para cirurgia no Instituto do Coração dos Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, obtiveram-se

escores médios de 16,19 (DP = 1,88) para o IQV Total e de 15,02 (DP = 1,82); 15,19 (DP = 0,51), 15,61 (DP=0,69) e 15,36 (DP= 0,39), respectivamente para os domínios SF, SE, PE e Fa. Esses resultados mostram não só valores médios muito baixos para a QV total e domínios correspondentes como um equilíbrio entre os mesmos.

Ao compararmos os escores médios dos estudos de Meneguín e Kimura com os resultados por nós obtidos, evidencia-se que tanto para o IQV total quanto para os domínios, todos os escores médios dos pacientes cardiopatas são inferiores aos demais, indicando que esses pacientes apresentam pior qualidade de vida quando comparados aos pacientes egressos de UTI e àqueles com úlcera venosa crônica. No entanto, os pacientes com UV apresentam escores inferiores aos egressos de UTI, exceto para o domínio Saúde/Funcionamento, cujos índices foram praticamente iguais.

Interessante notar que os três trabalhos, principalmente de Kimura e este estudo, apresentam como maiores escores médios aqueles relacionadas aos domínios Família e Psicológico/Espiritual, sugerindo que, independentemente da doença, o maior grau de satisfação está relacionado com esses domínios.

MACHADO (2000), por sua vez, realizando a validação do IQV para a população geral (n= 300) do município de Londrina, interior do Paraná, obteve os seguintes escores: 25,56 (DP=13,29)

para o IQV total; 23,78 (DP=3,60) para os domínio SF, 25,14 (DP=4,41) para o domínio SE; 21,40 (DP=4,34) para o domínio PE e 25,24 (DP=3,98) para o domínio Fa.

Em estudo, também para validação do IQV, desta feita para estudantes de graduação em enfermagem (n= 264) de um município do interior de São Paulo, KAWAKANE (2001) obteve escore médio para o IQV total de 25,40 (DP=3,34) e escores médios de 25,17; 25,24; 25,91 e 25,66, respectivamente para os domínios SF, SE, PE, Fa.

À luz de ambos estudos realizados com pessoas consideradas “saudáveis”, observa-se, inicialmente, homogeneidade entre os escores atribuídos pelos os estudantes de graduação em enfermagem. Por outro lado, em ambos estudos, tanto os índices médios para o IQVT como para os domínios Sócio-Econômico e Família, são similares, correspondendo a aproximadamente 25 pontos.

Incluindo esses estudos com populações saudáveis em nossa análise e desconsiderando-se os desvios-padrão, constata-se claramente que a pior QV geral e em todos os domínios está relacionada aos pacientes cardiopatas. Os pacientes egressos de UTI apresentam melhor QV geral comparativamente àqueles com UVC. Embora os dois grupos de pessoas saudáveis apresentem maiores escores médios para o IQV total, sugestivos de melhor QV geral

comparativamente à apresentada por pessoas doentes, observa-se que a QV relacionada à família, nessa população, mostra escores inferiores aos pacientes egressos de UTI e com UVC, respectivamente.

Dentre os estudos internacionais para avaliação acerca de QV de pessoas doentes utilizando o IQV, encontra-se o realizado por Ferrans e Powers junto a 349 pessoas em diálise, cujos resultados foram publicados em dois artigos.

Na primeira publicação, as autoras não apresentaram os dados referentes aos escores médios da amostra. No entanto, ao dividirem essa amostra em dois grupos para compará-los de acordo com a renda per capita anual, a análise dos dados possibilitou concluir que os maiores índices de QV estavam relacionados ao grupo com maior renda per capita anual (FERRANS; POWERS, 1992). Ao serem comparados os escores do grupo com renda inferior (menos de U\$10 mil) aos escores obtidos em nosso estudo, encontram-se todos os valores inferiores para o grupo de pacientes com diálise tanto para o IQVT como para os domínios.

No outro artigo, as autoras publicaram a análise da QV desses mesmos indivíduos, mostrando 20,70 (DP= 4,77) como escore médio do IQV Total. Para os domínios, obtiveram 18,64 (DP=5,71) para o SF; 21,29 (DP = 5,41) para o SE; 21,60 (DP=6,37) para o PE e 25,26 (DP=5,07) para o domínio Fa (FERRANS; POWERS, 1993). Em

ambas análises, observa-se que as pontuações como um todo são inferiores às obtidas em nosso estudo. Há que se considerar contudo que, provavelmente, os escores obtidos para esses pacientes em diálise refletem mais precisamente a sua QV do que os obtidos neste estudo (apesar da confiabilidade e validade atestadas), visto que as autoras utilizaram uma versão específica do IQV para tal população, qual seja a versão diálise.

Em outro estudo, BLILEY; FERRANS (1993), utilizando a versão cardíaca do IQV para comparar a QV de pacientes cardiopatas, antes e depois de angioplastia (n=40), obtiveram resultados que demonstraram melhoria na QV geral e no domínio Saúde/Funcionamento após a cirurgia, com diferenças estatisticamente significantes. Os valores, tanto do IQV Total quanto dos domínios no período pré-operatório, foram inferiores aos obtidos com os pacientes com UVC, exceto no domínio SE, onde os pacientes cardiopatas apresentaram escores um pouco maiores (21,94 e DP= 3.12). Já no pós-operatório - onde os dados apresentados pelos autores sugeriram melhoria na QV Total e na saúde - observa-se que os resultados tanto para o IQV Total (22,87 e DP= 4,69) como para o domínio SF (22,8 e DP= 4,95) foram superiores aos obtidos neste estudo, mesmo que apenas levemente maior para o IQVT. Os demais

domínios mantiveram-se com escores praticamente iguais aos da fase pré-operatória.

Tais escores, embora muito superiores aos obtidos no estudo de MENEGUIN (2001), sugerem que pacientes com doenças cardíacas podem apresentar pior QV quando comparados a pacientes com UVC.

MELLORS; RILEY; ERLÉN (1997), estudando pacientes com HIV positivo em diferentes estágios - assintomáticos, sintomáticos e com AIDS - observaram declínio nos escores à medida da progressão da doença, principalmente na fase mais grave, onde os escores foram mais baixos quando comparados com os valores obtidos para os pacientes assintomáticos. Não foram observadas diferenças no IQVT, ao compararem-se os escores médios dos pacientes assintomáticos (22,02 e DP = 2.99) e os deste estudo (22,27 e DP =5,05).

Sintetizando as análises comparativas realizadas com os resultados das pesquisas nacionais e internacionais com pessoas doentes, constata-se, portanto, que os escores médios de nossa investigação são semelhantes aos escores médios daqueles estudos, exceto quanto àquele realizado por MENEGUIN (2001), cujos índices são muito inferiores aos dos demais estudos, mesmo os que

foram realizados com a mesma população alvo, utilizando o IQV na versão cardíaca.

A partir dos escores obtidos neste estudo, constatou-se, então, que pacientes com UVC apresentaram boa QV tanto para o IQV Total, como para os domínios Saúde/Funcionamento e Sócio-Econômico e QV muito boa nos domínios Psicológico/Espiritual e Família (Tabela 6 e Figura 3).

Ao ser extrapolada tal categorização aqui proposta para os demais trabalhos anteriormente citados, incluindo-se os escores da população geral do município de São Paulo que constituíram o grupo controle para o processo de validação discriminante (KIMURA, não publicado), observa-se que a maioria apresenta QV total boa. Os estudos de MACHADO (2000) e KAWAKANE(2001) revelaram escores que se enquadraram em QV “muito boa” enquanto a amostra pertencente ao estudo de MENEGUIN (2001), obteve QV apenas regular.

Atendendo ao terceiro objetivo do estudo, buscou-se identificar, através de testes de correlação, se as variáveis quantitativas idade, número de filhos, número de úlceras, novos episódios de UV, tempo de ocorrência de ulceração e tempo com a UV atual apresentavam repercussões sobre a QV Total e sobre os domínios. Constatou-se ausência de correlação entre essas variáveis e os

domínios SF, SE e a QV, sugerindo que elas não influenciaram a QV dos pacientes com úlcera venosa crônica. LINDHOLM et al (1993), em estudo de QV de pacientes com úlceras crônicas de perna de origem vascular, conforme anteriormente mencionado, também observaram que a duração da úlcera não influenciou à QV dessa população estudada, ao perceberem que pacientes com úlceras de longa duração referiram menos problemas que os que apresentavam menor tempo, sugerindo mecanismos de adaptação.

Para os demais domínios, detectaram-se correlações negativas estatisticamente significantes entre o domínio Psicológico/Espiritual e o número de úlceras ($r = -0,19$) e entre o domínio Família e o tempo com a UV atual ($r = -0,19$), indicando que quanto maior o número de úlceras, pior a qualidade de vida relacionada aos aspectos psicológicos e espirituais; e quanto maior o tempo com a UV atual, pior a qualidade de vida relacionada à família.

Sentimentos de raiva e ressentimento e o tempo gasto com os cuidados com as úlceras apresentaram correlação positiva no estudo de PHILLIPS et al (1994) citado por DOUGHTY; WALDROP; RAMUNDO (2000), acerca do impacto das úlceras de perna na QV, ratificando, de certa forma, a problemática psicoespiritual que compromete a QV nesse domínio. Palavras como tristeza; revolta; desânimo; desprazer; vergonha das pernas; complexos; limitação na

escolha das roupas e calçados, na mobilização e no lazer foram verbalizadas pelos doentes durante as entrevistas, demonstrando o quanto a presença da UV compromete a sua vida psicológica e espiritual.

Cabe ressaltar que o domínio PE apresentou-se como o segundo mais positivamente correlacionado com o IQV Total, mostrando, mais uma vez, sua importância.

O caráter crônico das lesões que envolve grandes períodos para obter a cicatrização e o elevado número de recidivas, já caracterizados neste e em diversos estudos da literatura internacional, podem acarretar, a dependência dos familiares para diversos aspectos da vida, mesmo que em menor intensidade. O autocuidado, por exemplo, pode demandar a participação de cuidadores, desde a manipulação das lesões à higienização, à deambulação e outros, mesmo sem caracterizar dependência extrema. O isolamento social, especificamente para o trabalho e lazer, é outro aspecto importante da dependência, desta vez social, que podem interferir também na esfera econômica, e que foi expresso pela piora na QV relacionada ao Domínio PE e Família.

Na análise das variáveis dicotômicas, verificou-se correlação positiva estatisticamente significativa entre o IQVT e todos os seus domínios e religião, sugerindo que os pacientes católicos apresentam

melhor QV que os oriundos das igrejas evangélicas pentecostais, conforme apresentado nas Tabelas 9, 10, 11, 12 e 13. Tais evidências estatísticas foram fortalecidas nos testes de comparação entre essas mesmas variáveis (Tabelas 15, 16, 17, 18 e 19), exceto no domínio Saúde/Funcionamento, onde não houve diferença estatisticamente significativa sugerindo que, nesse aspecto, ambas as categorias de pacientes apresentaram escores médios similares ($p = 0,134$).

Além dessas, verificou-se também correlação positiva estatisticamente significativa entre os Domínios Saúde/Funcionamento, Psicológico/Espiritual, Família e o IQV total e a variável posicionamento ortostático, anteriormente à primeira UV. Tais resultados indicaram que os pacientes que exerciam atividade em tal posição, antes de apresentar a primeira UV, apresentam melhor QV total e relacionada a esses domínios. Na análise de comparação, tais evidências estatísticas mantiveram-se somente no domínio Saúde/Funcionamento e Família. Importante ressaltar que o posicionamento ortostático é um fator que causa desconforto, devido à dor nos membros ocasionada pela IVC, conforme já referido antes. Embora tais pacientes tenham apresentado correlação positiva estatisticamente significativa nessa variável e tal resultado sugira melhor QV, esse fato não se repete no momento atual, cuja variável não apresentou qualquer tipo de correlação estatisticamente

significante, que pudesse sugerir melhor ou pior QV. Nesse aspecto, LINDHOLM et al (1993) constataram que as pessoas que desenvolviam ocupações que os mantinham em ortostatismo, apresentavam úlceras de longa duração. Tal evidência aponta para a existência de determinadas ocupações, que de fato, podem contribuir para a manutenção das UVC, exatamente pela persistência da hipertensão venosa.

Outra variável analisada através da correlação e comparação foi a situação conjugal que apresentou correlação negativa estatisticamente significativa com o domínio Família ($r = - 0,28$; $p = 0,004$). Ao serem realizados testes de comparação entre os dois grupos de pacientes - com e sem companheiros - os pacientes com companheiros apresentaram pior QV familiar que os sem companheiros ($p < 0,006$). Na correlação realizada para identificar o item mais influente na composição do escore médio do Domínio Fa, nota-se que o item relacionado ao cônjuge correlacionou-se positivamente ($r = 0,69$).

Esse resultado, a princípio, pode causar estranheza pois, de modo geral, em outras populações estudadas as correlações são positivas. MENEGUIN (2001) correlacionou essa variável e os resultados evidenciaram melhor QV relacionada ao Domínio Família, exatamente entre os pacientes que possuíam companheiros. Da

mesma forma, embora utilizando outro instrumento de avaliação de QV, ou seja, o SF-36, SILVA (2000) concluiu que os sujeitos casados, submetidos a transplante de medula óssea, apresentaram médias superiores nos Domínios Aspecto Emocional e Aspecto Social.

DUARTE (2001), avaliando a satisfação com a função familiar, junto a idosos dependentes, independentes e de cuidadores, através do instrumento APGAR de Família de Smilkstein⁵, identificou que os menores escores estavam relacionados aos idosos casados dependentes. Tal resultado fez a autora inferir que a dependência, principalmente em casos de pessoas idosas, tende a modificar a dinâmica de relações entre os membros da família.

Embora pessoas com doenças cardíacas e com câncer, como no caso das populações estudadas por Meneguín e Silva, respectivamente, também possam ter dependência dos cônjuges, isto não parece ter provocado alterações na QV. Talvez a situação de dependência, nesses casos, possa ser encarada como temporária, ao ser vislumbrada a possibilidade de cura das doenças, diferentemente da situação de pessoas idosas dependentes, cuja tendência é o agravamento.

Com relação ao indivíduo com UVC, a presença da lesão em si não lhe confere elevado grau de dependência do outro para

⁵ Esse instrumento permite identificar as percepções individuais dos valores da família como um recurso psicossocial ou como um suporte social deficitário e possível fator estressor (In: Duarte 2001).

execução das atividades de vida diária mas, ao contrário, a maioria desses pacientes desenvolve suas atividades domésticas, de trabalho e de autocuidado. No entanto, a dependência pode tornar-se maior, ao serem considerados a extensão da lesão, o tipo de tratamento tópico efetuado e a idade avançada, conforme já citado antes.

Embora a variável dependência possa ser um fator considerado na obtenção dos resultados encontrados neste estudo, acreditamos que outros elementos podem ser também determinantes da maior insatisfação dos pacientes casados - à luz da própria multidimensionalidade do construto QV - como as possíveis alterações de imagem corporal, relacionadas à presença de uma lesão crônica.

A pele, por tratar-se de um órgão externo, ao ser lesada, expõe os indivíduos ao meio, diferentemente do que acontece com as doenças que acometem os órgãos internos as quais, geralmente, ficam ocultas aos olhos. Por ser a UV uma situação crônica, além de ocasionar as limitações físicas e sociais já descritas, podem gerar alterações na imagem corporal e na auto-estima. Essas situações, por sua vez, acarretam sentimentos de insegurança, conflitos e medos, não apenas de traumatismo físico da úlcera, dos vazamentos de exsudato ou do odor desagradável, mas da própria repulsa e rejeição do parceiro frente a tais ocorrências, e que pode contribuir para o

comprometimento das relações afetivas e íntimas e
consequentemente, da própria QV total do sujeito.

6 CONCLUSÕES

As conclusões obtidas neste estudo acerca da qualidade de vida de 89 pessoas com UVC, são apresentadas de acordo como os objetivos propostos.

1. Quanto à análise das propriedades psicométricas do Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers para a este estudo:

- os Coeficientes alfa de Cronbach com valores de 0,99 para o IQV Total; 0,86 para os Domínios; 0,85 para o Domínio Saúde/Funcionamento; 0,65 para o Domínio Sócio-Econômico; 0,83 para o Domínio Psicológico/Espiritual e 0,74 para o Domínio Família, foram satisfatórios para atestar a *confiabilidade* – através da consistência interna dos itens - do IQV para pacientes com úlceras venosas;
- a *validade discriminante* do IQV, realizada pela comparação dos escores médios de QV entre o grupo controle e o grupo caso, apresentou nível satisfatório de discriminação para o IQV total ($p= 0,029$) e para o domínio Saúde/Funcionamento ($p= 0,005$). Nos demais domínios não houve discriminação entre a amostra de pessoas saudáveis (controle) e a de pacientes com úlcera venosa (caso);
- a *validade de critério do tipo concorrente*, realizada através da correlação do item 32 com os escores médios do IQVT e de seus domínios,

obteve correlação positiva significativa ($p < 0,001$) com índices de $r = 0,81$) para o IQVT; $r = 0,72$ para o domínio SF; $r = 0,58$ para o SE; $r = 0,88$ para o PE e $r = 0,56$ para o domínio Fa, ratificando esse tipo de validade.

2. Quanto às Características Sócio-Demográficas e das Úlceras Venosas evidenciou-se:

- predomínio de pessoas do *sexo* feminino (61 ou 68,54%), com IC 95% de 68,54 (DP = 9,84);
- *idade* média de 53,44 (DP = 13,18) anos e mediana de 54 anos. Cinquenta e nove (66,29%) pessoas tinham idade inferior a 60 anos e a faixa etária predominante foi a de 49 a 60 anos (33,58%);
- baixo *nível educacional*, já que 55 (62,50%) pessoas possuíam somente ensino fundamental incompleto;
- predomínio de *situação conjugal* com companheiros (47 ou 54,02%), com IC 95% de $54,02 \pm 10,48$;
- mediana para *número de filhos* de três filhos por pessoa;
- predomínio de pessoas *católicas* (54 ou 68,54%), com IC 95% de $65,86 \pm 10,48$;
- predomínio de pessoas de baixo nível sócio-econômico, já que, 48,43% das famílias possuíam *renda familiar mensal* entre R\$ 200,00 a

R\$ 700,00 reais; 48,81% tinham somente um membro como contribuinte e 54,77% possuíam mais que quatro membros como dependentes;

- situação frente ao *trabalho atual* com predomínio de previdenciários (27 ou 41,57%); seguidos de 31,46% sem qualquer espécie de trabalho remunerado e 27,07% com atividades remuneradas;
- nível de *ocupação atual* predominantemente constituído de pessoas consideradas sem ocupação definida (63,92%). A *ocupação anterior* à formação da primeira UVC caracterizou-se por manuais (Níveis 1 e 2) para 76,30% dos casos;
- predomínio do *ortostatismo*, tanto anteriormente à formação da primeira UVC quanto atualmente (75 ou 90,36%, 44 ou 89,79% respectivamente), com IC 95% de $90,36 \pm 6,48$ e $89,79 \pm 8,78$ respectivamente;
- 1 a 2 *úlceras venosas* para 91,01% das pessoas, com média de 1,54 úlceras por paciente;
- *novos episódios de UV* após a primeira ulceração para 71,95% dos pacientes;
- *primeiro episódio de UV* há mais de 10 anos para 49,44% dos sujeitos; 67,04% estavam com a UV atual com tempo inferior a 5 anos;

- predomínio de ulcerações *localizadas* no membro inferior esquerdo, (53 ou 69,74%).

3. Quanto à Análise sobre a Qualidade de Vida da Amostra:

- segundo a *categorização* proposta para este estudo, das 89 pessoas com UVC, 37 (41,57%) e 35 (39,32%) pessoas apresentaram QV considerada como “muito boa” e “boa”, respectivamente, com diferença estatisticamente significativa entre as categorias ($p < 0,05$) e normalidade na distribuição;
- obtiveram-se como escores médios de qualidade de vida, 22, 27 (DP = 5,05) para o IQV Total; 21,01 (DP = 6,14) para o Domínio SF; 20,96 (DP = 5,15) para Domínio SE; 24, 37 (DP = 5,97) para Domínio PE e 26,21 (DP = 5,33) para o Domínio Fa;
- os itens 22 (não ter trabalho) e 3 (dor) foram os que apresentam os menores escores médios no IQVT;
- o item 3 (dor) foi o que apresentou o menor escore médio (10,023) no Domínio SF e diferiu de forma estatisticamente significativa dos demais itens, exceto do item 25 (atividade de lazer);
- o item 22 (não ter trabalho) foi o que apresentou o menor escore médio no Domínio SE e diferiu de forma estatisticamente significativa de todos os demais itens;

- no domínio PE, o item 30 (objetivos) apresentou-se com menor escore médio e diferiu estatisticamente somente dos itens 28 e 29;
- no Domínio Fa não houve diferença estatisticamente significativa entre os escores médios dos itens;
- todos os domínios correlacionaram-se positivamente com o IQVT. Os domínios SF e PE apresentaram as maiores correlações ($r=0,96$ e $r= 0,86$, respectivamente), sendo os que mais influenciaram o escore médio do IQVT;
- estresse e preocupações ($r = 0,72$), independência física ($r = 0,71$) e atividade de lazer ($r = 0,69$) foram os itens mais influentes sobre o escore médio do domínio SF;
- nível sócio-econômico ($r = 0,75$), a independência financeira ($r = 0,74$) e o trabalho ($r = 0,65$) foram os itens mais influentes sobre o escore médio do domínio SE;
- no Domínio PE, foram evidenciados como os itens mais influentes no escore obtido, os relacionados à satisfação com a vida ($r = 0,88$), satisfação com a realização dos objetivos ($r = 0,86$) e consigo próprio ($r = 0,77$);
- o domínio Fa obteve os itens saúde da família ($r = 0,76$), filhos ($r= 0,73$) e cônjuge ($r = 0,69$), como os mais influentes para o escore do domínio;

- não foram constatadas correlações estatisticamente significantes entre as variáveis quantitativas - idade, número de filhos, novos episódios de ulceração, tempo de ocorrência da primeira ulceração e tempo com a úlcera atual – e os domínios SF, SE e o IQVT. No entanto, houve correlação negativa estatisticamente significativa entre o Domínio PE e o número de úlceras ($r = - 0,19$) e entre o Domínio Fa e o tempo com a UVC atual ($r = - 0,19$);
- verificou-se correlação positiva e estatisticamente significativa entre o IQVT e seus domínios e a variável religião, o que não se confirmou no teste de comparação para o domínio SF;
- houve correlação positiva estatisticamente significativa entre os Domínios SF, PE, Fa e o IQVT e a variável posicionamento ortostático anteriormente à primeira UV, confirmada no teste de comparação somente nos domínio SF e Fa;
- os pacientes sem companheiros apresentaram melhor QV no domínio Família, evidenciado nos testes de correlação ($r = - 0,28$; $p = 0,004$) e de comparação ($p < 0,006$).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É realmente indescritível a sensação de se chegar neste momento de um trabalho científico, principalmente por reputá-lo como de muita importância para a prática profissional. Foram inúmeras as dificuldades, barreiras, os questionamentos e a ansiedade oriundas de um lado da minha inexperiência como pesquisadora e excesso de perfeccionismo e por outro, da própria dimensão do estudo.

Cada etapa do desenvolvimento deste trabalho teve um significado especial para minha vida pessoal e profissional, à medida da possibilidade de abstração de uma série de informações que me causaram ora surpresas, ora descrença e decepções mas, acima de tudo, o amadurecimento em todas as esferas da vida.

O meu interesse em estudar QV deveu-se não apenas ao fascínio que o tema suscita e sua atualidade, mas por considerá-lo fundamental para o desenvolvimento de minha atuação como estomaterapeuta. Prover condições para ajudar os clientes na busca da melhoria de sua QV adquiriu um significado de valor ao longo do tempo, levando-me a desenvolver atitudes e transformar comportamentos relacionados ao emprego de sua avaliação como ferramenta de investigação científica e indicador para os resultados das intervenções em saúde.

Antes de iniciar o processo de coleta de dados através das entrevistas, pressupunha que as pessoas com UVC apresentariam comprometimento de sua QV. Afinal, era o que a literatura apontava e também o que eu parecia identificar no cotidiano junto aos clientes por mim assistidos. De fato, sob a nossa ótica, enquanto profissionais de saúde, certamente isso é verdadeiro ao considerarmos a ferida como perda da integridade física, e muitas vezes, psíquica principalmente se crônicas. Desse modo, ela é real e, como tal, deve incomodar a vida das pessoas. No entanto, ao lembrarmos que o ser humano é um todo e tendo como pano de fundo um construto multidimensional, polissêmico e subjetivo como a QV, a presença de feridas poderá acarretar impactos diversos sobre a percepção e avaliação global e objetiva da própria QV.

Foi assim que, durante as entrevistas, ainda na etapa de pré-teste, comecei a perceber que minhas inquietudes, anteriormente postuladas, não seriam completamente respondidas através de uma análise quantitativa e utilizando um instrumento inespecífico de medida de QV. Busquei, então, completar os dados levantados perguntando aos entrevistados o que representava estar com úlcera venosa crônica ou de que forma e em que medida essas lesões mais incomodavam.

Por vezes, as respostas eram coerentes com o IQV, outras muito contraditórias. Diversos pacientes sentiam-se bastante desconfortáveis com a presença da UV mas, mesmo assim, revelavam-se satisfeitos com a vida. Parecia, ainda, que aqueles que possuíam feridas há mais tempo, mostravam-se “adaptados” à situação.

A dor era um outro fator revelado de sofrimento – e os pacientes referiam que “tudo estaria melhor” sem sua presença. Apesar disso, ela não constituiu um dos itens mais influentes no escore de qualidade de vida relacionado à saúde, conforme esperava, embora tenha obtido o menor escore médio nesse domínio.

A qualidade de vida é mesmo surpreendente! Além desse aspecto dor, que acabou se revelando menos importante do que imaginávamos, duas entrevistas em especial, fizeram-me refletir sobre o quanto é difícil estudá-la quando se parte de pressupostos, ou talvez, preconceitos/ pré-concepções.

Assim, um desses pacientes era um senhor sem família na cidade, morador de rua, possuía uma UV muito complicada. A outra era uma senhora de 80 anos, que apresentava UV há 50 anos, e há cinco teve uma das pernas amputadas por câncer, sem nunca ter tido, portanto, a oportunidade de presenciar a cicatrização de uma das suas lesões. Ao partir de concepções apriorísticas poderíamos “decidir” que ambos, com suas limitações físicas e socioeconômicas dentre

inúmeros problemas, seriam pessoas infelizes e insatisfeitas. No entanto, tanto o mendigo como a senhora demonstraram satisfação com as próprias vidas!

Desse modo, esses e outros tantos relatos, associados aos resultados obtidos na aplicação do IQV de Ferrans e Powers, foram fundamentais para um melhor entendimento acerca do ser humano, e, em particular, das pessoas com UVC.

Além disso, como também o foram para Ferrans e Powers e tantos outros estudiosos do tema, dois aspectos ressaltaram a respeito da QV: a real subjetividade do construto e quem deve avaliar a própria QV? Os resultados inesperados obtidos na análise discriminante, por exemplo, refletem a ideologia na qual o IQV foi concebido, de que somente o indivíduo pode analisar a própria QV a despeito de qualquer condição intrínseca ou extrínseca que julguemos interferirem em sua avaliação uma vez que o fazemos sob a nossa ótica, com nossos valores e contextos diferenciados.

Assim, foi que para diminuir ou atenuar essas questões e aumentar a credibilidade do estudo além de, obviamente facilitar a discussão dos achados, especialmente pela escassez de literatura acerca da QV das pessoas com UVC, pretendia, inicialmente realizar um estudo comparativo que envolvesse pacientes com IVC com e sem UVC. No entanto, as limitações de tempo impostas ao mestrado

aliadas às dificuldades no processo de autorização dos campos para a coleta de dados, inviabilizaram esse projeto. Neste momento, porém, o estudo ora finalizado, mesmo com algumas limitações, principalmente relacionadas à ausência de um grupo controle e à utilização de um instrumento genérico de avaliação de QV, revelou dados fundamentais sobre esse tema e mostrou que o IQV de Ferrans e Powers foi sensível em avaliar principalmente o domínio Saúde/Funcionamento, o qual consideramos como um dos mais importantes para a análise, dadas as características de nossa amostra.

Certamente, acreditamos que a combinação do IQV com outro instrumento específico, poderia ter apresentado resultados mais precisos a respeito da QV dessas pessoas mas, infelizmente, tal recurso de avaliação ainda não se encontra disponível em nosso meio. De qualquer maneira, ele tem se revelado bastante satisfatório para a utilização na prática clínica, devendo-se considerar que, ao ser realizada a avaliação de QV personalizada, é possível evidenciar quais os aspectos e domínios que causam insatisfação. Tais avaliações podem fundamentar o planejamento das intervenções de forma mais coerente, realista, humanizada e pautada, acima de tudo, na ótica do próprio indivíduo.

Finalizando, este estudo, indubitavelmente, constitui uma importante contribuição tanto para a literatura sobre QV em geral e

específica voltada para pessoas com feridas de origem venosa, para a prática clínica em Estomaterapia, como para referendar, mais uma vez, o uso do IQV de Ferrans e Powers em nosso meio.

ANEXOS

ANEXO A

AUTORIZAÇÃO DAS COMISSÕES DE ÉTICA

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS
APROVADO PELA CONEP/MS EM 30/04/91-REF. CNGICARTACARTA 32 DOC

Rua Dr. Cesário Maia Junior, 112 Santa Cecília CEP 01277-900 São Paulo - SP PAÍS (11) 32240122 Ramal 5602
Fax - Ramal 5710 E-mail: eticamed@santacasa.org.br

São Paulo, 18 de agosto de 2000.

Ilmo (a) Sr (a)

Dr.(a). Beatriz Farias Alves Yamada

Projeto nº 0089/00
Para identificar o projeto
no CEP, insira-se este nº

O Comitê de Ética em Pesquisa - ISCMSP, reunido no dia **16/08/00** e no cumprimento de suas atribuições, após revisão do seu protocolo de pesquisa "**Qualidade de vida de pessoas portadoras de úlceras venosas crônicas**", emitiu parecer enquadrando-a na seguinte categoria:

- (X) Aprovado.
- () Com pendência, para revisão específica de itens apresentados; modificações ou informação relevante, a serem atendidas em 60 dias.
- () retirado, por não ser representado no prazo determinado.
- () Não aprovado; e
- () aprovado (inclusive o Termo de Consentimento Informado) e encaminhada para apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa- MS, a qual deverá emitir parecer no prazo de 60 dias.

Prof. Dr. Daniel R. Muñoz

Coordenador do Comitê de Ética em pesquisa
ISCMSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone: 3066-7548 - Fax: 280-8213
C.P. 41533 - CEP 05422-970 - e-mail: ee@edu.usp.br

São Paulo, 20 de setembro de 2000.

Ilm^a Sr^a

BEATRIZ FARIAS ALVES YAMADA

Ref.: Processo nº 77/2000

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS PORTADORAS DE ÚLCERAS VENOSAS CRÔNICAS**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof^a Dr^a Margareth Angelo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL SUL
CSRMGSP

AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES DO HOSPITAL REGIONAL SUL

Declaro para os devidos fins, que foi autorizado por esta Diretoria a realização da Pesquisa sobre "Avaliação de qualidade de vida de pessoas portadoras de úlcera venosa crônica" pela Sra. Beatriz Faria Alves Yamada.

Dezembro 2.000.

Clevelton Marinho de O. R. de Paula
Diretor Técnico Serv. Saúde ARSP
RG: 4.821.009-7 - CRA: 2-0025

HOSPITAL SANTA MARCELINA

Rua Santa Marcelina, 177 – Itaquera
Fone: (0xx11) 6170-6000 – Fax: (0xx11) 205-9260
CEP 08270-070 – São Paulo – SP
www.hospitantamarcelina.com.br

Comissão de Ética em Pesquisa

CARTA DE APROVAÇÃO

ILMA. SRA.
BEATRIZ FARIAS ALVES YAMADA

O Comitê de Ética em Pesquisa da Casa de Saúde Santa Marcelina aprovou, sem restrições, na reunião o Protocolo de Pesquisa intitulado “AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS PORTADORAS DE ÚLCERAS VENOSAS CRÔNICAS”.

Atenciosamente,

São Paulo, 02 de fevereiro de 2001.

Giuseppina Raineri
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO B

Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado Sr(a),

Solicito o seu consentimento para participar da nossa pesquisa cujo nome é: QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS PORTADORAS DE ÚLCERAS VENOSAS CRÔNICAS*. Essa pesquisa tem como objetivo a avaliação da qualidade de vida de pessoas que têm feridas nas pernas e não oferece qualquer risco a sua saúde.

As informações de seus dados gerais e de sua saúde, necessárias para o preenchimento dos questionários, serão obtidas através de seu prontuário, do médico e do Sr (a). Para preenchermos o questionário que avalia a qualidade de vida faremos uma entrevista diretamente com o Sr (a). Todas essas informações são absolutamente sigilosas, serão mantidas comigo e seu nome jamais será mencionado na divulgação dos resultados da pesquisa.

A sua participação é absolutamente voluntária e caso não queira participar em nenhum momento o seu acompanhamento nessa instituição será prejudicado, podendo desistir de participar do estudo e solicitar a suspensão do seu consentimento mesmo após ter sido realizada a entrevista.

Agradeço-lhe atenção e deixo o meu telefone para contato.

Beatriz F. Alves Yamada
Pesquisadora

Fone para contato: 3063 3774

São Paulo, / /

Consentimento do Paciente:

* Título inicial

ANEXO C

Primeira parte - Dados Demográficos e Clínicos

Data:		Questionário N°:		Hospital:		RG:	
Endereço:							
Cidade:				Fone Contato:			
Nome				Idade			
Sexo	Estado civil	Nº de filhos:	Religião				
Qual o grau de instrução mais alto que obteve?							
☐ Não frequentou a escola ☐ Iniciou o ensino fundamental, mas abandonou entre a 1ª e a 4ª série ☐ Iniciou o ensino fundamental, mas abandonou entre a 5ª e a 8ª série ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino Médio incompleto ☐ Ensino Médio completo ☐ Universitário incompleto ☐ Universitário completo ☐ Mestrado ☐ Doutorado							
Quais alternativas expressam melhor a sua situação profissional atual?							
☐ Proprietário de empresa grande ou médio ☐ Proprietário de pequena ou microempresa ☐ Funcionário público ☐ Trabalha por conta própria ☐ Funcionário de empresa privada ou estatal ☐ Capitalista ☐ Aposentado ☐ pensionista ☐ Em licença ☐ No momento, não exerce atividade remunerada, e nem recebe pensão ou aposentadoria							
Qual a renda familiar mensal (em reais) da sua casa?							
☐ Inferior a 200 ☐ Entre 200 e 500 ☐ Entre 500 e 700 ☐ Entre 700 e 1.000 ☐ 1.000 e 2.000 ☐ Entre 2.000 a 3.000 ☐ Entre 3.000 a 5.000 ☐ Superior a 5.000							
Quantas pessoas contribuem para a obtenção dessa renda familiar?							
☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Quatro ☐ Cinco ou mais							
Qual a atividade de trabalho que exerceu a maior parte de sua vida?							
Qual a atividade de trabalho que exerce atualmente?							
Quanto tempo faz que teve úlcera pela primeira vez?							
Quantas vezes a úlcera fechou e abriu novamente? Ou teve novas úlceras venosas?							
Há quanto tempo está com a úlcera(s) atual (ais)?(em meses):							
Qual o número de úlceras que possui?							
Membro onde está (ão) localizada(s) a(s) úlcera(s)?							

ANEXO C

Segunda Parte - Dados sobre a qualidade de vida Índice de Qualidade de Vida Ferrans & Powers

Parte I. Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto satisfeito você está com aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo ao redor do número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:	Muito Insatisfeito	Moderadamente Insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. A assistência à saúde que você está recebendo?	1	2	3	4	5	6
3. A intensidade de dor que você sente?	1	2	3	4	5	6
4. A energia que tem para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
6. Sua capacidade para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Sua possibilidade de viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Seu relacionamento com (a) esposo (a)/ companheiro (a)?	1	2	3	4	5	6
12. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
15. Sua capacidade física para cumprir com responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6

QUANTO VOCÊ ESTÁ SATISFEITO COM:	Muito Insatisfeito	Moderadamente Insatisfeito	Pouco insatisfeito	Pouco Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito
16. Sua capacidade física para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
17. O nível de estresse ou preocupações em sua vida?	1	2	3	4	5	6
18. Seu lar?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Suas condições sócio-econômicas?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
22. O fato de não ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6
23. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
25. Suas atividade de lazer?	1	2	3	4	5	6
26. Sua disposição para passear?	1	2	3	4	5	6
27. A possibilidade de ter uma velhice feliz?	1	2	3	4	5	6
28. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
29. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
30. A realização de seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
31. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
32. Sua vida de modo geral?	1	2	3	4	5	6
33. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
34. Com você mesmo de modo geral?	1	2	3	4	5	6

Parte II. Para cada uma das perguntas a seguir, por favor, escolha a resposta que melhor descreve o quanto importante é para você aquele aspecto de sua vida. Por favor, responda marcando um círculo no número escolhido. Não há respostas certas ou erradas.

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:	Sem nenhuma importância	Moderadamente s/ importância	Um pouco s/ importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
1. Sua saúde?	1	2	3	4	5	6
2. O cuidado com a saúde?	1	2	3	4	5	6
3. Estar completamente livre de dor?	1	2	3	4	5	6
4. Ter energia suficiente para as atividades diárias?	1	2	3	4	5	6
5. Sua independência física?	1	2	3	4	5	6
6. Ter condições físicas para controlar sua vida?	1	2	3	4	5	6
7. Viver por longo tempo?	1	2	3	4	5	6
8. A saúde de sua família?	1	2	3	4	5	6
9. Seus filhos?	1	2	3	4	5	6
10. A felicidade de sua família?	1	2	3	4	5	6
11. Seu relacionamento com o (a) esposo (a)/ companheiro (a)?	1	2	3	4	5	6
12. Sua vida sexual?	1	2	3	4	5	6
13. Seus amigos?	1	2	3	4	5	6
14. O apoio que você recebe das pessoas?	1	2	3	4	5	6
15. Cumprir com as responsabilidades familiares?	1	2	3	4	5	6
16. Ter capacidade física para ser útil às outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
17. Ter um nível aceitável de estresse ou preocupação em sua vida?	1	2	3	4	5	6
18. Seu lar?	1	2	3	4	5	6
19. Sua vizinhança?	1	2	3	4	5	6
20. Ter boas condições sócio-econômicas?	1	2	3	4	5	6
21. Seu trabalho?	1	2	3	4	5	6
22. Ter um trabalho?	1	2	3	4	5	6

QUANTO É IMPORTANTE PARA VOCÊ:	Sem nenhuma importância	Moderadamente s/ importância	Um pouco s/ importância	Um pouco importante	Moderadamente importante	Muito importante
23. Sua escolaridade?	1	2	3	4	5	6
24. Sua independência financeira?	1	2	3	4	5	6
25. Suas atividades de lazer?	1	2	3	4	5	6
26. Ter disposição para passear?	1	2	3	4	5	6
27. Ter uma velhice feliz?	1	2	3	4	5	6
28. Sua paz de espírito?	1	2	3	4	5	6
29. Sua fé em Deus?	1	2	3	4	5	6
30. Realizar seus objetivos pessoais?	1	2	3	4	5	6
31. Sua felicidade de modo geral?	1	2	3	4	5	6
32. Estar satisfeito com a vida?	1	2	3	4	5	6
33. Sua aparência pessoal?	1	2	3	4	5	6
34. Ser você mesmo?	1	2	3	4	5	6

Copyright 1984 C. Ferrans and M. Powers (Do not use without permission), traduzido por Kimura, 1999.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUSTIN, M et al. Development and validation of a disease-specific questionnaire on the quality of life of patients with chronic venous insufficiency.

Vasa, v.26, n.4, p.291-301, 1997./ Abstract / [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (27 ago 2001).

BAINGER, E M; FERNSLER, J I. Perceived quality of life before and after implantation of a internal cardioverter desfibrillator. **Am J Crit Care**, v.4, n.1,p. 36-43, 1995./ Abstract/ [online]. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (jan 1999).

BAKER, S R et al. Aetiology of chronic leg ulcers. **Eur J Vas Surg**, v.6, n.3, p.245-51, 1992./ Abstract/ [online]. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (25 Abr 2000).

BAKER, S R et al. Epidemiology of chronic venous ulcers. **Br J Surg**, v.78, n.7, p.864-7, 1991./ Abstract/ [online]. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (25 abr 2000).

BLACK, S B. Venous stasis ulcers: a review. **Ostomy Wound Manage**, v.41, n.8, p.20-25, 1995. / Abstract/ [online]. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (jan 1999).

BLAIR, S D et al. Sustains compression and healing of chronic venous ulcers. **BMJ**, v.297, p. 1159-61, 1988.

BLILEY, A V; FERRANS, C E. Quality of life after coronorary angioplasty. **Heart Lung**, v.22, n.3, p. 193-9, 1993.

BOWMAN, P H; HOGAN, D J. Leg ulcers: a common problem with sometimes uncommon etiologies. **Geriatrics**, v.54, n.3, p.43-54, 1999.

BOWLING, A. **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 2nd, Buckingham, University Press, 1997. cap. 2.

BROOKS, N. Quality of life and the high-dependency unit. ***Intensive Critical Care Nurs***, v.16, n.1, p.18-32, 2000./ Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (24 mai 2001).

CAPEHEART, J K. Chronic venous insufficiency: a focus on prevention of venous ulceration. ***Journal Wound Ostomy Continence Nurs***, v.23, n.4, p.227-34, 1996.

CARROLL, D L; HAMILTON, G A; MACGOVERN, B A.. Changes in health status and quality of life and the impact of uncertainty who survive life-threatening arrhythmias. ***Heart Lung***, v.28, n. 4, p. 251-60, 1999./ Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (24 mai 2001).

CIANCIARULLO, T I. Cidadania e qualidade de vida. In: CIANCIARULLO; FUGULIN; ANDREONI. ***A hemodiálise em questão: opção pela qualidade assistencial***. São Paulo: Ícone, 1998, cap 3, p.31-36.

CHERRY, G W; WILSON, J. The treatment of ambulatory venous ulcer patients with warming therapy. ***Ostomy Wound Manage***, v. 45, n.9, 1999.

Classification and grading of chronic venous disease in the lower limbs. A Consensus Statement. ***J. Cardiovasc. Surg.***, v.38, n. 5, p.437-41, 1997.

CROM, D B et al. Health status and health-related quality of life in long-term adult survivors of pediatric solid tumors. ***Int J Cancer*** (Suppl), v.12, p.25-31, 1999. / Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (24 mai 2000).

DESHOTELS, A. et al. Gender differences in perceptions of quality of life in cardiac rehabilitation patients. ***J Cardiopulm Rehabil***, n.15, v. 2, p. 143-8, 1995./ Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (1999).

DOUGHTY, B D; WALDROP, J; RAMUNDO, J. Lower-extremity ulcers of vascular etiology. In: BRYANT, R A. **Acute & chronic wounds**. Saint Louis, MO, Mosby, 2000, cap 12, p.265-95.

DOW, K H; HARRIS, J R; ROY, C. Pregnancy after brest-conservative surgery and radiation therapy for breast cancer. **J Nat Cancer Inst Monogr**, n.16, p. 131-7, 1994 /Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (1999).

DUNN, S A et al. Quality of life for spouses of CAPD patients. **ANNA J**, v.21, n.5, p.237-246, 1994.

DUARTE, Y A O. Família: rede de suporte ou fator estressor. A ótica de idosos e cuidadores familiares. São Paulo, 2001. 189p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

EBBESKOG, B; LINDHOLM, C; OHMAN, S. Leg and foot ulcer patients. Epidemiology and nursing care in an urban population in south Stockholm, Sweden. **Scand J Prim Health Care**, v.14, n.4, p. 238-43, 1996./ Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (25 abr 2000).

ELDER, D M; GREER, K E. Venous disease: how to heal and prevent chronic leg ulcers. **Geriatrics**, v.50, n.8, p. 30-6, 1995.

FALANGA,V. Venous ulceration. In: KRASNER, D; KANE, D. **Chronic wound care**: 2nd ed. Health Management, 1997, p.165-71.

FALANGA,V. Care of venous leg ulcers. **Ostomy Wound Manage**, v.45, n.1A (suplement), p. 33-43, 1999.

FAZIO, M T. ; GLASPY, J A. The impact of granulocyte colony-stimulating factor on quality of life in patients with severe chronic neutropenia. **Oncol Nurs Forum**, v.18, n.8, p.1411-4, 1991./ Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (1999).

FARQUHAR, M. Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs.*, v. 22, p. 502-8, 1995a.

_____. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med.*, v. 41, n. 10, p. 1439-46, 1995b.

FERRANS, C E; POWERS, M J. Quality of life index: development and psychometric properties. *Adv. Nurs. Sci.*, v.8, n.1, p.15-24, 1985.

_____. Psychometric assessment of the quality of life Index. *Res.Nurs. Health.*, v.15, p.29-38, 1992.

_____. Quality of life of hemodialysis patients. *ANNA Journal*, v.20, n.5, 1993.

FERRANS, C E. Development of a conceptual model of quality of life. In: GIFT, A.G. *Clarifying concepts in nurse research*, Spring Publishing Company, p 111-121, 1997.

FERRAZ, M B. Qualidade de vida – conceito e um breve histórico. *Jovem médico*, v.4, p. 219-22, 1998.

FERRELL, B R.. The impact of pain on quality of life. *Nursing Clinics of North America*, v.30,n.4, p.609-24, 1995.

FONSECA, T G. Modelo para uma criação de ocupações. *Rev. Brasileira de Est. Pedag.* , v. 48, n. 107, p. 274-311, 1967.

FLANAGA, J C. Measurement of quality of life: current state of the art. *Arch Phys Med Rehabil.*, v.63, p.56-9, 1982.

FLECK, M P A et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v.21, n. 1., p. 19-28, 1999a.

FLECK, M P A et al. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n.2, p. 198-205, 1999b.

FLECK, M P A et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev. Saúde Pública**, v.34, n.2. p. 178-83, 2000.

FLETT, R; HARCOURT, B; ALPASS, F. Psychosocial aspects of chronic lower leg ulceration in the elderly. **West J Nurs Res**, v.16, n.2, p.183-92, 1994. /Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (27 ago 2001).

GUYATT, G H et al. Users' guides to the medical literature. XII How to use articles about health-related quality of life. **JAMA**, v.277, n.15, p. 1232-7, 1997

HANRAHAN, LM et al. Distribution of valvular incompetence in patients with venous stasis ulceration. **J of Vascular Surgery**, v.13, n.6, p.805-12, 1991.

HOBSON, J. Venous insufficiency at work. **Angiology**, v.48, n.7, p.577-582, 1997.

HOFMAN, D et al. Pain in venous ulcers. **J Wound Care**, v.6, n.5, p. 222-4, 1997. /Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (jan 1999).

HOLLOWAY JR; G A. Lower leg ulcer: an overview. In: KRASNER, D. **Chronic wound care**, King of Prussia, Health Management, 1990. cap24, p206-12.

HURLLEY, J P. Chronic venous insufficiency ulcer and other consequences. In: KRASNER, D. **Chronic wound care**, King of Prussia Health Management., 1990. cap 25, p. 213-22.

IBRAHIM, S; MACPHERSON, D R; GOLDHARBER, S Z . Chronic venous insufficiency: mechanisms and management. **Am Heart J**, v. 132, n.4; p.856-60, 1996.

IDE, CAC; CHAVES, EC. A intervenção do enfermeiro na assistência ao diabético. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, São Paulo, v.26, n.2, p.187-204, 1992.

JACOBSON, S.F. Evaluating instruments for use in clinical nursing research. In: FRANK-STOMBORG, M; OLSEN, S J (ed). **Instruments for clinical health-care research**. 2nd ed., London, Jones & Bartlett, 1997, cap.1, p.3-19.

JOHNSON, C.D. et al. Racial and gender in quality of life following kidney transplantation. **Image J Nurs Sch**, v.30, n. 2, p. 125-30, 1998. /Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (25 Abr 2000).

KAWAKANE, P M G. **Validação do “Quality of Life Index” de Ferrans e Powers para estudantes de graduação em enfermagem**. São Paulo, 2001. p. Dissertação (Mestrado) – escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

KERSTEIN, D M.; GAHTAN, V. Outcomes of venous ulcer care: results of a longitudinal study. **Ostomy Wound Manage.**, v.4, n.6, p. 22-6; 28-29, 2000.

KIM, S; REW, L. Ethnic identity, role integration, quality of life, and depression in Korean-American women. **Archives of Psychiatric Nursing**, v.8, n.6 p. 348-356, 1994.

KIMURA, M. **Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers**. São Paulo, 1999. 85p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

- KING, R. Quality of life after stroke. *Stroke*, v.29, n.9,p.1468-72, 1996.
- KISTNER, R L. Definitive diagnosis and definitive treatment in chronic venous disease: a concept whose time has come. *J Vasc Surg*, v.24, n.5, p. 703-10, 1996.
- KLEINPELL, R M. Concept analysis of quality of life. *Dimen Crit Care Nurs*, v.10, n. 4, p. 223-9, 1991.
- KRASNER, D. Painful venous ulcers: themes and stories about living with the pain and suffering. *J Wound Ostomy Continence Nurs.*,25, n.3, p.158-67, 1998a.
- _____. Painful venous ulcers: themes and stories about their impact on quality of life. *Wound Ostomy Manage.*, v.44, n.9, p. 30-42, 44, 46, 1998b.
- KRIJNEN, R M A et al. Compression stocking and rubber floor mats: do they benefit workers with chronic venous insufficiency and a standing profession? *J Ocup. Environ. Med*, v.39, n.9, p. 889-894, 1997a.
- KRIJNEN, R M A et al. Venous insufficiency in male works with a stand profession. Part 1:Epidemiology. *Dermatology*, v.194, p.111-20, 1997b.
- _____. Venous insufficiency in male works with a stand profession. Part 2:Diurnal volume changes of the lower legs. *Dermatology*, v.194, p.121-6, 1997c.
- KUNIMOTO, B T. Assessment of venous leg ulcers: an in-depth discussion of a literature-guide approach. *Ostomy Wound Manag.*, v.47, n.5, p.38-53, 2001.
- KURT, M; LUBKIN, I M. What is chronicity. In: LUBKIN, I M. Chronic Illness: impact and interventions. 2nd, Boston, Jones-Bartlett, 1990, cap. 1, p.2-20.
- LAMPING, D L. Measuring health-related quality of life in venous disease: practical and scientific considerations. *Angiology*, v. 48, n.1; p52-7, 1997.

LEININGER, M. Quality of life from a transcultural nursing perspective. **Nurs Sci Quarterly**, v.7, n.1, p.22-8, 1994.

LINDHOLM, C et al. Quality of life in chronic ulcer patients, an assessment according to the Nottingham health profile. **Acta Derm. Vener.**, v.73, n.6, p.440-3, 1993. /Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (27 ago 2001).

LEE, C O. Quality of life and breast cancer survivors. Psychosocial and treatment issues. **Cancer Prat**, v. 5, n.5, p. 309-16, 1997. [online]. /Abstract/ Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>. (24 mai 2001).

LEVY, E. Medico-economic study of the management of leg ulcers of venous origin. **J Mal Vasc**, v.23, n.4, p.277-81, 1998 /Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>. (jan 1999).

LoBIONDIO-WOOD et al. Impact of liver transplantation on quality of life: a longitudinal perspective. **Applied Nursing Research**, v.10, n.1, p.27-32, 1997.

MACHADO, R C B R. **Validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers para a população geral do município de Londrina.** Londrina, 2000. 95p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

McDOWELL, NEWELL, C. **Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires.** 2nd . ed., New York, Oxford, Oxford University Press, 1996. cap. 2, p. 10-46.

McHORNEY, C A et al. The MOS 36-Item Short-form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. **Med. Care.** v.32, n.1, p.40-66, 1994.

MAFFEI, F H A . Varizes dos membros inferiores: Epidemiologia, etiopatogenia e fisiopatologia. In: MAFFEI et al. ***Doenças vasculares periféricas***. 2. ed., Rio de Janeiro, 1995a cap. 63, p. 939-50.

_____. Insuficiência Venosa Crônica: conceito, prevalência, etiopatogenia e fisiopatologia. In: MAFFEI et al. ***Doenças vasculares periféricas***. 2. ed., Rio de Janeiro, Medsi, 1995b, cap. 67, p.1003-111.

_____. Trombose venosa profunda dos membros inferiores. In: MAFFEI et al. ***Doenças vasculares periféricas***. 2. ed., Rio de Janeiro, Medsi, 1995c cap. 46, p. 863-878.

MARTINS, L M; FRANÇA, A P D; KIMURA, M. Qualidade de vida de pessoas com doenças crônicas. ***Rev. Latino-Am. Enfermagem***, v.4, n.3, p. 5-18, 1996.

MEIRA, A A M; YAMADA, B F A; BELONIA, C S F O. ***Avaliação de qualidade de vida de portadores de úlceras venosas***. São Paulo, 1998. 23p. Monografia (Curso de Especialização em Estomaterapia) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MENEGUIN, S. ***Qualidade de vida de pacientes com cardiopatias valvares***. São Paulo, 2001. 111p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MELLORS, M P; RILEY, T A; ERLÉN, J A. HIV, self-transcendence, and quality of life. ***J Assoc Nurses AIDS Care***, v.8, n.2, p. 59-69, 1997.

MINAYO, M C S; HARTZ, Z M A; BUSS, P M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. ABRASCO: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. ***Ciência e Saúde Coletiva***. – Qualidade de vida e saúde. v.5, n.1, p. 7-31, 2000.

MONETTA, L. *Análise evolutiva do processo de cicatrização em úlceras diabéticas, de pressão e venosas com o uso de papaína*. São Paulo, 1998. 192p. Dissertação (Mestrado)-Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MORISON, M et al. *Nursing management of chronic wounds*. 2nd ed., Barcelona, Mosby, 1997, cap.10, p.177-218.

MORINSON, M J; MOFFATT, C J. *A colour guide to the assessment and management of leg ulcers*. 2nd ed., Barcelona, Mosby, 1994, cap. 2, p. 10-26.

MUSSCHENGA, A W. Quality of life and handicapped people. In:
NORDENFELT, L. *Concepts and measurement of quality of life in health care*.
Dordrecht, Kluwers. 1994.p. 181-98.

_____.The relation between concepts of quality-of-life, health
and happiness. *J Med and Philos.*, v. 22,n.1, p. 11-28, 1997.

NASSAR, S M; GONÇALVES, L H T. Avaliação de uma escla de medida de
qualidade de vida. *Texto e Contex Enferm.*, v.8, n.3, p.88-98, 1999.

NEIL, J A; BARRELL, L M. Transition Theory and its relevance to patients with
chronic wounds. *Rehabilitation Nursing*, v.23, n.6, p. 295-9, 1998.

NEIL; J A; MUNJAS, B A. Living with a chronic wound: the voices of sufferers.
Ostomy Wound Manage., v.46, n.5, p.28-30, 2000.

NELZEN, O; BERGQVIST, D; LINDHAGEN, A. Venous and non-venous leg
ulcers: clinical history and appearance in a population study. *Br J Surg*, v.82, n.2;
p. 182-7, 1994. Abstract [online]. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (jan 1999).

NORGREN, L. Chronic venous insufficiency – a well-known disorder with many
questions marks. *Angiology*, v.48, n.1, p 23-6, 1997.

NUNES, JA et al. Social support, quality of life, immune function, and helth in persons living with HIV. *J Holist Nurs*, v.13, n.2, p. 174-98, 1995. /Abstract/ Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>. (24 mai 2001).

PASCHOAL, S MP. *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PEREIRA, J C R. *Análise de dados qualitativos*. São Paulo, Edusp, 1999, cap. 4, p.77-100.

PIÉRARD-FRANCHIMONT,C. et al. Healing rate and bacterial necrotizing vasculitis in venous leg ulcers. *Dermatology*, v.194, n. 4, p.383-87, 1997.

PIEPER, B; SZCZEPANIAK, K; TEMPLIN, T. Psychosocial adjustment, coping, and quality of life in patients with venous ulcers and history of intravenous drug use. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. v.27, n.4, p.227-37, 2000.

PHILLIPS, T et al. A study of the impact of leg ulcers on quality of life: financial, social, and psychologic implications. *J. Am. Acad. Dermatol*. V.31, n.1, p.49-53, 1994. / Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (29 ago 2001).

REICHARDT, L E. Venous ulceration: compression as the mainstay of therapy. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, v.26, n.1, p. 39-47, 1999.

ROSSETO, M A A M; D'AVILA, E S; SANTOS, V L C G. *Úlceras venosas crônicas: um perfil da clientela*. 2001./mimiografado/.

RUCKLEY, CV. Socioeconomic impact of chronic venous insufficiency and leg ulcers. *Angiology*, v. 48, n.1, p. 67-9, 1997.

RUSTOEN, T et al. Nursing intervention to increase hope and quality of life in newly diagnosed cancer patients. **Cancer Nurs**, v.21, n.4, p.235-45, 1998. / Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (24 mai 2001).

RUSTOEN, T et al. Quality of life in newly diagnosed cancer patients. **J Adv Nurs**, v.29, n. 2, p. 490-8, 1999. [online]. / Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (25 mai 2001).

SANTOS, V L C G; KIMURA, M. Qualidade de vida. In: SANTOS, VLCG; CESARETTI, IUR. *Assistência em estomaterapia: cuidando do ostomizado*. São Paulo, Atheneu, 2000. Cap. 22, p.453-75.

SANTOS, VLCG; SILVA, A M. Quality of life with fecal incontinence. In: EUROPEAN CONGRESS FOR NURS WITH INTEREST IN STOMA CARE. 6th Budapest, Hungary, 2001. **Programa**. Budapest, 2001. p.51./Resumo/.

SIBBALD, RG. An approach to leg and foot ulcers: a brief overview. **Ostomy Wound Manage**, v.44, n.9, p.28-35, 1998a.

_____. Venous Leg Ulcers. **Ostomy Wound Manage**, v.44, n.9, p.52-64, 1998b.

SIBBALD, R G et al. Cost-effectiveness of apligraf in the treatment of venous ulcers. **Ostomy Wound Manage**, v.47, n.8, p.36-46, 2001.

SILVA, M C. Insuficiência venosa crônica. In: MAFFEI et al. **Doenças vasculares periféricas**. 2^a ed., Rio de Janeiro, Medsi, 1995, cap.68, p. 1013-25.

SILVA, L M G. Qualidade de vida e transplante de medula óssea em neoplasias hematológicas. São Paulo, 2000. 208p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

SKAGGS, B G; YATES, B C. Quality of life after coronary angioplasty and coronary artery bypass graft. **Heart lung**, v. 28, n. 6, p. 409-17, 1999. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>. (24 mai 2001).

STAPLES, P; JEFFREY, J. Quality of life, hope, and uncertainty of cardiac patients and their spouses before coronary artery bypass surgery. **Can J Cardiovasc Nurs**, v.8, n. 1, p. 7-16, 1997/ Abstract/ [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (jan, 1999).

SUZUKI, E et al. **Avaliação da dor em úlceras crônicas de membros inferiores**. São Paulo, 2001. p. Monografia (Curso de Especialização em Estomaterapia) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

TEIXEIRA, M J; PIMENTA, C A M. **Dor: conceitos gerais**. São Paulo, Limay, 1994. cap.1, p.3-7: Introdução.

TESTA, M A; SIMONSON, D C. Current concepts - Assessment of quality-of-life outcomes. **N Engl J Med**, v. 334, n. 13, p. 835-40, 1996.

THE ALEXANDER HOUSE GROUP. Consensus paper on venous leg ulcers. **Phebiology**, v.7, p.48-58, 1992.

THOMAZ, J B. *Fundamentos da cirurgia vascular e angiologia*. BYK, São Paulo, 1997. Cap.17, p.290-309: Úlcera de estase dos membros inferiores.

TOPSCEWSK, A.. Qualidade total, qualidade de vida: um conceito indispensável. **Informativo Avanços Médicos**, v.2, n.6, p.23, 1995.

TRENTINI, M; SILVA, DGV; LEIMANN, AH. Mudanças no estilo de vida enfrentados por pacientes em condições crônicas de saúde. **Rev. Gaúch. Enfermagem**, v. 11, n.1, p.18-28, 1990.

TURNER-BOUTLE, M et al. Compression therapy for venous ulcers: a systematic review. **Nurs Times**, v.93, n.39, p. 52-3, 1997.

VANHOUTTE, P M; CORCAUD, S; DE MONTRION, C. Venous disease: from pathophysiology to quality of life. *Agiology*, v48, n.7, p.559-67, 1997.

VAN DE SCHEUR, M; FALANGA,V. Pericapillary fibrin cuffs in venous disease. A reappraisal. *Dermatol. Surg*, v.23, n.10, p.955-959, 1997.

WALSHE, C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, v. 22, n.6, p. 1092-100, 1995.

WALTERS, S J; MORRELL, C J; DIXON, S. Measuring health-related quality of life in patients with venous leg ulcers. *Qual Life Res.*, v.8, n.4, p.327-36, 1999 ./ abstract [online]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed> (24 ago 2001).

WARNECKE, R.BA et al. Measuring quality of life in culturally diverse populations. *Journal of the National Institute Monographs*, n.20, 1996.

WOOD-DAUPHINEE, S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol*, v.52, n.4, p.355-63, 1999.

THE WHOQOL Group. What quality of life? *World Health Forum*, v. 17, n.4, p. 354-56, 1995.

ZIMMET, S E. Venous leg ulcers: modern evaluation and management. *Dermatol Surg*, v. 25, n3, p. 236-41, 1999.

ZINK, M ; ROUSSEAU, P ; HOLLOWAY JR, G A . Lower extremity ulcers. In: BRYANT, R.A. *Acute and chronic wounds*. Saint Louis, MO, Mosby, 1992. cap.6, p. 165-240.

APÊNDICE

Orientações Recebidas da Dra Ferrans

Página 1 de 2

Beatriz F. A. Yamada

De: "Carol Ferrans" <cferrans@uic.edu>
 Para: "Beatriz F. A. Yamada" <beatriz@enfmedic.com.br>
 Enviada em: segunda-feira, 6 de agosto de 2001 22:26
 Assunto: Re: information about IQV

Dear Ms. Yamada,

The answers to your questions are in bold below.

We just opened a new website for the QLI that may be of interest to you: www.uic.edu/orgs/qli

Your work is addressing an important topic. I wish you all success with your work.

Sincerely,
 Carol Ferrans

At 02:56 AM 7/12/01 -0300, you wrote:

Dear Dr. Ferrans,

My name is Beatriz. I am RN, CETN and master student from Nursing College of University of Sao Paulo, Brazil.

I will finish my research next month about Quality of Life of venous ulcers patient. I applied your QLI Generic version.

I got doubts and I would like ask you some informations about it.

About the items related to job. I would like to be sure what do you mean in this question in the Generic version (# 21 and #22)

Last february, you sent me your QLI dialysis version and in those items, you wrote between parentheses:

... Your job (if employed)?

... not having a job (if unemployed, retired, or disable)?

Does it necessary to choose one of the question in this situation? **Yes. The two employment questions are a special case, in that they are meant to be mutually exclusive: only one applies. For this, determine which one should apply and make the other missing. The two employment questions together actually form one employment question. We just had to break it into two, because it would be too confusing if we left it as one very large question.**

Does it mean the same context in the generic version? Because this parentheses doesn't exist in the generic version that you sent to Dr. Kimura the professor whose validated your QLI to Portuguese. **Yes, it means the same thing. The parentheses have now been added for the generic version also.**

In your article about QLI, you wrote that there are 34 items in the index, and over all scores are calculated by summing all weighted items. The sums are divided by the number of weighted items answered.

My doubt is: suppose that always is necessary to choose one of the items about job,

08/08/2001

Página 2 de 2

then the total items of the scale is 33 instead of 34 items. **Yes. You have stated it correctly.**

Another questions is about pain (#3).

When people don't have it, what they answer? **They should answer regarding how satisfied they are with the fact that they have no pain (very satisfied normally).**

About item #18 (your home), what do you mean? In the dialysis version, you wrote "house, apartment or place you live". **We have been making improvements in the instrument over time. Home was our original wording. "House, apartment, or place you live" is our most recent wording. We changed the wording because patients were confused about what we meant by home.**

Please, answer me as soon as possible. I need these informations to finish my discussion and soon I will send you my research.

Thank you very much for your attention,

Beatriz F. Alves Yamada
beatriz@enfimedic.com.br

08/08/2001