



Revista Brasileira de Fisioterapia

ISSN: 1413-3555

rbfisio@ufscar.br

Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-
Graduação em Fisioterapia
Brasil

Moura, Regina M. F.; Gonçalves, Gabriela S.; Navarro, Túlio P.; Britto, Raquel R.; Dias, Rosangela C.
Correlação entre classificação clínica ceap e qualidade de vida na doença venosa crônica
Revista Brasileira de Fisioterapia, vol. 14, núm. 2, marzo-abril, 2010, pp. 99-105
Associação Brasileira de Pesquisa e Pós-Graduação em Fisioterapia
São Carlos, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=235016574008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Correlação entre classificação clínica CEAP e qualidade de vida na doença venosa crônica

Relationship between quality of life and the CEAP clinical classification in chronic venous disease

Regina M. F. Moura¹, Gabriela S. Gonçalves², Túlio P. Navarro³, Raquel R. Britto⁴, Rosângela C. Dias⁴

Resumo

Objetivos: Avaliar a qualidade de vida (QV) na doença venosa crônica (DVC) e analisar a relação entre QV e severidade da doença. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal com uma amostra de conveniência de 50 pacientes com DVC diagnosticada. Os pacientes foram classificados quanto à severidade da DVC pela classificação clínica da *Clinical manifestations, Etiologic factors, Anatomic distribution of disease, Pathophysiologic findings* (CEAP) e agrupados em: CEAP 1, 2, 3 (menos comprometidos clinicamente) e CEAP 4, 5, 6 (mais comprometidos clinicamente). A QV foi avaliada pelo questionário SF-36. Para comparação dos escores do SF-36 entre os grupos foi utilizado o teste *Mann-Whitney U* e para verificar associação entre QV e CEAP, o coeficiente de correlação de *Spearman*. Foi considerada diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$. O programa estatístico SPSS, versão 16.0 foi utilizado para as análises. **Resultados:** 74% da amostra eram mulheres e a média de idade foi significativamente maior ($p < 0,001$) entre os indivíduos CEAP 4, 5, 6 ($56,6 \pm 10,3$) do que entre os CEAP 1, 2, 3 ($40,6 \pm 10,7$). Todos os domínios do Componente Saúde Física (CSF) do SF-36 apresentaram escores significativamente menores no grupo CEAP 4, 5, 6 ($p < 0,05$), representando maior comprometimento físico e funcional. Apenas os domínios do CSF apresentaram correlação negativa e estatisticamente significativa com a CEAP. **Conclusões:** Os aspectos físicos e funcionais foram mais comprometidos, sobretudo nas formas mais graves da DVC. Estes achados podem contribuir para melhor compreensão dos efeitos da DVC na QV e melhor direcionamento das intervenções terapêuticas nessa população.

Palavras-chave: qualidade de vida; insuficiência venosa; fisioterapia.

Abstract

Objectives: To evaluate the quality of life (QOL) of patients with chronic venous disease (CVD) and to analyze the relationship between QOL and disease severity. **Methods:** This was a cross-sectional study with a convenience sample of 50 participants with a diagnosis of CVD. The participants were classified according to disease severity using the CEAP clinical classification (*Clinical manifestations, Etiological factors, Anatomical distribution of disease, Pathophysiological findings*). They were then divided into two groups: CEAP 1, 2 and 3 (less clinically compromised) and CEAP 4, 5 and 6 (more clinically compromised). QOL was evaluated using the SF-36 questionnaire. The Mann-Whitney U test was used to compare the SF-36 scores between the groups. The Spearman correlation was used to evaluate the association between QOL and the CEAP. Differences were considered statistically significant with $p < 0.05$. The SPSS statistical software version 16.0 was used for the analyses. **Results:** Seventy-four percent of the sample was female. The mean age was significantly higher ($p < 0.001$) among participants classified as CEAP 4, 5 and 6 (56.6 ± 10.3) than among those classified as CEAP 1, 2 and 3 (40.6 ± 10.7). All the domains of the physical component of the SF-36 presented significantly lower scores in the CEAP 4, 5 and 6 group ($p < 0.05$), thus showing greater physical and functional impairment. Only the domains of the physical component presented statistically significant negative correlations with the CEAP. **Conclusions:** The physical and functional characteristics were more impaired, especially in the more severe forms of CVD. These findings may contribute to a better understanding of the effects of CVD on QOL and better management of therapeutic interventions in this population.

Key words: quality of life; venous insufficiency; physical therapy.

Recebido: 23/06/2008 – **Revisado:** 08/12/2008 – **Aceito:** 09/06/2009

¹ Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte (MG), Brasil

² Fisioterapeuta

³ Hospital Municipal Odilon Behrens (HOB), Belo Horizonte (MG), Brasil

⁴ Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte (MG), Brasil

Correspondência para: Regina Márcia Faria de Moura, Rua Nascimento Gurgel, 21/1503, Belo Horizonte (MG), Brasil, e-mail: regimarcia@yahoo.com.br

Introdução

A Qualidade de Vida (QV) é um construto subjetivo que envolve autopercepção, composto por múltiplas dimensões positivas, negativas e bidirecionais, como função física, bem estar emocional e social¹. A avaliação da QV tem sido considerada um importante critério de avaliação do impacto das doenças crônicas no cotidiano das pessoas e da efetividade de tratamentos e intervenções na área da saúde^{2,3}.

A Doença Venosa Crônica de membros inferiores (DVC) é definida como uma disfunção no sistema venoso decorrente da hipertensão venosa, a qual é causada por incompetência valvular e/ou obstrução do fluxo venoso. Essa anormalidade venosa pode ser congênita ou adquirida, podendo acometer tanto o sistema venoso superficial como o profundo⁴⁻⁶.

As manifestações clínicas decorrentes da DVC podem ser classificadas com base na classificação *Clinical manifestations, Etiologic factors, Anatomic distribution of disease, Pathophysiologic findings* (CEAP). De acordo com essa classificação, os sinais clínicos são categorizados em sete classes, sendo: Classe C₀ - sinais de doença venosa não visíveis e não palpáveis; Classe C₁ - telangectasias ou veias reticulares; Classe C₂ - veias varicosas; Classe C₃ - edema; Classe C₄ - alterações da pele e tecido subcutâneo decorrentes da doença venosa (4a - pigmentação ou eczema e 4b - lipodermatoesclerose ou atrofia branca); Classe C₅ - alterações de pele com úlcera cicatrizada e Classe C₆ - alterações de pele com úlcera ativa⁶.

Os sinais como veias varicosas, edema, alterações tróficas da pele e úlcera e os sintomas como dor, câimbras, prurido e sensação de pernas pesadas, queimação e latejamento são frequentemente associados às limitações nas atividades de vida diária e no desempenho funcional, além de alterações psicológicas e mudanças na percepção do estado de saúde^{5,7-11}.

A DVC é uma doença que apresenta alta prevalência, morbidade e cronicidade^{5,12-15}. Em estudos epidemiológicos brasileiros foram evidenciados dados relacionados à prevalência da DVC em 35,5% da população, sendo 1,5% de úlcera varicosa aberta ou cicatrizada¹⁶ e à incidência de 50% da DVC entre mulheres¹⁷. Além disso, foi observado que o envelhecimento, o número de gestações e o sexo feminino são importantes fatores de risco para o desenvolvimento da doença e suas complicações^{16,17}.

O impacto negativo da DVC na QV é referido por alguns autores^{9,12-14}, particularmente em relação aos domínios dor, função física e mobilidade. A depressão e o isolamento social também são reportados como manifestações decorrentes da DVC, sobretudo no estágio mais avançado da doença, caracterizado pela presença da úlcera varicosa não cicatrizada^{7,18}.

A avaliação da QV é um modo de análise de aspectos que merecem ser considerados como saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais, relação com as características do ambiente, função cognitiva, função sexual, produtividade no trabalho, percepção de doença, dor, autoestima, imagem corporal e sono. As informações sobre QV têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos, quanto na comparação entre procedimentos para controle de problemas de saúde. A avaliação da QV na prática clínica é, portanto, uma ferramenta importante, particularmente como uma variável de desfecho capaz de verificar o impacto da doença e de seu tratamento na vida do indivíduo^{2,19-22}.

Na maioria das vezes, os efeitos de intervenções terapêuticas e da própria doença em pacientes com DVC têm sido baseados apenas em resultados clínicos (testes laboratoriais, sinais e sintomas, exames por imagem) e essas medidas não são capazes de mensurar a percepção que o indivíduo tem da sua doença e qual o seu impacto na QV, tornando-se necessária a utilização de outros instrumentos para realização de uma avaliação mais integral^{5,20,22}.

A etiologia, o diagnóstico e o tratamento da DVC têm sido bastante estudados, porém, a magnitude do impacto das manifestações clínicas dessa doença na QV e nos aspectos funcionais ainda necessita de análises mais aprofundadas, visto que uma visão mais abrangente de como a doença influencia a vida do indivíduo permite uma abordagem terapêutica mais direcionada e consequentemente mais eficiente^{4,5}. Portanto, o objetivo deste estudo foi avaliar a QV na DVC e analisar a correlação entre QV e severidade da doença.

Materiais e métodos

Trata-se de estudo observacional, transversal, realizado no ambulatório de angiologia e cirurgia vascular do Hospital Odilon Behrens - Belo Horizonte/ MG - Brasil, no período de agosto de 2006 a abril de 2007. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Odilon Behrens (parecer nº 83/2006). Todos os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido após receberem informações sobre o estudo.

Foram avaliados pacientes com idade superior ou igual a 18 anos, sem restrições quanto ao sexo e que tinham diagnóstico de DVC. Indivíduos com insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca congestiva descompensada, doença pulmonar obstrutiva crônica, comprometimento de raiz nervosa lombar, doença arterial periférica (índice tornozelo-braço > 0,9),

osteoartrite de joelhos, quadris e tornozelos e linfedema em membros inferiores foram excluídos do estudo.

Inicialmente foram coletados os dados demográficos e, em seguida, os membros inferiores foram examinados, estando os mesmos na posição ortostática, sempre por um mesmo examinador treinado e capacitado que, por inspeção visual, classificou os membros inferiores de acordo com a gravidade da DVC, utilizando a classificação clínica da CEAP^{23,24}. No caso dos dois membros inferiores serem acometidos pela DVC, foi considerado o de maior escore da classificação clínica CEAP. Neste estudo, os participantes foram divididos em dois grupos de acordo com a classificação clínica CEAP, sendo um grupo composto por pacientes menos comprometidos clinicamente pela DVC (classes 1, 2 e 3) e outro grupo composto de pacientes mais comprometidos clinicamente (classes 4, que incluiu os indivíduos classificados como 4a e 4b, 5 e 6).

Após coleta dos dados demográficos e clínicos, os pacientes responderam ao questionário *Medical Outcomes Study Short-form 36* (SF-36), versão em português²⁵. Trata-se de um questionário genérico cuja validade já foi testada na população com DVC, evidenciando bons resultados⁵. É composto de 36 questões agrupadas em oito domínios, sendo quatro relacionados à saúde física (capacidade funcional, aspecto físico, dor e estado geral da saúde) e quatro relacionados à saúde mental (vitalidade, aspecto social, aspecto emocional, saúde mental). Apresenta um escore final que varia de zero a 100, sendo que, quanto maior o escore obtido, melhor a percepção que o indivíduo tem em relação à sua QV²⁵. A média dos escores dos domínios relacionados à saúde física representou o escore do CSF, e a média dos escores dos domínios relacionados à saúde mental representou o escore do Componente de Saúde Mental (CSM).

O questionário foi aplicado na forma de entrevista por dois entrevistadores devidamente treinados que tinham ciência da classificação clínica CEAP dos pacientes. A confiabilidade interexaminadores do SF-36 foi avaliada mediante aplicação do questionário em 12 pacientes pelos dois examinadores, em dois momentos distintos, com intervalo de tempo entre uma entrevista e outra de sete dias. O coeficiente de correlação intraclassa (ICC) foi utilizado para avaliar a correspondência entre as medidas feitas pelos dois examinadores. O ICC observado foi de 0,80 para o CSM e de 0,88 para o CSF do questionário SF-36, indicando adequada concordância²⁶.

Análise estatística

Os dados foram expressos em média \pm desvio-padrão, mediana e valores mínimos e máximos. O teste de normalidade *Shapiro-Wilk* foi utilizado para verificar a distribuição dos dados. Para comparação das médias das idades entre os

pacientes CEAP 1, 2 e 3 e CEAP 4, 5 e 6, foi utilizado o teste *t de Student* para amostras independentes. Para comparação dos escores obtidos no questionário SF-36, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney U*. Para verificar associação entre o CSF e o CSM do questionário SF-36 e a classificação clínica CEAP, foi utilizado coeficiente de correlação de *Spearman*. Foi considerada diferença estatisticamente significativa quando $p < 0,05$ ²⁶. O programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16.0 foi utilizado para as análises.

Resultados

Foram selecionados 50 pacientes, sendo 37 mulheres (74%) e 13 homens (26%), com idade variando entre 26 e 74 anos ($52,4 \pm 12,5$ anos). Todos os participantes eram residentes na região metropolitana de Belo Horizonte e frequentaram o serviço de Cirurgia Vascular de um hospital geral da capital para tratamento da doença venosa. Nenhum participante foi excluído do estudo. Os dados clínicos e demográficos estão representados na Tabela 1.

Tabela 1. Dados clínicos e demográficos da amostra.

Variáveis	CEAP 1, 2 e 3	CEAP 4, 5 e 6	Total
Sexo			
Masculino	5	8	13
Feminino	8	29	37
Idade (anos)			
média \pm DP (mínimo-máximo)	40,6 \pm 10,7 (26-60)	56,6 \pm 10,3 (27-74)	52,4 \pm 12,5 (26-74)
Escolaridade (anos)			
Sem escolaridade	0	4	4
1 – 7	9	21	30
8 ou +	4	12	16
Duração da doença (anos) média \pm DP (mínimo-máximo)	7,8 \pm 7,3 (1-28)	17,0 \pm 11,2 (1-44)	14,6 \pm 11,0 (1-44)
Doenças associadas			
HAS	1	20	21
HAS + outra doença	0	5	5
Nenhuma	12	11	13
Outras	0	1	1
Uso de meia elástica			
Sim	11	17	28
Não	2	20	22
História familiar de DVC			
Sim	11	26	37
Não	1	4	5
Não souberam responder	1	7	8
Cirurgia venosa prévia			
Sim	4	21	25
Não	9	16	25

DP=desvio-padrão; HAS=Hipertensão arterial sistêmica.

Com relação à idade e à classificação CEAP, observou-se uma média de idade entre os indivíduos agrupados na CEAP 4, 5 e 6 ($56,6 \pm 10,3$ anos) significativamente maior ($p < 0,001$) do que entre os indivíduos CEAP 1, 2 e 3 ($40,6 \pm 10,7$ anos). A maioria dos indivíduos (68%) tinha, no máximo, sete anos de estudo, e a doença associada mais prevalente foi a hipertensão arterial sistêmica (42%). Com relação à história familiar, 74% dos indivíduos relataram casos de DVC na família, e 50% relataram cirurgias venosas prévias. Os indivíduos CEAP 4, 5 e 6 apresentaram uma média de anos de evolução da doença (17,0 anos) superior aos indivíduos CEAP 1, 2 e 3 (7,8 anos).

Foi observada diferença estatisticamente significativa entre os escores do CSF ($p = 0,001$) do questionário SF-36 entre os indivíduos CEAP 1, 2 e 3 e os CEAP 4, 5 e 6. Já em relação ao CSM, o mesmo não foi observado ($p = 0,56$). Quando a comparação foi feita por domínio, observou-se diferença significativa entre os grupos para todos os domínios do CSF e apenas para um domínio do CSM, o domínio de saúde mental (Tabela 2).

Considerando o CSF do SF-36 e a classificação CEAP, observou-se correlação negativa e estatisticamente significativa ($p < 0,001$; $r = -0,479$). O mesmo não foi observado com o CSM ($p = 0,055$; $r = -0,273$). Dentre os domínios do CSF, todos

os domínios apresentaram correlação negativa e significativa com a CEAP: aspecto físico ($p = 0,015$; $r = -0,342$), dor ($p = 0,038$; $r = -0,294$), capacidade funcional ($p < 0,001$; $r = -0,479$) e estado geral de saúde ($p = 0,047$; $r = -0,282$). Dentre os domínios do CSM, apenas o domínio saúde mental apresentou correlação estatisticamente significativa com a CEAP ($p = 0,031$; $r = -0,306$).

Quando foi avaliado apenas o grupo dos pacientes mais comprometidos clinicamente (CEAP 4, 5 e 6) em relação aos escores do CSF e do CSM do questionário SF-36, foram observados maiores escores, sobretudo do CSF, à medida que a doença se agrava (Figura 1).

Discussão

Os resultados deste estudo demonstraram uma associação negativa e significativa entre QV e a classificação CEAP. Os pacientes que apresentaram os piores escores no questionário SF-36, tanto nos domínios relacionados à saúde física quanto aos relacionados à saúde mental, foram aqueles pertencentes à CEAP 4, 5 e 6. Cabe ressaltar que os achados da maioria dos autores que investigaram a relação entre QV e DVC^{9,13,14,27,28} evidenciam também uma piora da QV à medida que a doença se agrava.

A população mais severamente acometida pela DVC apresentou média de idade significativamente superior à média dos pacientes menos acometidos. Embora a DVC não seja uma doença restrita à população idosa, vários estudos têm evidenciado que sua prevalência, sobretudo nas formas mais graves, aumenta com a idade^{7,29,30}. No presente estudo, os pacientes mais gravemente acometidos pela DVC foram aqueles com idade mais avançada. Heit et al.²⁹, em estudo populacional realizado na cidade de Omsted (EUA), observaram uma maior incidência de úlceras varicosas na população idosa quando comparada com população não idosa, e outro

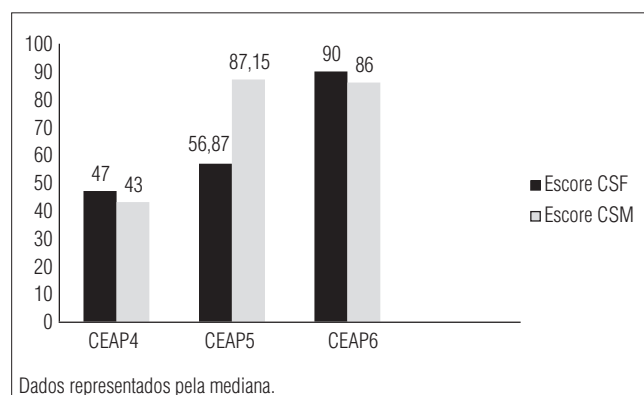


Figura 1. Escores do CSF e CSM do SF-36 dos pacientes CEAP 4, 5 e 6.

Tabela 2. Classificação CEAP e escores do questionário SF-36.

Questionário SF-36	Classificação CEAP		Valor de p
	Classes 1, 2 e 3	Classes 4, 5 e 6	
Aspecto físico	100,0 (0-100)	50,0 (0-100)	0,017*
Dor	72,0 (24-100)	42,0 (0-100)	0,001*
Capacidade funcional	80,0 (60-95)	40,0 (0-100)	0,001*
Estado geral de saúde	87,0 (30-100)	57,0 (0-92)	0,048*
Aspecto social	75,0 (50-100)	62,5 (12,5-100)	0,147
Vitalidade	75,0 (20-100)	45,0 (5-92)	0,159
Saúde mental	84,0 (32-100)	68,0 (16-100)	0,032*
Aspecto emocional	100 (0-100)	66,6 (0-100)	0,157
Componente de saúde Mental	76,7 (28,6-100)	48,3 (8,6-96,5)	0,056
Componente de saúde Física	83,2 (31-93)	47,0 (6,2-97,5)	0,001*

Dados representados pela mediana e (valor mínimo–valor máximo). *Significância estatística ($p < 0,05$).

estudo também de base populacional realizado na região do sul da Itália evidenciou uma prevalência de 30% de DVC entre os indivíduos idosos³⁰. No Brasil, existem poucos dados epidemiológicos relacionados a DVC. Maffei et al.¹⁶ em estudo realizado na cidade de Botucatu-SP, observaram aumento da prevalência da DVC, principalmente as formas mais graves da doença, nos grupos de indivíduos com idade superior a 50 anos¹⁶.

Do total da amostra, 74% eram do sexo feminino. A maioria dos estudos epidemiológicos realizados com a população com DVC evidencia uma maior prevalência da doença nos indivíduos do sexo feminino em relação aos do sexo masculino^{16,17}. O fator sexo feminino também tem sido apontado como importante fator de risco para a DVC^{7,21}.

Os domínios relacionados à saúde física e saúde mental do SF-36 estão associados a aspectos físicos/funcionais e sociais/emocionais, respectivamente²⁵. Apesar de existir relato na literatura de isolamento social e de alterações psicológicas⁴, os resultados deste estudo evidenciaram associação inversa entre todos domínios do CSF do questionário SF-36 e a classificação clínica CEAP e de apenas um domínio do CSM. Apesar de tais associações terem sido de baixa magnitude, ou seja, os valores de r encontrados foram menores que 0,50, elas foram significativas ($p < 0,05$), indicando que realmente há um maior comprometimento de aspectos físicos/funcionais do que sociais/mentais na população estudada, porém a força dessa associação não foi tão intensa.

Estudos de base populacional investigaram a influência da DVC na QV^{12-14,28}, e os resultados encontrados vão ao encontro dos achados do presente estudo. Kurz et al.¹² em um estudo multicêntrico, avaliaram a QV de 1135 pacientes com doença venosa, sendo o SF-36 um dos instrumentos utilizados. Os autores observaram que os escores dos domínios relacionados à saúde física foram menores nos indivíduos com maior comprometimento venoso (CEAP 4, 5 e 6), não sendo encontrada diferença significativa dos escores nos domínios de saúde mental entre os grupos de indivíduos mais e menos acometidos¹², o que também ocorreu no presente estudo.

Corroborando esses achados, Kaplan et al.¹³ também encontraram uma associação entre QV e gravidade da DVC ao avaliarem 2.404 indivíduos, com idade de 40 e 79 anos, por meio do questionário SF-36 e por uma classificação do comprometimento venoso análoga à classificação CEAP. Os resultados desse estudo também mostraram uma associação negativa significativa entre os domínios do CSF do SF-36 e a doença venosa, mas não entre os domínios do CSM. Contudo, os autores acreditam que a influência da DVC sobre os domínios que envolvem o CSM não deve ser descartada e discutem a possibilidade de as questões que compõem os domínios de saúde mental do SF-36 não serem sensíveis o suficiente para

detectar alterações na população com DVC¹³. Em outro estudo de base populacional, Kahn et al.²⁸ investigaram a associação entre QV e DVC em 1.531 pacientes e encontraram resultados similares, pois os escores dos domínios do CSF foram significativamente menores nos indivíduos com maior classificação CEAP, entretanto o mesmo não foi observado em relação aos domínios de saúde mental.

Cabe ressaltar que a avaliação da QV depende da interpretação emocional que cada indivíduo faz dos fatos e eventos e está intimamente relacionada à percepção subjetiva dos acontecimentos e condições de vida. A presença de uma doença como a DVC de mesma classificação clínica, por exemplo, pode não significar o mesmo para dois indivíduos diferentes, e as perdas funcionais decorrentes dessa doença podem ter importâncias emocionais e sociais diferentes para cada indivíduo².

Andreozzi et al.¹⁴ observaram um importante comprometimento da QV da população com DVC, sobretudo em relação aos domínios do CSF do SF-36 em pacientes classes 4, 5 e 6. O grupo de pacientes com classificação CEAP 4 apresentou um comprometimento maior dos domínios relacionados à saúde mental do que à saúde física e apresentou, também, piores escores no SF-36 quando comparados aos pacientes com classificação clínica CEAP 5 e 6. Os autores acreditam que pacientes com úlcera aberta (classe 6) ou cicatrizada (classe 5), que já se encontram na fase mais avançada da doença, adaptaram-se progressivamente às condições impostas pela DVC¹⁴. No presente estudo, se observarem os resultados dos escores do SF-36 dos pacientes CEAP 4, 5 e 6 em separado, constataram-se escores maiores à medida que a doença se agrava, ou seja, existe uma tendência de que pacientes com as formas mais avançadas da doença apresentem uma pior percepção de sua QV, sobretudo quando se consideram os domínios relacionados ao CSF do SF-36.

Apesar de instrumentos genéricos, como é o caso do SF-36, refletirem o impacto de uma doença sobre aspectos gerais da saúde e terem a vantagem de permitir comparação de indivíduos com diferentes patologias, eles são menos sensíveis para explorar os efeitos da doença na QV em um indivíduo ou população com uma patologia específica^{13,20}. Possivelmente a inclusão de instrumentos específicos para avaliação poderia ser mais sensível na identificação do real impacto da doença na QV da população²⁰ com DVC.

Os sintomas decorrentes da DVC também podem influenciar diretamente a QV⁵, porém sua presença, intensidade e duração não foram avaliadas no presente estudo. A presença de sintomas como latejamento, prurido, dor e câimbras estão associados às limitações nas atividades de vida diária e no desempenho funcional, além de alterações psicológicas e mudanças na percepção do estado de saúde^{5,7-11}. Além dos sintomas, outros aspectos

que necessitam ser mais bem investigados nessa população são as limitações físicas e funcionais geradas pela DVC e como tais alterações poderiam influenciar a QV.

Conclusão : : : .

Indivíduos com DVC têm um prejuízo na QV, principalmente aqueles que apresentam acometimento venoso mais grave (CEAP 4, 5 e 6). Os aspectos físicos e funcionais foram os

mais acometidos na população estudada, porém não se pode descartar a possibilidade de aspectos emocionais também estarem comprometidos.

A avaliação da QV de pacientes com DVC é frequentemente negligenciada pelos profissionais que lidam com essa população. É importante ressaltar que tal avaliação pode fornecer informações importantes em relação às limitações impostas pela doença na vida do indivíduo, as quais, muitas vezes, não podem ser obtidas em uma avaliação tradicional, além de poder direcionar o profissional para a melhor abordagem terapêutica.

References : : : .

1. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1383-94.
2. Higginson IJ, Carr AJ. Measuring quality of life: using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*. 2001;322(7297):1297-300.
3. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):580-8.
4. van Korlaar I, Vossen C, Rosendaal F, Cameron L, Bovil E, Kaptein A. Quality of life in venous disease. *Thromb Haemost*. 2003;90(1):27-35.
5. Lamping DL. Measuring health-related quality of life in venous disease: practical and scientific considerations. *Angiology*. 1997;48(1):51-7.
6. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International consensus committee on chronic venous disease. *J Vasc Surg*. 1995;21(4):635-45.
7. Bergan JJ, Schmid-Schonbein GW, Smith PD, Nicolaidis AN, Boisseau MR, Eklof B. Chronic venous disease. *N Eng J Med*. 2006;355(5):488-98.
8. Lamping DL, Schroter S, Kurz X, Kahn SR, Abenhaim L. Evaluation of outcomes in chronic venous disorders of leg: development of a scientifically rigorous, patient-reported measure of symptoms and quality of life. *J Vasc Surg*. 2003;37(2):410-9.
9. Duque MI, Yosipovitch G, Chan YH, Smith R, Levy P. Itch, pain, and burning sensation are common symptoms in mild to moderate chronic venous insufficiency with an impact on quality of life. *J Am Acad Dermatol*. 2005;53(3):504-8.
10. Chiesa R, Marone EM, Limoni C, Volontè M, Petrini O. Chronic venous disorders: correlation between visible signs, symptoms, and presence of functional disease. *J Vasc Surg*. 2007;46(2):322-30.
11. Chiesa R, Marone EM, Limoni C, Volontè M, Schaefer E, Petrini O. Effect of chronic venous insufficiency on activities of daily living and quality of life: correlation of demographic factors with duplex ultrasonography findings. *Angiology*. 2007;58(4):440-9.
12. Kurz X, Lamping DL, Kahn SR, Baccaglini U, Zuccarelli F, Spreafico G, et al. Do varicose veins affect quality of life? Results of an international population-based study. *J Vasc Surg*. 2001;34(4):641-8.
13. Kaplan RM, Crikqui M, Denenberg JO, Bergan J, Fronek A. Quality of life in patients with chronic venous disease San Diego population study. *J Vasc Surg*. 2003;37(5):1047-53.
14. Andreozzi GM, Cordova R, Scomparin A, Martini R, D'Eri A, Andreozzi F, et al. Quality of life in chronic venous insufficiency. An Italian pilot study of the Trivignano region. *Int Angiol*. 2005;24(3):272-7.
15. Silva MdeC. Chronic venous insufficiency of the lower limbs and its socio-economic significance. *Int Angiol*. 1991;10(3):152-7.
16. Maffei FH, Magaldi C, Pinho SZ, Lastoria S, Pinho W, Yoshida WB, et al. Varicose veins and chronic venous insufficiency in Brazil: prevalence among 1755 inhabitants of a country town. *Int J Epidemiol*. 1986;15(2):210-7.
17. Scuderi A, Raskin B, Al Assal F, Scuderi P, Scuderi MA, Rivas CE, et al. The incidence of venous disease in Brazil based on the CEAP classification. *Int Angiol*. 2002;21(4):316-21.
18. Franks PJ, Moffatt CJ. Health related quality of life in patients with venous ulceration: use of the Nottingham health profile. *Qual Life Res*. 2001;10(8):693-700.
19. Ciconelli RM. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol*. 2003;43(2):9-13.
20. Carr AJ, Thompson PW, Kirwan JR. Quality of life measures. *Br J Rheumatol*. 1996;35(3):275-81.
21. Roaldsen KS, Rollman O, Torebjörk E, Olsson E, Stanghele JK. Functional ability in female leg ulcer patients—a challenge for physiotherapy. *Physiother Res Int*. 2006;11(4):191-203.
22. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118(8):622-9.
23. Eklöf B, Rutherford RB, Bergan JJ, Carpentier PH, Gloviczki P, Kistner RL, et al. Revision of the CEAP classification for chronic venous disorders: consensus statement. *J Vasc Surg*. 2004;40(6):1248-52.
24. Carpentier PH, Cornu-Thénard A, Uhl JF, et al. Appraisal of the information content of the C classes of CEAP clinical classification of chronic venous disorders: a multicenter evaluation of 872 patients. *J Vasc Surg*. 2003;37(4):837-3.

25. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
26. Gadotti IC, Vieira ER, Magee DJ. Importance and clarification of measurement properties in rehabilitation. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(2):137-46.
27. Portney LG, Watkins MP. Foundations of clinical research applications to practice. 3ª ed. New Jersey: Pearson Education; 2008.
28. Kahn SR, M'lan CE, Lamping DL, Kurz X, Bérard A, Abenham LA, et al. Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: results from an international cohort study. *J Vasc Surg*. 2004;39(4):823-8.
29. Heit JA, Rooke TW, Silverstein MD, Mohr DN, Lohse CM, Petterson TM, et al. Trends in the incidence of venous stasis syndrome and venous ulcer: a 25-year population-based study. *J Vasc Surg*. 2001;33(5):1022-7.
30. Canonico S, Gallo C, Paolisso G, Pacifico F, Signoriello G, Sciaudone G, et al. Prevalence of varicose veins in an italian elderly population. *Angiology*. 1998;49(2):129-35.