



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE DOUTORADO



Flávia de Jesus Leal

**VERIFICAÇÃO DA SENSIBILIDADE LONGITUDINAL DO QUESTIONÁRIO DE
QUALIDADE DE VIDA AVVQ-BRASIL AO TRATAMENTO NÃO-CIRÚRGICO DA
DOENÇA VENOSA CRÔNICA**

Tese apresentada ao departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Ciências.

São Paulo
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE DOUTORADO



FLÁVIA DE JESUS LEAL

**VERIFICAÇÃO DA SENSIBILIDADE LONGITUDINAL DO
QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA AVVQ-BRASIL AO
TRATAMENTO NÃO-CIRÚRGICO DA DOENÇA VENOSA CRÔNICA**

Tese apresentada ao departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina como requisito parcial à obtenção do Título de Doutor em Ciências.

Orientador:

Profa. Dra. Solange Andreoni

Co-orientador:

Prof. Dr. Guilherme Benjamin Brandão
Pitta

São Paulo

2018

Leal, Flávia de Jesus

Verificação da sensibilidade longitudinal do questionário de qualidade de vida AVVQ-Brasil ao tratamento não-cirúrgico da doença venosa crônica / Flávia de Jesus Leal - São Paulo, 2018.

xiii, f. **100**

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Evaluation of the longitudinal sensitivity of the quality of life questionnaire AVVQ-Brazil to the non-surgical treatment of chronic venous disease.

1. Sensibilidade e especificidade 2. Avaliação em saúde 3. Inquéritos e Questionários
4. Qualidade de Vida 5. Insuficiência venosa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE DOUTORADO



Chefe do Departamento: Profa. Dra. Rosemarie Andreazza.

Coordenador do Curso de Pós-graduação: Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez Dutenhofner.

Flávia de Jesus Leal

**VERIFICAÇÃO DA SENSIBILIDADE LONGITUDINAL DO
QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA AVVQ-BRASIL AO
TRATAMENTO NÃO-CIRÚRGICO DA DOENÇA VENOSA CRÔNICA**

Presidente da Banca:

Profa. Dra. Solange Andreoni.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Fausto Miranda Júnior.

Prof. Dr. Gilberto Gonçalves de Souza.

Prof. Dr. Marcelo Araújo.

Prof. Dr. Marcondes Antônio de Medeiros Figueiredo.

Dedicatória

Dedico este trabalho

Aos meus filhos Beatriz e Rodrigo, a meu marido Vítor, familiares e amigos que estiveram presentes na construção deste fornecendo idéias e sugestões ou através de paciência e compreensão nos momentos em que priorizei o desenvolvimento do estudo.

Agradecimentos Especiais

Agradecimento Especial

À Professora Doutora Solange Andreoni, pela paciência, pela disponibilidade e pela confiança, como também, pelos ensinamentos preciosos e ao professor Doutor Guilherme Benjamin Brandão Pitta, pelo conforto aos nossos temores e dúvidas, pela confiança e pelo estímulo positivo à concretização deste sonho. Minha grande admiração às suas competências e sensibílidades.

Agradecimentos

A Deus, por fazer de mim uma pessoa abençoada.

À minha família pelo apoio, carinho e compreensão nos momentos de ausência para o desenvolvimento do trabalho.

Aos pacientes pela confiança e disponibilidade para participação da pesquisa.

Ao meu marido Vitor pelo carinho, força e incentivo a todos os meus sonhos e por cuidar dos nossos filhos nos momentos de ausência plena.

À grande amiga Renata Cardoso Couto pela parceria, disponibilidade e apoio com sugestões e auxílio durante o desenvolvimento do trabalho.

Às minhas alunas e amigas Liara Jênnifer Soares, Sâmara Emanuelle dos Santos, Karoline Cavalcante, Bárbara Luana Silva, Gleice Torres e Joycy Thayanny Costa pelo acolhimento, carinho e atenção ao estudo, nos momentos de receio e busca aos participantes.

A todos os amigos que direta ou indiretamente colaboraram para concretização deste sonho.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos Especiais.....	vi
Agradecimentos.....	vii
Lista de Tabelas.....	ix
Lista de Quadros.....	x
Lista de abreviaturas, siglas, símbolos e sinais.....	xi
Resumo.....	xii
Abstract.....	xii i
1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Considerações Iniciais.....	1
1.2 Revisão da Literatura.....	2
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 HIPÓTESE.....	15
4 OBJETIVOS.....	16
5 MÉTODO.....	17
5.1 Aspectos Éticos.....	17
5.2 Período e Locais da Pesquisa.....	17
5.3 População.....	18
5.4 Amostra.....	18
5.5 Instrumentos Utilizados.....	20
5.6 Variáveis.....	23
5.7 Análise Estatística.....	27
6 RESULTADOS.....	33
6.1 Características da Amostra.....	33
6.2 Resultado das Variáveis.....	35
7 DISCUSSÃO.....	45
7.1 Discussão do Método.....	45
7.2 Discussão dos Resultados.....	47
8 CONCLUSÃO.....	59
9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
ANEXOS	
APÊNDICES	

Lista de Tabelas

Tabela 1. Características da amostra.....	34
Tabela 2. Resumo descritivo das escalas AVVQ-Brasil, EVA Dor e VEINES-QOL/Sym, segundo os momentos de avaliação.....	35
Tabela 3. Valores dos coeficientes de confiabilidade α de Cronbach nos momentos basal e 4 semanas.....	36
Tabela 4. Análise comparativa entre os testes Z Wilcoxon e t student pareado para avaliar diferenças no tempo entre as escalas AVVQ-Brasil, EVA dor e iVEINES-QOL/SYM.....	38
Tabela 5. Tamanhos de efeito após 4 semanas para as escalas AVVQ-Brasil, EVA dor e iVEINES-QOL/SYM.....	39
Tabela 6. Distribuição dos pacientes segundo CEAP e os momentos de avaliação.....	40
Tabela 7. Correlações basais entre o AVVQ-Brasil total e por domínios.....	42
Tabela 8. Correlações após 4 semanas entre o AVVQ-Brasil total e por domínios.....	43
Tabela 9. Correlações das mudanças entre o AVVQ-Brasil total e por domínios.....	44

Lista de Quadros

Quadro 1. Domínios do AVVQ e questões correspondentes.....	24
Quadro 2. Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente α de Cronbach.....	28
Quadro 3. Parâmetros de interpretação dos valores do tamanho de efeito segundo os critérios de Cohen.....	30
Quadro 4. Parâmetros de interpretação dos valores do η^2 parcial segundo os critérios de Cohen.....	30
Quadro 5. Parâmetros de interpretação dos valores do coeficiente de correlação de Pearson.....	31
Quadro 6. Parâmetros de interpretação do coeficiente de correlação de Spearman.....	31

Lista de abreviaturas, siglas, símbolos e sinais

α	Alfa
AVVQ	Aberdeen Varicose Veins Questionnaire
AVVQ-Brasil	Questionário de Qualidade de Vida Aberdeen para Veias Varicosas
CCVUQ	Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire
CEAP	Clinical Manifestations, Etiologic factors, Anatomic Distribution of Disease, Pathophysiologic Findings
CIVIQ	Chronic Venous Insufficiency Quality of Life Questionnaire
DVC	Doença Venosa Crônica
et al.	E colaboradores (do latim, <i>et alli</i>)
η^2_p	Eta quadrado parcial
EVA dor	Escala Visual Analógica para Dor
http://	Protocolo de Transferência em Hipertexto
IC95%	Intervalo de Confiança 95%
iVEINES-QOI/Sym	Pontuação intrínseca do VEINES-QOI/Sym
MDI	Mínima Diferença Importante
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida relacionada à Saúde
SF-36	<i>The Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey</i> (Questionário Genérico de Qualidade de Vida)
SQOR-V	Specific Quality of Life and Outcome Response-Venous
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
VEINES-QOI/Sym	Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study - Quality of Life/Symptom
VLU-QoL	Venous Leg Ulcer Quality of Life Questionnaire
VVSymQ	Varicose Veins Symptoms Questionnaire
www	Rede Mundial de Computadores (do inglês, <i>World Wide Web</i>)
τ_b	Tau b

Resumo

Introdução. Estudos para validar questionários de avaliação que permitem medir a influência da doença venosa crônica (DVC) ou seus tratamentos na qualidade de vida (QV) têm sido desenvolvidos, mas ainda ocorrem em pequeno número na literatura, principalmente verificando a sensibilidade longitudinal, importante propriedade psicométrica determinante da eficiência e qualidade de construção desses questionários. **Objetivo.** Verificar sensibilidade longitudinal às mudanças clínicas do questionário de qualidade de vida Aberdeen para veias varicosas (AVVQ-Brasil) em flebopatas submetidos a tratamento não-cirúrgico. **Métodos.** Estudo longitudinal de validação de questionário, no qual 112 pacientes com DVC, submetidos a tratamento eletivo de escleroterapia com glicose e/ou com espuma, bota de Unna e/ou curativos, foram avaliados quanto à classificação CEAP e escala visual analógica para dor (EVA dor), como também, responderam ao questionário AVVQ-Brasil e versão brasileira do VEINES-QOL/Sym nos momentos pré (basal) e pós-tratamento, com intervalo de 4 semanas entre as avaliações. Resultados expressos em média, mediana, valores máximos e mínimos e desvio padrão. Consistência interna do questionário avaliada pelo α de Cronbach. As diferenças nas pontuações das escalas entre momentos foram vistas pelos testes paramétrico t Student pareado e não-paramétrico Z Wilcoxon, sendo que este último avaliou também a distribuição dos pacientes por CEAP e os momentos de avaliação. Foram utilizados o tamanho do efeito, a análise do intervalo de confiança e o eta quadrado parcial (η^2_p) para verificar a sensibilidade às mudanças ocorridas nas pontuações das escalas. Para correlação entre as mudanças ocorridas nas pontuações das próprias escalas e entre as pontuações de escalas distintas foram usados coeficientes de correlação de Pearson, de Spearman e η_b de Kendall. **Resultados.** Dos 112 pacientes, 92 (82,1%) eram do gênero feminino. A idade média da amostra foi de 59,51 anos \pm 14,03, postura em ortostatismo prolongado (49,1%), com pelo menos o 1º grau incompleto (22,3%), 2º grau completo (22,3%) ou 3º grau completo (25%) e gravidade da doença nas classes C2 (28,6%) e C6 (32,1%) do CEAP clínico. Destaca-se, diminuição geral dos valores das médias entre os momentos para todas as escalas, exceto o domínio Extensão da Varicosidade do AVVQ-Brasil e o VEINES-QOL/SYM. Os α de Cronbach indicaram, em geral, moderada a alta confiabilidade do AVVQ-Brasil. O tamanho do efeito indicou sensibilidade pequena para AVVQ-Brasil e seus domínios e EVA dor, além de sensibilidade pequena a moderada para VEINES-QOL/SYM após 4 semanas. O η^2_p mostrou também, em geral, sensibilidade pequena a grande das escalas. Observou-se que a maior parte dos pacientes melhorou ou manteve a mesma classe clínica CEAP pós-tratamento, com significativa diferença estatística. Os coeficientes de correlação apresentaram moderadas a excelentes correlações entre as mudanças das escalas ao longo do tempo. **Conclusão.** O AVVQ-Brasil foi sensível às pequenas mudanças clínicas pós-tratamento de pacientes com DVC, sendo uma medida importante de avaliação da QV e de gravidade da doença no Brasil. **Descritores.** Sensibilidade e especificidade, avaliação em saúde, inquéritos e questionário, qualidade de vida, Insuficiência venosa.

Abstract

Introduction. Longitudinal sensitivity is an important property of a quality of life questionnaire that is being capable of reflecting the changes that have occurred over time in a variable, which should be investigated in the psychometric validation of an evaluation measure, such as the AVVQ-Brazil. **Objective.** To verify longitudinal sensitivity to the clinical changes of the Aberdeen quality of life questionnaire for varicose veins (AVVQ-Brazil) in phlebopathic subjects submitted to non-surgical treatment. **Methods.** Longitudinal validation study in which 112 chronic venous patients submitted to elective sclerotherapy with glucose and / or foam, Unna boot and / or dressings were evaluated for CEAP and pain visual analogue scale (VAS pain), as well as responding to the AVVQ-Brazil questionnaire and the Brazilian version of the VEINES-QOL / Sym in the pre (basal) and post-treatment moments, with an interval of 4 weeks between the assessments. Results expressed in mean, median, maximum and minimum values and standard deviation. Internal consistency of the questionnaire assessed by Cronbach's α . The differences in the scores of the scales between moments were seen by the Student's parametric t-test and the Z Wilcoxon non-parametric, and the latter also evaluated the distribution of the patients by CEAP and the moments of evaluation. Effect size, confidence interval analysis, and eta-quadrante parcial (η^2_p) were used to verify sensitivity to changes occurred in the scales scores. Correlation coefficients of Pearson, Spearman and η_b of Kendall were used to correlate the changes occurred in the scores of the scales themselves and between the scores of different scales. **Results.** Of the 112 patients, 92 (82.1%) were female. The mean age of the sample was 59.51 years \pm 14.03, posture in prolonged orthostatism (49.1%), with at least incomplete elementary school (22.3%), complete 2nd grade (22.3%) or complete 3rd grade (25%) and severity of the disease in classes C2 (28.6%) and C6 (32.1%) of clinical CEAP. It is worth noting the general decrease in values of averages between the moments for all scales, except for the Varicosity Extension domain of the AVVQ-Brazil and the VEINES-QOL/SYM after 4 weeks. Cronbach's α indicated, in general, moderate to high reliability of AVVQ-Brazil. The effect size indicated a small sensitivity to the AVVQ-Brazil and its domains and VAS pain, in addition to small to moderate sensitivity to the VEINES-QOL/SYM. The partial η^2 also showed, in general, small to large sensitivity of the scales. It was observed that most of the patients improved or maintained the same post-treatment CEAP clinical class, with a significant statistical difference. The correlation coefficients presented moderate to excellent correlations between the changes of the scales over time, with statistically significant differences. **Conclusion.** AVVQ-Brazil was sensitive to post-treatment small clinical changes in individuals with CVD, being an important measure of the QoL and severity of the disease in Brazil. **Descriptors.** Sensitivity and specificity, health evaluation, surveys and questionnaire, quality of life, venous insufficiency.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Considerações iniciais

A qualidade de vida (QV) de pacientes com doença venosa crônica (DVC) tem sido estudada e recentemente sua avaliação popularizou-se como meio de quantificar o impacto da doença na vida dos pacientes acometidos, sendo possível demonstrar alterações importantes no aspecto físico, na dor, nas limitações funcionais e na mobilidade^{1,2}.

Contudo, a utilização da maior parte das medidas específicas de avaliação da QV na DVC encontra-se dificultada pela necessidade de realização da equivalência transcultural, processo que envolve a tradução, a adaptação cultural e a validação da medida proposta².

Um dos objetivos da validação psicométrica é investigar a sensibilidade da medida de avaliação³, propriedade importante capaz de refletir alterações em uma determinada variável, ocorridas ao longo do tempo⁴.

De maneira geral, essas medidas de avaliação desempenham um importante papel na pesquisa, na prática clínica e na avaliação da saúde dos pacientes com DVC⁵.

1.2 Revisão de Literatura

1.2.1 Validação de Medidas de Avaliação da Qualidade de Vida em Saúde

Medidas de avaliação da qualidade de vida em saúde, a exemplo dos questionários, têm sido desenvolvidos, adaptados culturalmente e validados para diferentes contextos e realidades, a partir da necessidade de sistematização e padronização dos procedimentos de avaliação, para uma melhor mensuração de resultados, maior comunicação profissional e consolidação de práticas baseadas em evidências⁶.

Dessa forma, a oferta de questionários qualificados, que auxiliem os profissionais da saúde a direcionar suas investigações diagnósticas com maior segurança e que forneçam novos recursos metodológicos para o estudo dos processos avaliativos, consiste em uma meta para pesquisadores⁷.

Para a escolha de uma determinada medida de avaliação devem ser estabelecidos alguns critérios, a fim de que o uso do instrumento seja realizado de forma adequada e confiável^{8,9}.

Através da equivalência transcultural e validação é possível utilizar medidas de avaliação em saúde publicadas em outro idioma, sem haver necessidade de criar e validar um novo instrumento que avalie a condição de interesse^{9,10}.

A equivalência transcultural composta pela tradução e adaptação cultural, não é um procedimento simples, pois muitas vezes a melhor palavra de um idioma como o Inglês, para expressar um conceito, pode variar em outros países, a exemplo do Brasil, tendo alguns itens significados diferentes a partir da variação de hábitos de vida entre culturas diversas¹¹. Portanto, torna-se importante para que os termos utilizados sejam coerentes com o contexto cultural da população ao qual se destina, devendo serem trocados se estiverem fora da experiência de vida dessa população⁹.

Seu objetivo é não modificar o instrumento original¹², fato garantido pela equivalência semântica⁸, na qual o instrumento traduzido para ser considerado adequado e confiável, deve conter todo o sentido da versão original, preservando o significado, as ideias, a forma e o valor do original para o novo contexto, não somente linguístico, como social¹³, sem perder a expressão de conceitos usuais na população-alvo⁸.

Além de ser traduzido e adaptado culturalmente, um questionário específico para ser considerado confiável e válido, deve passar por um processo de validação (verificação de desempenho ou qualidade) e então possuir as principais propriedades psicométricas, também chamadas de clinimétricas, que são consistência interna, reprodutibilidade, validade (de critério e de construto) e sensibilidade ou responsividade a uma alteração^{9,11,14}. Além disso, deve ser prático para ser utilizado popularmente pelos pesquisadores e clínicos¹⁵.

Consistência interna é uma propriedade importante para a medição de questionário que pretende medir um único conceito (construto) usando vários itens¹⁴. Consiste em verificar se esses itens são adequados teoricamente e capazes de medir aquilo a que se propõe avaliar (mesmo atributo), como também se estão correlacionados entre si, devendo o questionário ser homogêneo^{7,11}. Refere-se à extensão na qual os itens de uma determinada medida de avaliação medem um mesmo construto¹⁶.

A reprodutibilidade é a capacidade do instrumento de reproduzir resultados iguais ou semelhantes, quando aplicado a indivíduos ou grupos, em diferentes momentos e sob condição de padronização mantida (condição estável), por um mesmo observador (reprodutibilidade intra-observador) ou observadores diferentes (reprodutibilidade inter-observador)^{7,9,17}.

A validade consiste em medir o grau com que uma medida de avaliação se correlaciona com outros métodos já estabelecidos para o mesmo fenômeno. É testada então, correlacionando sua pontuação com os de outra medida já validada e considerada padrão-ouro (validade de critério, concorrente ou preditiva). Quando não se tem na prática clínica o padrão-ouro, é possível testar a validade de uma medida, com outra que meça o mesmo conceito ou construto (validade de construto)^{11,18}.

Já a sensibilidade ou responsividade, também conhecida como capacidade de resposta, representa a capacidade do questionário de detectar mudanças ao longo do tempo¹⁹. Corresponde a uma medida estatística adequada para avaliar mudanças na capacidade funcional, no estado de saúde ou na percepção sobre o estado de saúde²⁰.

1.2.1.1 Sensibilidade à Mudanças Clínicas das Medidas de Avaliação da Qualidade de Vida

A eficiência dos questionários é determinada por seus índices psicométricos que fundamentalmente se referem ao processo de validação²¹. Dentro desses índices, para um uso adequado, o questionário precisa também possuir boas especificidade e sensibilidade⁸. Especificidade consiste na precisão de uma medida em classificar corretamente os indivíduos considerados negativos para o conceito avaliado, ou seja, os sem distúrbio²². Já a sensibilidade, responsividade ou capacidade de resposta é a capacidade de um instrumento para medir mudança real ou importante ocorrida ao longo do tempo no conceito medido, mesmo que pequenas¹¹.

Existem 2 formas de medir a sensibilidade. A primeira e mais típica é estudar os indivíduos quando a melhora verdadeira é esperada, calculando o tamanho do efeito (razão entre a diferença média e o desvio-padrão na linha de base). A outra é usar um critério de mudança verdadeira, investigando o quanto a medida pode discriminar entre os indivíduos que tiveram ou não melhora real¹¹, ajudando a identificar se os pacientes mudaram (melhora ou piora) no decorrer do tempo¹⁹.

Esses critérios podem ser clínicos (medidas laboratoriais, medidas fisiológicas e classificações de clínicos) ou baseados em pacientes, como classificações globais de mudanças (melhora global avaliada pelo paciente), mudanças reais em outras medidas de resultados relatados pelo paciente (MRP) que demonstraram mínima diferença importante (MDI) na população de pacientes alvo ou alguma combinação de resultados clínicos baseados no paciente¹⁹.

A seleção desses critérios deve basear-se na relevância para a indicação na doença, aceitação clínica e validade e clareza de que os critérios têm alguma relação com a medida. Observa-se que quanto mais dados e evidências fortes, mais devem ser clinicamente relevantes e proximais aos conceitos mensurados pela medida de avaliação¹⁹.

Claramente, a demonstração da sensibilidade constitui um componente-chave para o estabelecimento de um instrumento com qualidade de construção¹⁹. Para uma medida ser qualificada como sensível ou responsiva, deve apresentar mudanças consistentes ao longo do tempo ou ser comparada a outra medida de

valor conhecido, podendo então, ser estudada comparando diferentes medidas de avaliação^{19,20}.

1.2.1.1.1 Sensibilidade às Mudanças Clínicas das Medidas de Avaliação da Qualidade de Vida na Doença Venosa Crônica

A partir de um melhor conhecimento sobre a DVC e sobre seu impacto socioeconômico, como também, a partir das novas técnicas de tratamento desenvolvidas ao longo dos últimos anos, tornou-se cada vez mais imprescindível, instrumentos que avaliem a morbidade da doença e sua resposta aos tratamentos²³.

Para verificar a evolução da doença, o instrumento deve ser capaz de avaliar determinado tratamento ao longo do tempo, sendo aplicado em diversos tipos de grupos de pacientes, devendo representar melhoras pós-tratamento, de forma objetiva e quantitativa, a fim de serem usados comparativamente²³.

Dentre os questionários específicos para a DVC, que já tiveram sua sensibilidade avaliada tem-se o Chronic Venous Insufficiency Quality of Life Questionnaire (CIVIQ) desenvolvido por Launois et al em 1996, em estudo que teve a sensibilidade atendida como condição necessária para sua validação, sendo constatada como alta. Em 2010, Launois, Mansilha & Jantet verificaram boa sensibilidade do questionário pós-tratamento farmacológico, principalmente na dimensão dor⁴. Posteriormente, sua sensibilidade foi confirmada por Biemans et al²⁴, em 2011, o qual verificou mudança estatisticamente e clinicamente significativas em sua pontuação pós-tratamento para varizes.

Tem-se também o Aberdeen Varicose Vein Questionnaire (AVVQ) com sua sensibilidade avaliada somente em 1999, por Smith et al, apesar de desenvolvido anos antes em 1993, por Garratt et al. No estudo de Smith et al, foi visto melhora muito significativa na saúde pós-cirurgia de varizes, indicando uma moderada a alta sensibilidade do questionário^{25,26}.

Sua sensibilidade foi comprovada em 2014 por Lattimer et al²⁷, com a pontuação total do questionário reduzindo significativamente após tratamento endovenoso das varizes.

Assim também, ocorreu com o instrumento eletrônico Varicose Veins Symptoms Questionnaire (VVSymQ) quando capturou a mudança clínica

significativa e o impacto do tratamento com um tamanho de efeito grande (TE=1,6) na comparação após semanas da intervenção, indicando boa sensibilidade²⁸.

Outro questionário específico que teve a sensibilidade verificada foi o Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study – Quality of life/Symptom (VEINES-QOL/Sym), apresentando no estudo capacidade de resposta moderada²⁹.

O questionário Specific Quality-of-life and Outcome Response – Venous (SQOR-V), juntamente com o AVVQ, mostrou-se altamente responsivo pós-intervenção terapêutica em um estudo³⁰.

1.2.2 Avaliação da Qualidade de Vida em Saúde

As informações sobre qualidade de vida (QV) estão sendo incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e repercussão de determinados tratamentos, como o cirúrgico, quanto na comparação de procedimentos para controle de problemas de saúde¹⁶.

A avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) descreve as repercussões que uma doença e seu tratamento ocasionam no estilo de vida, equilíbrio psicológico e grau de bem-estar do paciente a partir da percepção do mesmo, de acordo com o que ele julgue e valorize³¹. Engloba indicadores objetivos e subjetivos em relação ao bem-estar dinâmico e suas dimensões física, mental e social, além de sua relação com as doenças³².

Nos países desenvolvidos, os estudos da QVRS vêm apresentando avanços notáveis no sentido de aproveitá-la em ensaios clínicos, como também, no desenvolvimento de instrumentos para avaliá-la. De maneira lenta e progressiva, já se inicia sua introdução no âmbito assistencial, no sentido da busca de igualdade de condições com as outras medidas de avaliação da saúde³¹.

Já nos países em desenvolvimento, há poucas publicações incluindo esse tema, indicando certa falta de interesse em explorar os aspectos relacionados, percebendo-se com isso, a necessidade de valorização dos instrumentos voltados à avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde³¹.

Para avaliar a QVRS, foram desenvolvidos instrumentos que visam transformar conceitos mentais em dados mensuráveis norteadores de posterior intervenção, classificados em genéricos, que avaliam o bem-estar relacionado à

saúde como um todo numa visão geral, e específicos, que avaliam o impacto de uma doença e sua terapêutica no cotidiano do indivíduo³².

Esses instrumentos de avaliação são produzidos, em sua ampla maioria, em países de língua inglesa, sendo posteriormente traduzidos para aplicação em outros países e muitas vezes, a não submissão a estudos de validação antes de sua utilização clínica e epidemiológica, levanta questionamentos sobre a incerteza de adaptação desse instrumento às peculiaridades culturais desses países, como também da capacidade de medição daquilo que se propõe^{31,32}.

Como uma tendência mundial, recomenda-se a utilização de instrumentos já validados, para comparar resultados entre países e populações, adaptando transculturalmente para o novo idioma, ao invés da criação de novos instrumentos com a mesma finalidade, de forma a economizar tempo, recursos financeiros e uniformizar conhecimentos^{31,32}.

A qualidade de vida de uma pessoa pode sofrer alterações significativas, quando aspectos previamente identificados forem atingidos com mudanças de hábito, terapias menos agressivas e implementação de ações preventivas³², devido à sua característica de mudar ao longo do tempo, entre indivíduos de diferentes condições sociais ou origens geográficas e/ou culturais e até no mesmo indivíduo³¹.

1.2.2.1 Medidas de Avaliação da Qualidade de vida na Doença Venosa Crônica

Na DVC, a correção terapêutica precoce pode muitas vezes evitar sua progressão, levando à melhora funcional do sistema venoso e reduzindo custos de tratamento³³.

No entanto, um problema na realização de pesquisas sobre a eficácia de diferentes métodos de avaliação e tratamento da DVC é a falta de medidas reprodutíveis que descrevam aspectos como a extensão e o tamanho das varizes, sendo de grande importância a necessidade de compreensão sobre o impacto que a doença tem na QV do indivíduo acometido por esta³⁴.

Na maioria das vezes, os efeitos das intervenções terapêuticas e da própria doença têm sido baseados somente em resultados clínicos obtidos a partir de testes laboratoriais, avaliação dos sinais e sintomas e exames por imagem, sendo essas medidas incapazes de mensurar a percepção do indivíduo sobre sua doença e sua

influência sobre a QV, tornando-se então necessária a utilização de outros instrumentos para realização de uma avaliação mais integral¹⁶. Dessa forma, o impacto desses efeitos pode ser medido através dos questionários de qualidade de vida genéricos e/ou específicos³⁵.

Em estudo recente que avaliou a qualidade metodológica no desenvolvimento das medidas de avaliação em saúde, baseando-se nos critérios psicométricos utilizados, demonstrou o SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey) como único questionário genérico com evidência psicométrica para apoiar seu uso em pacientes com DVC²⁸.

Observa-se o crescimento da utilização de instrumentos que podem ser autoaplicáveis, justificado pela possibilidade do indivíduo relatar, com base em sua visão dos fatos, o que realmente está lhe acontecendo e o que sente⁶. Porém, em caso de impossibilidade de autopreenchimento, as respostas podem ser coletadas sob a forma de entrevista³⁶.

Percebe-se hoje a priorização pela escolha de instrumentos com pequeno número de questões, que sejam objetivas e de fácil compreensão, a fim de maximizar o tempo de resposta, em menor tempo possível⁶, como no caso dos questionários específicos de avaliação da qualidade de vida.

Os instrumentos de avaliação de QV para doenças venosas existem em menor número em relação a outras condições e estão geralmente disponíveis na língua inglesa, a exemplo do CIVIQ (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire), VEINES-QOL/Sym (Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study), AVVQ (Aberdeen Varicose Veins Questionnaire), CCVUQ (Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire) e VLU-QoL (Venous Leg Ulcer Quality of Life Questionnaire)^{37,38,39}.

O VEINES-QOL/Sym já foi traduzido e validado há algum tempo para o Brasil¹⁷. Ele, assim como, o CIVIQ são instrumentos que avaliam a DVC como um todo⁴⁰, enquanto o AVVQ e o CCVUQ, recentemente traduzidos e validados para o país (2012), observam a percepção do indivíduo acometido, em relação a aspectos bem específicos da doença e à maior complicação da DVC, a úlcera venosa, respectivamente^{41,42,43,44,45,46}. O VLU-QoL foi traduzido e validado para o Brasil em 2014 e juntamente com o CCVUQ são específicos para mensurar a QV de pessoas com úlcera venosa^{38,47}.

1.2.2.1.1 Questionário Específico AVVQ para Avaliação da Qualidade de Vida na DVC

O AVVQ é uma medida específica de avaliação, sensível a aspectos inerentes à DVC, focalizando os seus sinais e sintomas e avaliando dimensões importantes da QV que podem estar comprometidas^{25,26,48,49}.

Além de escala de QV específica para a DVC, é também uma medida de gravidade da doença, que teve a validade, a consistência e a reprodutibilidade constatadas como boas, em seu país de origem^{25,26,50}, sendo posteriormente utilizada em vários estudos. Foi também em novo estudo traduzido e validado para a língua holandesa, confirmando ser um instrumento confiável e válido de avaliação da doença venosa⁵¹.

Já existe em versão on-line, para a qual foram estudadas sua viabilidade (aceitabilidade), reprodutibilidade e validade, a fim de facilitar sua adoção, constatando ser uma medida aceitável e fácil de utilizar, como também, confiável e válida⁵².

Na validação para nosso país, na qual surgiu o Questionário Aberdeen para Veias Varicosas no Brasil - AVVQ-Brasil (Anexo 1), apresentou-se válido, consistente internamente e excelentemente reprodutível ou confiável para a população brasileira^{41,42,43}.

A eficiência desses instrumentos é determinada por seus índices psicométricos²¹ e para um uso adequado do instrumento, eles precisam possuir boa sensibilidade⁸.

A primeira etapa desse processo de validação, ou seja, a tradução e adaptação cultural, como também, a determinação da confiabilidade e da validade, já foi realizada para o AVVQ-Brasil em 2012, cabendo agora a verificação de sua sensibilidade às mudanças clínicas^{41,42,43}.

1.2.3 Doença Venosa Crônica e Qualidade de Vida: seu impacto na saúde coletiva ou pública

Em decorrência da modificação nos hábitos de vida, do avanço técnico-científico ocorrido na saúde e do aumento na expectativa de vida, as doenças

crônicas tornaram-se mais frequentes, assim como os desconfortos gerados por estas ao indivíduo⁶.

Nesse contexto, a doença venosa crônica (DVC), caracterizada por disfunções macro e microcirculatórias do sistema venoso, vem se apresentando como uma das doenças crônicas mais frequentes, constituindo grande demanda nos serviços de saúde pela ocorrência de complicações relacionadas, limitação de atividades diárias e laborativas, como também pela imposição de sofrimento aos acometidos por ela, influenciando assim sua qualidade de vida (QV) e sendo um grave problema de saúde pública^{33,41}.

Considerada como causa mais comum dos sintomas vasculares que acometem os membros inferiores⁵³, a DVC continua sendo uma das afecções mais prevalentes no mundo e um desafio médico devido às suas diferentes apresentações clínicas, como também as limitações pessoais, impacto social e os prejuízos financeiros provocados por ela⁵⁴, já que incorre em custos elevados não só para o seu tratamento, mas também pela perda de dias de trabalho e antecipação da aposentadoria⁵⁵.

Embora de mortalidade praticamente nula, apresenta morbidade importante, provocando impacto socioeconômico muito grande, inclusive no Brasil^{55,56,57}.

No Brasil, entre 2009 e 2013 foram atribuídas à DVC inúmeras internações, sendo gastos mais de R\$ 260 milhões nos tratamentos e concedidos mais de 220 mil auxílios previdenciários temporários, com gastos acima de R\$ 170 milhões. No período entre 2008 e 2012, houve 5,5 mil aposentadorias por invalidez devido à DVC². Dados do Sistema Brasileiro de Seguridade Social revelam que a DVC ocupa o 32º lugar em doenças que provocam deficiência permanente e necessitam de assistência financeira pública⁵⁸.

Promove significativo quadro algico nos pacientes acometidos⁵⁹, embora o sintoma principal nem sempre seja a dor, sendo as queixas da DVC caracterizadas por apresentarem cronicidade, subjetividade e periodicidade. A sensação de peso, prurido, câimbra, assim como outros sintomas, podem ser referidos, dificultando o diagnóstico e retardando o tratamento adequado em até 40% dos casos. Apesar desse quadro clínico constituir um importante fator de desconforto e perda da qualidade de vida para o indivíduo, poucos estudos avaliaram a intensidade dos sintomas e aspectos relacionados a qualidade de vida na DVC⁵³.

Essa doença e suas complicações podem ser responsáveis por dor crônica e incapacitante e conseqüentemente, pela perda de dias de trabalho, acarretando inclusive, aposentadoria precoce^{55,57}. Estima-se que sua prevalência esteja em torno de 10% na população mundial, sendo uma das doenças que mais ocorre na prática clínica⁵⁹.

Reflete um problema agravado pelo fato de ser progressiva e ter uma propensão a se repetir⁶⁰, que engloba qualquer alteração morfológica ou funcional do sistema venoso e cursa com apresentações clínicas que variam desde telangiectasias (grau mais leve) a úlceras venosas (complicação)⁵⁵, necessitando de acompanhamento contínuo⁶⁰.

Entre os fatores de desenvolvimento da DVC, a hereditariedade constitui o principal, no entanto, o sexo feminino, idade, sedentarismo, obesidade, uso de hormônios, manutenção de posturas estáticas por prolongados períodos e gravidez contribuem também para o surgimento ou agravamento de seu quadro clínico⁶¹.

Embora ainda não existam evidências concretas da atividade laboral como causa direta de DVC, com situações de trabalho compostas por jornadas extenuantes e poucas pausas para descanso podendo agravá-la, ressalta-se que a circulação periférica é afetada pela postura estática, na medida em que a contração contínua dos grupos musculares para manter esse posicionamento causa fadiga dos mesmos⁶¹.

Caracteriza-se pela incapacidade de funcionamento do sistema venoso, decorrente de um déficit na integridade das válvulas venosas e dos mecanismos musculares propulsores, a partir do qual torna-se suficientemente deficiente, a ponto de aumentar a pressão intra-venosa⁶¹.

Apesar da alta prevalência e da gravidade, ainda é escasso o conhecimento sobre a intensidade dos sintomas e da influência na qualidade de vida nas várias fases de progressão da doença⁵³.

Com o objetivo de padronizar sua avaliação e melhor compreender a progressão da doença, determina-se a gravidade da DVC através da classificação CEAP (Clinical Manifestations, Etiologic factors, Anatomic Distribution of Disease, Pathophysiologic Findings), baseada em critérios clínico, etiológico, anatômico e fisiopatológico envolvidos com a doença, considerada padrão-ouro de classificação de DVC, que vem sendo utilizada em inúmeras investigações para classificar a apresentação clínica da DVC e medir mudança na gravidade da doença^{53,62}.

Entretanto, essa classificação não quantifica ou qualifica os sintomas, determinando somente sua presença através da observação clínica⁵³.

1.2.3.1 Importância do Tratamento da Doença Venosa Crônica na Qualidade de Vida

Muitas vezes o tratamento das manifestações da DVC fica relegado a segundo plano ou até mesmo é negado pelos sistemas de saúde pública e suplementar, a partir do argumento de se tratar de uma condição meramente estética, sendo negligenciada também pelo indivíduo acometido, que só consegue atendimento médico quando acentuadamente sintomático ou em estágios mais graves da doença^{53,61}.

A preocupação estética constitui uma importante motivação para a procura de assistência médica, embora, muitas vezes, os sintomas intensos representem a força motriz⁵⁵.

O ultrassom Doppler é considerado atualmente o principal método diagnóstico da DVC, elucidativo, rápido, de baixo custo e com a vantagem de ser não-invasivo, facilitando a avaliação da função venosa⁵⁷.

Quando não tratada, pode progredir para a forma mais grave da doença, a úlcera venosa. Seu tratamento deve ser individualizado e estabelecido de acordo com a gravidade⁵⁵.

Com relação à sua terapêutica, tem-se hoje uma multiplicidade de abordagens disponíveis, sendo importante averiguar as mais eficazes. A escolha da abordagem deve levar em consideração a melhoria clínica e satisfação das necessidades e expectativas do paciente⁵⁵.

Classicamente, a DVC vem sendo tratada com cirurgia ou outros métodos. A cirurgia embora tenha sido bem-sucedida na melhoria da aparência clínica, resultou em uma série de complicações como ruptura da veia e hemorragia, promovendo recorrência da condição após 5 anos e resultando em cicatrizes e danos nas estruturas adjacentes⁶³, o que acabava por comprometer ainda mais a qualidade de vida desse indivíduo.

Para superar esses problemas, as técnicas que não envolvem cirurgia foram desenvolvidas ao longo do tempo e incluem procedimentos físicos e químicos. Os físicos têm a intenção da ablação mecânica ou térmica da veia comprometida,

havendo resultados semelhantes à cirurgia, com melhor bem-estar pós-operatório precoce⁶³. Como procedimento químico encontra-se a escleroterapia, amplamente usada no tratamento da DVC, que consiste na introdução endovenosa de agentes esclerosantes, provocando lesão endotelial e exposição das fibras de colagênio. Todos os esclerosantes, apesar de atuarem de forma diferente, produzem o mesmo efeito, variando apenas a eficácia, potência e reações adversas⁵⁵.

Enfim, a intervenção terapêutica, de modo geral, visa não apenas corrigir os distúrbios anatômicos ou hemodinâmicos relacionados à DVC, mas também melhorar o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo, uma vez que a doença promove redução significativa da qualidade de vida, tanto em termos psicológicos quanto de bem-estar físico⁶⁴.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista, que ainda não houve teste da sensibilidade do AVVQ-Brasil, que a capacidade de refletir alterações nas variáveis clínicas que ocorrem durante uma intervenção terapêutica é um aspecto importante das escalas de avaliação da QV, que no Brasil há carência de instrumentos avaliativos de qualidade de vida reprodutíveis e sensíveis relacionados à DVC, que essa avaliação fornece informação importante para as condições crônicas a respeito da dificuldade da doença não capturadas por medidas tradicionais de morbidade e que dados referentes à QV do indivíduo são importantes para a seleção e a interpretação de resultados em estudos clínicos dos pacientes acometidos pela mesma, justifica-se este estudo para responder a seguinte pergunta de pesquisa: existe sensibilidade do questionário de qualidade de vida AVVQ-Brasil no tratamento da doença venosa crônica?

3 HIPÓTESE

O AVVQ-Brasil é sensível às mudanças clínicas ocorridas após tratamento não-cirúrgico, em pacientes com doença venosa crônica.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Verificar a sensibilidade longitudinal do questionário de qualidade de vida AVVQ-Brasil às mudanças clínicas de pacientes com doença venosa crônica submetidos a tratamento não-cirúrgico.

4.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a sensibilidade longitudinal do questionário AVVQ-Brasil.
- Medir QV e gravidade antes e após tratamento não-cirúrgico da DVC.

5 MÉTODO

5.1 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sob CAAE de nº 401.997 (Anexo 2).

Os pacientes elegíveis para pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão, foram convidados a participar da pesquisa pelo pesquisador principal, sendo apresentadas informações importantes sobre a mesma (objetivos, riscos, benefícios e procedimentos aos quais serão submetidos).

Confirmado o desejo de participar voluntariamente, foi entregue uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 3), para que fosse lido e entendido seu conteúdo, como também, esclarecidas quaisquer dúvidas. Só então, com a assinatura do termo foi formalizada a participação do indivíduo na pesquisa, estando ciente de que sua participação dependia de sua vontade, podendo desistir quando lhe fosse conveniente.

5.2 Período e Locais da Pesquisa

A coleta de dados ocorreu no período de maio de 2015 a outubro de 2017. O estudo foi realizado em três locais de atendimento ambulatorial ao indivíduo com doença venosa crônica, no estado de Alagoas:

1- Hospital Memorial Arthur Ramos, Maceió, AL. É um hospital gerenciado pela Cooperativa de Serviços Médicos e Hospitalares de Maceió (MEDCOOP), que presta assistência médico-hospitalar à comunidade, conveniado e particular, através de serviços como nutrição e dietética, psicologia, centro cirúrgico, emergência 24 horas, unidades de terapia intensiva e de dor torácica, ambulatórios médicos e exames médicos, centro de cardiologia, entre outros.

2- Clínica Medangio, Maceió, AL. É um estabelecimento de saúde do tipo Consultório que presta serviços médicos, a exemplo da especialidade de angiologia e cirurgia vascular.

3- Centro de Referência Integrado de Arapiraca – CRIA, Arapiraca, AL. É um centro que presta serviços à população, a partir do atendimento pelo Sistema Único de Saúde – SUS de diversas especialidades, como pneumologia, cardiologia, nutrição, oncologia pediátrica, mastologia, otorrino, psiquiatria, neurologia, angiologia, odontologia, entre outros, prestando também assistência a curativos. Além disso, oferta exames de ultrassonografia, mamografia, vídeocolposcopia e eletrocardiograma e conta com os atendimentos de assistência social e enfermagem.

5.3 População

Pacientes com doença venosa crônica, submetidos a procedimento terapêutico eletivo.

5.4 Amostra

5.4.1 Número de Indivíduos

O tamanho da amostra foi determinado, considerando as amostras utilizadas para testar a sensibilidade de instrumentos de avaliação em outros estudos^{65,66,67}, como também no número possível de captação desses pacientes dentro do intervalo de tempo de realização da pesquisa. Dessa forma, participaram da pesquisa 112 pacientes com doença venosa crônica.

5.4.2 Critérios de Inclusão

Pacientes de ambos os sexos, a serem submetidos a tratamento da doença venosa crônica, condição comprovada através de avaliação de cirurgião vascular, com base na classificação CEAP (clínica 2-6).

5.4.3 Critérios de Exclusão

Pacientes com idade menor que 18 anos.

Pacientes com alterações arteriais e linfáticas associadas, diabetes mellitus, neuropatia, erisipela, linfangite, trombose venosa profunda aguda e síndrome pós-trombótica crônica obstrutiva.

Úlcera de qualquer etiologia não venosa.

Não falar ou compreender a língua portuguesa.

Distúrbios psiquiátricos e/ou quadro demencial (de acordo com diagnóstico médico).

Pacientes com idade igual ou superior a 60 anos com alteração cognitiva, de acordo com o Mini exame do estado mental (MEEM) (Anexo 4).

5.4.4 Desenho do Estudo

Estudo longitudinal de validação de questionário, com dois momentos de avaliação: basal (pré-intervenção) e 4 semanas (pós-intervenção).

A amostragem foi não-probabilística. Os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa foram convidados a participar, pelo pesquisador principal, durante o primeiro contato realizado no ambulatório de angiologia e cirurgia vascular do Hospital Memorial Arthur Ramos e da Clínica Medangio em Maceió e no CRIA de Arapiraca, e após detalhados os objetivos da pesquisa, aceitando participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra foi composta por pacientes que foram submetidos a tratamento de escleroterapia com glicose e/ou com espuma, bota de Unna e/ou curativos para DVC, sendo abordados diretamente pelo pesquisador. Foram submetidos a uma entrevista inicial, enquanto aguardavam para a consulta médica, onde foram aplicados os instrumentos de avaliação.

A identificação do CEAP (clínica) foi obtida pela avaliação do cirurgião vascular, no momento em que o pesquisador acompanhava a consulta inicial do paciente com o referido profissional, como também a confirmação da necessidade de procedimento terapêutico para DVC.

A conduta terapêutica aplicada aos pacientes foi definida por critérios do cirurgião vascular, não havendo agrupamento dos pacientes segundo a terapêutica escolhida.

As entrevistas foram realizadas por observadores previamente treinados para a utilização de um roteiro de entrevista, através de uma forma neutra de colocação

das questões, sem interferência no processo de resposta do questionário. Os pacientes eram submetidos a responder os instrumentos abaixo descritos:

Momento 1 – os pacientes responderam o formulário de coleta de dados (Apêndice 1), o questionário MEEM (Anexo 4), a escala visual analógica para dor (EVA dor) (Anexo 5), a versão brasileira do Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study – Quality of life/Symptom (VEINES-QOL/Sym) (Anexo 6) e o Questionário Aberdeen para veias varicosas no Brasil – AVVQ-Brasil (Anexo 1), aplicados por um dos observadores, antes do procedimento terapêutico.

Momento 2 – os pacientes foram avaliados quanto ao CEAP e responderam a uma nova aplicação do AVVQ-Brasil, da EVA dor e do VEINES-QOL/Sym, aplicados pelo observador, no tempo de 4 semanas após procedimento terapêutico.

As respostas foram coletadas sob a forma de entrevista ou autoaplicação. No caso de analfabetismo, o questionário AVVQ-Brasil aplicado foi lido em voz alta pelo pesquisador, seguindo rigorosamente instruções anteriores do autor do AVVQ original.

5.5 Instrumentos Utilizados

Questionário de Qualidade de Vida Aberdeen para Veias Varicosas no Brasil (AVVQ-Brasil)

É uma escala de qualidade de vida específica e uma medida de gravidade para a DVC, traduzida, adaptada culturalmente em 2012 e validada em 2015 para o Brasil, que teve a validade, a consistência e a reprodutibilidade constatadas como boas no Brasil, na Holanda e no Reino Unido (país do questionário original). É composto por 13 perguntas relacionadas à doença venosa dos membros inferiores, distribuídas em 4 domínios, que são: Dor e Disfunção, Aparência Estética, Extensão da Varicosidade e Complicações (quadro 1). A pergunta 1 é um diagrama, que representa vistas anterior e posterior dos membros inferiores, onde os pacientes devem desenhar a localização de suas varizes. As questões 7 e 9 só podem ser respondidas com sim ou não. Quanto às outras questões, apresenta múltiplas opções de respostas. As questões 3 e 9 são respondidas direcionadas à frequência de dor e uso de analgésicos. Perguntas 1, 2, 5, 6, 7, 8 e 9 devem ser respondidas para ambas as pernas. Nas questões 2, 3, 4, 5, 6, 12 e 13, o indivíduo é levado a

refletir sobre sua condição nas últimas duas semanas. O resultado de sua aplicação é interpretado por uma pontuação em escala de zero a 100, com zero representando a melhor pontuação (nenhuma evidência da doença), e 100 a pior pontuação (maior gravidade da doença)^{25,26,41,42,43,51}.

Como regra geral, caso um paciente consistentemente não assinale a resposta definida para um membro, a ausência de sua resposta deve ser codificada com zero, ou seja, sem sintomas^{26,51}.

A falta de item correspondente à resposta do paciente pode incluir perguntas que geralmente recebem pontuação zero (Questão 9 na ulceração), bem como perguntas que atraem pontos (Questão 1 desenhos de veias nas pernas)²⁷.

Para as questões divididas em membros inferiores direito e esquerdo, os pacientes que só possuem comprometimento de um único membro têm uma tendência a não marcar opção para o membro não afetado, ao invés de assinalar a primeira alternativa referente a nenhum sintoma^{26,51}, mas neste estudo todos os instrumentos foram verificados e quando identificada a ausência de resposta, os pacientes lembrados sobre a necessidade de marcação de alguma alternativa. Dessa forma, os pacientes foram encorajados a preencher todas as questões, já que o preenchimento de questões omitidas em nome do paciente não é aconselhável, pois vai de encontro com o princípio do AVVQ-Brasil de ser uma medida de resultado relatada pelo paciente, não havendo, portanto, ausência de resposta em nenhum dos questionários aplicados.

Classificação clínica CEAP

É um sistema de classificação proposto em 1995, baseado na clínica, etiologia, anatomia e fisiopatologia, envolvidas com a doença, elaborada para classificar a apresentação clínica da doença venosa crônica e para medir mudança na gravidade dessa doença^{4,68}. Essa classificação categoriza como C₁ para telangiectasias ou veias reticulares, C₂ para veias varicosas, C₃ para edema, C_{4a} para hiperpigmentação ou eczema, C_{4b} para lipodermatoesclerose ou atrofia branca, C₅ para úlcera cicatrizada e C₆ para úlcera ativa.

Escala visual analógica para dor (EVA dor)

É uma escala unidimensional, rápida e de fácil aplicação e entendimento, que consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, semelhante a uma régua onde consta uma linha de 10 cm, numerada de 0 a 10, com 2 extremos, sendo 0 ausência de dor e 10 a pior dor sentida pelo paciente; algumas apresentam desenhos representando expressões faciais como outro recurso visual, além da numeração^{69,70}.

Questionário Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study - Quality of Life/Symptom (VEINES-QOL/Sym)

Consiste em um questionário específico para avaliação da qualidade de vida na DVC, com formato dos itens, conteúdo e escala de respostas elaborados com base no Medical Outcomes Study Short-Form 36 (SF-36), instrumento genérico para avaliação da qualidade de vida. É composto por 26 itens, sendo 10 relacionados aos sintomas (questões 1 e 7), 9 ao desempenho das atividades de vida diária (questões 4, 5 e 6), 1 ao horário do dia em que os sintomas são mais intensos (questão 2), 1 às alterações ocorridas com relação à doença no último ano (questão 3) e 5 ao impacto psicológico (questão 8); produz 2 pontuações finais, sendo uma, a estimativa do impacto da DVC na QV (VEINES-QOL) e a outra, relacionada aos sintomas decorrentes da DVC (VEINES-Sym). A questão 2 deve ser relacionada ao horário do dia em que os sintomas são mais intensos, fornecendo apenas informação descritiva, não devendo ser utilizada para cálculo da pontuação. Pontuações maiores representam melhores desfechos¹⁷.

A pontuação produzida pelo VEINES-Sym inclui 10 itens (questões 1 e 7). Destes, 9 estão relacionados aos sintomas pernas pesadas, pernas doloridas, inchaço, câimbras noturnas, sensação de calor ou queimação, pernas inquietas, latejamento, coceira e sensação de formigamento. Esses sintomas são avaliados de acordo com a frequência, utilizando uma escala tipo Likert de 5 pontos. A questão 7 está relacionada à dor nas pernas e é avaliada quanto à intensidade por uma escala tipo Likert de 6 pontos¹⁷.

Mini exame do estado mental (MEEM)

Instrumento desenvolvido para avaliar o nível cognitivo do paciente idoso. É dividido em cinco seções que avaliam orientação, memória imediata, atenção e cálculo, memória de evocação e linguagem, incluindo escrita e desenho. Tem relação indireta com a idade e diretamente proporcional com o nível educacional. A pontuação varia de zero a 30^{71,72}, sendo o MEEM utilizado considerando os pontos de corte 18 (abaixo de 4 anos de escolaridade) e 24 (acima de 4 anos de instrução escolar prévia)^{71,73}, como valores necessários para exclusão do estudo.

5.6 Variáveis

5.6.1 Variáveis primárias

- **Pontuação total do Questionário AVVQ-Brasil** – questionário composto por domínios, tem o resultado de sua aplicação calculado pela soma da pontuação para questões individuais, dividindo-se pelo máximo do total possível e multiplicando por 100 e interpretado por uma pontuação em escala de zero a 100, com zero representando a melhor pontuação, e 100 a pior pontuação⁵¹, conforme orientações do autor do questionário AVVQ original (Anexo 7). Para calcular a questão 1, uma grade (Anexo 8) é colocada sobre o desenho das pernas, sendo contado o número de boxes cobertos pelas varizes. No presente estudo, foi verificada a partir das respostas obtidas nas aplicações do AVVQ-Brasil pelos observadores, durante as entrevistas 1 e 2. As respostas foram coletadas sob a forma de entrevista ou autoaplicação.

- **Pontuação do Questionário AVVQ-Brasil por domínios** – possui domínios compostos por número variável de questões (Quadro 1), que são: Dor e Disfunção (4 questões), Aparência Estética (2 questões), Extensão da Varicosidade (3 questões) e Complicações (4 questões), sendo que o cálculo dos mesmos segue orientações do autor do AVVQ original (Anexo 7), permitindo analisar a influência do domínio na qualidade de vida e na gravidade da doença. A pontuação dos itens das questões são somadas após a recodificação da pontuação (Anexo 7)^{26,51}.

No presente estudo, foi também verificada a partir das respostas obtidas nas aplicações do AVVQ-Brasil pelos observadores, durante as entrevistas 1 e 2, sendo essas respostas coletadas sob a forma de entrevista ou autoaplicação.

Quadro 1. Domínios do AVVQ e questões correspondentes.

Domínios	Questões correspondentes
Dor e Disfunção	Q2- Nas últimas duas semanas, por quantos dias suas varizes causaram-lhe dor? Q3- Durante as últimas duas semanas, em quantos dias você tomou remédio para diminuir a dor de suas varizes? Q12- Durante as últimas duas semanas, suas varizes interferiram com seu trabalho doméstico ou outras atividades diárias? Q13- Durante as últimas duas semanas, suas varizes interferiram com suas atividades de lazer (incluindo esporte, passatempo e vida social)?
Aparência Estética	Q10- A aparência de suas varizes causa-lhe preocupação? Q11- A aparência de suas varizes influencia sua escolha de roupas, incluindo meia-calça?
Extensão da Varicosidade	Q1- Desenhar, por favor, suas varizes nas figuras abaixo. Q5- Nas últimas duas semanas, você tem usado meias ou ataduras elásticas? Q7- Você tem mancha roxa causada por pequeno sangramento de vasos sanguíneos na pele, associado com suas varizes?
Complicações	Q4- Nas últimas duas semanas, quanto inchaço no tornozelo você teve? Q6- Nas últimas duas semanas, você teve coceira associada com suas varizes? Q8- Você tem elevações, ressecamento ou manchas de pele na área de seu tornozelo? Q9- Você está com uma ferida de pele associada com suas varizes?

5.6.2 Variáveis secundárias

- **Classificação clínica CEAP** – classificação baseada na clínica, etiologia, anatomia e fisiopatologia envolvidas com a doença venosa crônica, proposta em 1995, para categorizar a apresentação clínica da DVC e para medir mudança em sua severidade^{4,68}. A classificação clínica CEAP classifica progressivamente como C₀ sinais de doença não visíveis e não palpáveis, C₁ para telangiectasias e/ou veias reticulares, C₂ para veias varicosas, C₃ para edema, C₄ para hiperpigmentação e lipodermatoesclerose, C₅ para úlcera cicatrizada e C₆ para úlcera ativa^{16,62,68}.

No estudo, foi determinada, na presença do observador, pelo cirurgião vascular no momento de atendimento do paciente, a partir do exame clínico dos membros inferiores, estando os mesmos na posição ortostática. No caso dos dois membros inferiores serem acometidos, foi considerado o de maior classe clínica CEAP. Os membros classificados como 4a (pigmentação ou eczema) e 4b (lipodermatoesclerose ou atrofia branca) foram agrupados apenas como Classe 4, com alterações tróficas de pele.

- **Pontuação da Escala Visual Analógica para dor** – consiste em auxiliar na aferição da intensidade da dor no paciente, semelhante a uma régua, numerada de 0 a 10, onde o paciente refere sua percepção variando entre 0 (ausência de dor) e 10 (pior dor sentida)⁶⁹. No estudo, o observador mostrou ao paciente a régua numerada, que além da numeração, possuía também o recurso visual de desenhos representando expressões faciais, através da qual o paciente sinalizou a sua escolha de percepção.

- **Pontuação do Questionário VEINES-QOL/Sym** – possuindo questões relacionadas aos sintomas (questões 1 e 7), ao desempenho das atividades de vida diária (questões 4, 5 e 6), ao horário do dia em que os sintomas são mais intensos (questão 2), às alterações ocorridas com relação à doença no último ano (questão 3) e ao impacto psicológico (questão 8), produz 2 pontuações finais, sendo uma a estimativa do impacto da DVC na QV (VEINES-QOL) e a outra relacionada aos sintomas decorrentes da DVC (VEINES-Sym), sendo que pontuações maiores representam melhores desfechos. Para obtenção da pontuação total do VEINES-QOL são considerados os 25 itens que compreendem as questões 1, 3, 4, 5, 6, 7 e 8, enquanto que para a pontuação produzida pelo VEINES-Sym devem ser considerados os 10 itens incluídos nas questões 1 (1a – 1i) e 7; o cálculo de sua pontuação se dá pelas seguintes etapas: recodificação das questões 3, 6 e 7 (inversão do valor das pontuações), cálculo da média e do desvio padrão de cada item, padronização de cada item em uma pontuação Z de média zero e desvio padrão igual a um, e cálculo do valor da pontuação do indivíduo menos a média da questão dividida pelo desvio padrão. A pontuação total é calculada como a média das pontuações Z dos itens envolvidos neste. A pontuação final é transformada de

modo a apresentar média igual a 50 e desvio padrão de 10, multiplicando-se a pontuação total por 10 e adicionando 50 ao resultado¹⁷.

Os itens que faltam no questionário são tratados pela média dos itens restantes após a padronização, desde que a metade ou mais das perguntas esteja presente, caso contrário, a pontuação total é perdida²⁹.

As pontuações do VEINES-QOL podem ser comparadas apenas com outros membros da mesma amostra. Cada conjunto de pontuações do VEINES-QOL tem uma pontuação média de 50, mantendo quando se mede uma amostra em 2 momentos diferentes, sempre a pontuação média geral idêntica, não permitindo o uso para comparar diferentes estudos e dificultando a investigação de mudanças ao longo do tempo²⁹.

Dessa forma, não foi utilizado o método de cálculo da escala original, optando-se por utilizar o método de cálculo de pontuação intrínseca (iVEINES-QOL/Sym), proposto por Bland et al²⁹, no qual todas as questões são pontuadas 1, 2, 3, ..., k, onde k é o número de categorias, recodificando-se cada pontuação do item i para $(i-1) / (k-1)$, possibilitando a cada item uma pontuação entre 0 e 1 e média sobre as questões para dar uma pontuação final, que é multiplicada por 100, arredondando para o número inteiro mais próximo, para dar uma pontuação mais gerenciável.

No presente estudo, foi verificada a partir das respostas obtidas nas aplicações do VEINES-QOL/Sym pelos observadores, durante as entrevistas 1 e 2, sendo essas respostas coletadas, assim como do AVVQ-Brasil, também sob a forma de entrevista ou autoaplicação.

5.6.3 Dados Complementares

Todos os dados complementares foram coletados no momento da avaliação inicial (entrevista 1) pelo observador. São eles:

- Idade. Anos completos, no último dia do mês de referência da pesquisa, com base no dia, mês e ano do nascimento da pessoa (verificada em um documento de identidade com foto).
 - Gênero. Distinção biológica que classifica as pessoas em gênero masculino ou feminino.
-

- Grau de escolaridade. Cumprimento de um determinado ciclo de estudos. Foi definido de acordo com a lei de diretrizes e bases da Educação Nacional (LDBEN), onde a educação escolar é composta por Educação Básica (formada pela educação infantil, ensino fundamental e ensino médio) e Educação Superior⁷⁴.
- Tipo de procedimento terapêutico. Tipo de ato médico realizado para tratar uma doença ou desordem; é o tipo de tratamento propriamente dito de uma condição já diagnosticada.
- Posição assumida. Lugar ocupado por um corpo em um espaço.

5.7 Análise Estatística

Os dados foram coletados em um formulário padronizado (Apêndice 1) e armazenados em uma planilha eletrônica de dados (Microsoft Excel® 15.0 2013. Redmond, WA, EUA), na qual cada linha correspondeu a um formulário de coleta de dados e preenchida com os dados coletados.

Os programas computacionais utilizados foram o Microsoft Windows e o SPSS for Windows, versão 22.0 SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer).

As variáveis numéricas foram expressas em medida de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (desvio padrão). As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas (porcentagens).

Para análise dos resultados, foram utilizados os métodos estatísticos descritos a seguir:

5.7.1 Coeficiente α de Cronbach

Consiste numa forma de estimar a confiabilidade de um questionário em uma pesquisa. Mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes, tratando-se de uma correlação média entre perguntas. Na medida em que todos os itens de um questionário utilizem a mesma escala de medição, o coeficiente α é calculado a partir da variância dos itens individuais e da variância da soma dos itens de cada avaliador através de uma equação⁷⁵. Esse coeficiente foi calculado para avaliar a consistência

interna das questões do AVVQ-Brasil, nos momentos pré (basal) e pós-tratamento (4 semanas), de forma ponderada e não ponderada.

É uma medida adequada de consistência interna, obtendo-se uma avaliação satisfatória para a consistência interna, quando o valor encontrado é ≥ 0.70 ^{14,76,77}.

Sugere-se a classificação da confiabilidade a partir do cálculo do coeficiente α de Cronbach, de acordo com os limites abaixo (Quadro 2):

Quadro 2. Classificação da confiabilidade a partir do coeficiente α de Cronbach⁷⁶.

Confiabilidade	Interpretação
	Valor de α
Muito alta	$> 0,90$
Alta	$0,75 < \alpha \leq 0,90$
Moderada	$0,60 < \alpha \leq 0,75$
Baixa	$0,30 < \alpha \leq 0,60$
Muito baixa	$\leq 0,30$

5.7.2 Teste Não-paramétrico Z Wilcoxon

O teste de Wilcoxon é um teste não-paramétrico (versão não-paramétrica do teste t) usado, em particular, quando se tem medições repetidas de uma amostra, mas a população original não tem necessariamente distribuição normal, a partir de dados ordinais, intervalares ou proporcionais. Baseia-se em postos das observações (posição relativa às demais observações)⁷⁸.

Foi realizado para comparar as diferenças nas pontuações das escalas utilizadas, AVVQ-Brasil, EVA dor e VEINES-QOL/Sym, entre os momentos pré (basal) e pós-tratamento (4 semanas), como também para verificar a distribuição dos pacientes segundo a classificação CEAP e os momentos de avaliação (basal e 4 semanas).

5.7.3 Teste Paramétrico t Student pareado

O teste t Student pareado consiste num teste de hipóteses para duas médias de amostras relacionadas, usado, principalmente, para comparar médias para um mesmo grupo em relação a uma variável⁷⁹.

Foi realizado também para comparar as diferenças nas pontuações das escalas utilizadas, AVVQ-Brasil, EVA dor e VEINES-QOL/Sym, entre os momentos pré (basal) e pós-tratamento (4 semanas).

5.7.4 Tamanho do Efeito (TE)

A sensibilidade às mudanças clínicas consiste na capacidade de detectar alterações em situações específicas⁸⁰; deve ser avaliada testando hipóteses pré-definidas, através do estudo dos pacientes nos quais a melhoria verdadeira é esperada, calculando-se em seguida o tamanho do efeito (TE), como também através do uso de um critério externo de mudança verdadeira e investigação de como a medida pode discriminar entre pacientes que realmente obtiveram a melhora e aqueles que não obtiveram esse benefício^{11,14}.

Portanto, a sensibilidade foi avaliada pelo tamanho do efeito referente à mudança ocorrida na pontuação total e pontuação por domínios do AVVQ-Brasil, como também, nas pontuações das outras escalas, EVA dor e VEINES-QOL/Sym, entre os momentos pré (basal) e pós-tratamento (4 semanas), sendo analisado também o intervalo de confiança da mudança.

O tamanho de efeito foi calculado através do pacote MBESS para o programa estatístico R, descrito no artigo de Kelley⁸¹ de 2007, utilizando o comando *ci.sm* (*Confidence Interval for the Standardized Mean*) que se encontra nas páginas 34-36 do manual, dividindo-se a média da mudança entre os 2 momentos pelo desvio padrão (DP) dessa mudança, conforme cálculo abaixo:

$$TE = \frac{\text{Média mudança}}{\text{DP mudança}}$$

Para o estudo da sensibilidade ou responsividade é utilizado o tamanho do efeito (TE) e segundo os critérios de Cohen apresenta os seguintes valores de referência, descritos no Quadro 3.

Quadro 3. Parâmetros de interpretação dos valores do tamanho de efeito segundo os critérios de Cohen²⁰.

Tamanho do Efeito (TE)	Interpretação
≥ 0,8	sensibilidade grande
entre ≥ 0,5 e < 0,8	sensibilidade moderada
≥ 0,20 a < 0,50	sensibilidade pequena

Outro tamanho de efeito utilizado em estudos clínicos é calculado dividindo-se a média das diferenças entre dois momentos de avaliação (final - basal) pelo desvio padrão da variável no momento basal¹¹. Tamanhos de efeitos são utilizados para se calcular tamanho de amostras em futuros estudos.

No presente estudo foram calculados os tamanhos de efeito das mudanças, 4 semanas após a intervenção, pelos dois métodos das mudanças para os escores das escalas AVVQ-Brasil e seus domínios, EVA Dor e VEINES-QOL/Sym.

A sensibilidade foi avaliada também pelo η^2 parcial, que é um outro tamanho de efeito, também sugerido por Cohen⁸² em 1988, que significa uma proporção da variância total explicada pelos momentos de avaliação, com o poder do teste expresso em %, que significa a probabilidade de se encontrar um efeito maior ou igual ao que se observou com o tamanho da amostra ao nível de significância utilizado (5%), supondo que esse efeito seja verdadeiro. O poder de teste é uma medida que qualifica o tamanho da amostra do estudo para detectar a diferença encontrada.

Os valores aproximados do η^2 parcial estão descritos no Quadro 4.

Quadro 4. Parâmetros de interpretação dos valores do η^2 parcial segundo os critérios de Cohen⁸².

η^2 parcial	Interpretação
> 0,13	tamanho de efeito grande
0,02 a 0,13	tamanho de efeito moderado
0,00 a 0,02	tamanho de efeito pequeno

5.7.5 Coeficiente de correlação de Pearson (r)

Mede o grau de correlação linear entre duas variáveis quantitativas, assumindo valores situados entre -1,0 e 1,0. O sinal indica direção positiva ou

negativa do relacionamento e o valor sugere a força da relação entre as variáveis. De acordo com o Quadro 4, uma correlação perfeita (-1 ou 1) indica que a pontuação de uma variável pode ser determinada exatamente ao se saber a pontuação da outra. No outro oposto, uma correlação de valor zero indica que não há relação linear entre as variáveis. Portanto, quanto mais perto de 1 (independente do sinal) maior é o grau de dependência estatística linear entre as variáveis. Quanto mais próximo de zero, menor é a força dessa relação. Para Cohen⁸², valores entre 0,10 e 0,29 podem ser considerados pequenos, entre 0,30 e 0,49 considerados médios e entre 0,50 e 1, interpretados como grandes (Quadro 5)⁸³.

Através deste coeficiente, verificaram-se as correlações existentes entre as mudanças ocorridas nas pontuações das próprias escalas, como também, entre as pontuações de duas escalas distintas.

Quadro 5. Parâmetros de interpretação dos valores do coeficiente de correlação de Pearson⁸³.

Pearson (r)	Interpretação
1	Correlação positiva perfeita
0	Sem correlação linear
-1	Correlação negativa perfeita

5.7.6 Coeficiente de correlação de Spearman (rho)

Mede a correlação entre duas variáveis minimamente ordinais. Varia de -1 a 1, sendo que quanto mais próximo de 1 (+ ou -), mais perfeita a correlação⁸⁴, conforme parâmetros vistos no Quadro 6.

Através deste coeficiente foi possível verificar as correlações existentes entre as mudanças ocorridas nas pontuações das próprias escalas e entre as pontuações de duas escalas distintas.

Quadro 6. Parâmetros de interpretação do coeficiente de correlação de Spearman⁸⁴.

Spearman (rho)	Interpretação
0,75 - 1,00 (+ ou -)	Correlação muito boa a excelente
0,50 - 0,75 (+ ou -)	Correlação moderada a boa
0,25 - 0,50 (+ ou -)	Correlação razoável

5.7.7 Coeficiente de correlação τ_b de Kendall (τ_b).

É uma medida de associação para variáveis ordinais, como no caso do Coeficiente de Correlação de Spearman. Ambas as variáveis devem ser medidas no mínimo em nível ordinal, de forma que seja possível atribuir postos a cada uma das variáveis^{85,86}. Uma vantagem do τ (tau) sobre o coeficiente de Spearman é que τ pode ser generalizado para um coeficiente de correlação parcial e não ser influenciado pela variância. Seus valores variam de -1 a 1, sendo 1 indicando a máxima concordância direta, -1 a máxima concordância inversa e zero indicando a falta de concordância⁸⁶.

Também através deste coeficiente, verificaram-se as correlações existentes entre as mudanças ocorridas nas pontuações das próprias escalas e entre as pontuações de duas escalas distintas.

6 RESULTADOS

6.1 Características da Amostra

A amostra inicial foi composta por 118 doentes venosos que procuraram, espontaneamente, os locais públicos e privado de assistência, sendo que desses 118, um indivíduo foi excluído por não ter atingido o ponto de corte do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) e 5 pacientes por não terem completado o AVVQ-Brasil no 2º momento de aplicação por motivos alheios, como a não aderência ao tratamento proposto. A amostra final foi composta por 112 pacientes que foram submetidos a escleroterapia com glicose e/ou com espuma, bota de Unna e/ou curativos para DVC, conforme figura abaixo.

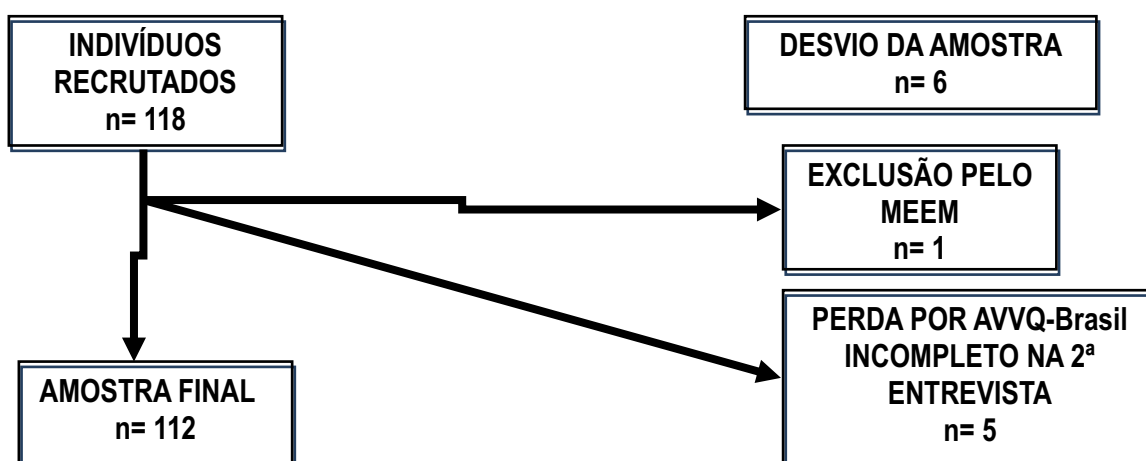


Figura 1. Constituição Amostral.

A idade dos pacientes que compuseram a amostra variou entre 27 a 96 anos, com média de 59,51 (dp=14,03). A maior parte da amostra foi do gênero feminino (82,1%), que ao longo da vida assumiu uma postura em ortostatismo prolongado (49,1%), com o 1º grau incompleto (22,3%), com o 2º grau completo (22,3%) ou com o 3º grau completo (25%), pertencente à gravidade da doença nas classes C2 (28,6%) e C6 (32,1%) da classificação clínica CEAP (Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra.

Idade (anos)		
N	112	
Média	59,51	
Desvio Padrão	14,03	
Mínimo	27	
Máximo	96	
Mediana	60	
Outras características		
	N	%
Total	112	100
Sexo		
Feminino	92	82,1
Masculino	20	17,9
Escolaridade		
Analfabeto	5	4,5
Analfabeto Funcional	8	7,1
1º grau incompleto	25	22,3
1º grau completo	11	9,8
2º grau incompleto	5	4,5
2º grau completo	25	22,3
3º grau incompleto	5	4,5
3º grau completo	28	25
Posição		
Em pé por longos períodos	55	49,1
Sentado por longos períodos	14	12,5
Alterna posição	29	25,9
Outras	7	6,3
Afastado pela doença	7	6,3
CEAP basal		
2	32	28,6
3	15	13,4
4	24	21,4
5	5	4,5
6	36	32,1

N= tamanho da amostra; %= percentagem.

6.2 Resultado das Variáveis

6.2.1 Pontuações do AVVQ-Brasil, EVA dor e VEINES-QOL/Sym ao longo do tempo

A aplicação do questionário AVVQ-Brasil, assim como, do VEINES-QOL/Sym e EVA dor pelos observadores, permitiu avaliar a qualidade de vida, os sinais e sintomas e a dor, respectivamente, a partir das respostas dos pacientes obtidas durante as entrevistas basais e 4 semanas após a intervenção, conforme descritos na Tabela 2.

Tabela 2. Resumo descritivo das escalas AVVQ-Brasil, EVA Dor e VEINES-QOL/Sym, segundo os momentos de avaliação.

Escala	Momento	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	Mediana
AVVQ-Brasil Total	Basal	112	24,57	11,86	1,52	63,40	23,88
	4 semanas	112	20,29	9,45	0,52	45,74	20,00
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	Basal	112	33,80	30,90	0,00	100,00	25,30
	4 semanas	112	18,74	22,17	0,00	100,00	11,05
AVVQ-Brasil Aparência Estética	Basal	112	51,17	36,17	0,00	100,00	56,76
	4 semanas	112	43,14	39,35	0,00	100,00	35,15
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	Basal	112	21,50	15,49	0,93	67,81	18,10
	4 semanas	112	22,78	15,07	0,93	77,11	19,66
AVVQ-Brasil Complicações	Basal	112	17,28	20,45	0,00	91,42	5,94
	4 semanas	112	12,92	15,99	0,00	66,00	7,02
EVA Dor	Basal	112	4,10	3,17	0,00	10,00	4,50
	4 semanas	112	2,73	3,07	0,00	10,00	2,00
iVEINES-QOL	Basal	112	55,11	22,09	9,80	94,00	54,80
	4 semanas	112	65,75	20,36	10,40	99,20	65,50
iVEINES-SYM	Basal	112	59,48	24,99	7,00	100,00	60,50
	4 semanas	112	66,85	22,46	10,00	100,00	69,00

N= tamanho da amostra.

Verificando a Tabela 2, observa-se os valores da média, desvio padrão, mínimo, máximo e mediana das escalas avaliadas. Destaca-se uma diminuição geral dos valores das médias entre o momento basal e 4 semanas após tratamento para todas as escalas, com exceção do domínio Extensão da Varicosidade do AVVQ-

Brasil e do questionário VEINES-QOL/ VEINES-SYM intrínsecos (iVEINES-QOL/Sym), nos quais houve aumento.

6.2.1.1 Confiabilidade do AVVQ-Brasil

A confiabilidade do AVVQ-Brasil foi obtida através da verificação da consistência interna, a partir do cálculo do coeficiente α de Cronbach, ponderado e não ponderado, das questões dos questionários, para a pontuação total e por domínios do AVVQ-Brasil nos 2 momentos de aplicação, antes do tratamento (basal) e 4 semanas após o tratamento, como também para a pontuação intrínseca do VEINES-QOL/Sym (iVEINES-QOL/Sym).

Os valores do coeficiente α de Cronbach ponderado e não ponderado estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3. Valores dos coeficientes de confiabilidade α de Cronbach nos momentos basal e 4 semanas.

Escala	Valor	Momento	
		Basal	4 Semanas
AVVQ-Brasil Total	Não ponderado	0,886	0,866
	Ponderado	0,567	0,421
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	Não ponderado	0,782	0,736
	Ponderado	0,718	0,676
AVVQ-Brasil Aparência Estética	Não ponderado	0,623	0,755
	Ponderado	0,616	0,739
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	Não ponderado	0,916	0,902
	Ponderado	0,691	0,588
AVVQ-Brasil Complicações	Não ponderado	0,525	0,559
	Ponderado	0,505	0,372
iVEINES-QOL	Não ponderado	0,877	0,858
	Ponderado	0,897	0,883
iVEINES-Sym	Não ponderado	0,852	0,812
	Ponderado	0,849	0,810

Percebe-se descritivamente que, em geral, os valores do α de Cronbach indicaram uma moderada a alta confiabilidade do questionário, tendendo a diminuir na aplicação 4 semanas após o tratamento para as pontuações totais do AVVQ-Brasil, pontuações dos domínios Dor e Disfunção, Extensão da Varicosidade e pontuação ponderada do domínio Complicações do AVVQ-Brasil, assim como, para

as pontuações dos iVEINES-QOL e iVEINES-Sym. Para as pontuações do domínio Aparência Estética e para a pontuação não ponderada do domínio Complicações do AVVQ-Brasil ocorreu aumento desses valores.

6.2.1.2 Sensibilidade do AVVQ-Brasil

Foram feitos os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk apresentando resultados não-significativos para as variáveis pontuação total do AVVQ-Brasil, pontuação intrínseca do VEINES-QOL e VEINES-Sym, pontuações referentes às mudanças do VEINES-QOL e VEINES-Sym, em pelo menos um dos testes, demonstrando tendência à normalidade dos dados. Apresentaram resultados significativos para todos os domínios do AVVQ-Brasil, para a EVA dor, como também para as mudanças da pontuação total e dos domínios do AVVQ-Brasil e EVA dor (Apêndice 2).

A Tabela 4 demonstra as mudanças ocorridas nas variáveis estudadas ao longo do tempo (4 semanas-basal). É possível observar pelos cálculos dos testes não-paramétrico de Wilcoxon e paramétrico t-Student que os valores das mudanças foram semelhantes nos 2 testes, apresentando significância estatística para o AVVQ-Brasil Total ($p < 0,001$), AVVQ-Brasil Dor e Disfunção ($p < 0,001$), AVVQ-Brasil Aparência Estética ($p = 0,020$ e $p = 0,017$), AVVQ-Brasil Complicações ($p = 0,015$ e $p = 0,011$), EVA dor ($p < 0,001$), iVEINES-QOL ($p < 0,001$) e iVEINES-SYM ($p < 0,001$). O único domínio do AVVQ-Brasil em que não houve valor estatisticamente significativo foi AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade ($p = 0,363$ e $p = 0,347$).

Tabela 4. Análise comparativa entre os testes Z Wilcoxon e t student pareado para avaliar diferenças no tempo entre as escalas AVVQ-Brasil, EVA dor e iVEINES-QOL/SYM.

Mudança na Escala (4sem-basal)	N	Mediana mudança (4sem-basal)	Z Wilcoxon	p	Média mudança (4sem-basal)	Desvio Padrão Mudança	IC95% mudança média	t	P	Poder observado (%) com $\alpha = 0,05$
AVVQ-Brasil Total	112	-2,62	-3,61	<0,001	-4,28	11,44	[-6,42; -2,13]	-3,96	<0,001	97,51
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	112	-6,62	-4,73	<0,001	-15,06	29,16	[-20,52; -9,60]	-5,47	<0,001	99,97
AVVQ-Brasil Aparência Estética	112	0,00	-2,31	0,020	-8,04	35,06	[-14,60; -1,47]	-2,43	0,017	67,18
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	112	0,93	-0,91	0,363	1,28	14,31	[-1,40; 3,96]	0,94	0,347	15,48
AVVQ-Brasil Complicações	112	0,00	-2,42	0,015	-4,36	17,90	[-7,7; -1,00]	-2,58	0,011	72,32
EVA dor	112	0,00	-3,64	<0,001	-1,38	3,68	[-2,06; -0,69]	-3,95	<0,001	97,47
iVEINES-QOL	112	9,80	-5,93	<0,001	10,64	16,76	[7,50; 13,78]	6,72	<0,001	99,99
iVEINES-SYM	112	7,00	-3,86	<0,001	7,37	20,87	[3,46; 11,28]	3,74	<0,001	95,95

N=tamanho da amostra; p= valor de significância.

A sensibilidade foi avaliada pelo tamanho do efeito referente à mudança ocorrida (4 semanas-basal) na pontuação total e pontuação por domínios do AVVQ-Brasil, como também, nas pontuações das outras escalas, EVA dor e VEINES-QOL/Sym, entre os momentos pré (basal) e pós-tratamento (4 semanas), sendo analisado também o intervalo de confiança da mudança e pelo η^2 parcial (Tabela 5).

Observa-se através do cálculo do tamanho do efeito, valores indicando sensibilidade pequena para o AVVQ-Brasil e seus domínios e para a EVA dor, como também sensibilidade de pequena a moderada para o iVEINES-QOL/ SYM. Pode-se observar também, os valores do η^2 parcial apresentando tamanho de efeito grande para o domínio Dor e Disfunção do AVVQ-Brasil (0,212) e para o iVEINES-QOL (0,289), tamanho de efeito moderado para o AVVQ-Brasil Total (0,124), para os domínios Aparência Estética (0,050) e Complicações (0,056) do AVVQ-Brasil, para EVA dor (0,123) e para o iVEINES-SYM (0,112) e tamanho de efeito pequeno para o domínio Extensão da Varicosidade (0,008), indicando, em geral, sensibilidade de pequena a grande.

Tabela 5. Tamanhos de efeito após 4 semanas para as escalas AVVQ-Brasil, EVA Dor e iVEINES-QOL/SYM.

Escala	Média mudança (4sem-basal)	Desvio Padrão Mudança	Desvio Padrão Basal	Tamanho efeito (dp mudança)	IC95% Tamanho efeito (dp mudança)	Tamanho efeito (dp basal)	η^2 parcial
AVVQ-Brasil Total	-4,28	11,44	11,86	-0,374	[-0,565 ; -0,181]	-0,361	0,124
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	-15,06	29,16	30,90	-0,517	[-0,713 ; -0,318]	-0,487	0,212
AVVQ-Brasil Aparência Estética	-8,04	35,06	36,17	-0,229	[-0,416 ; -0,041]	-0,222	0,050
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	1,28	14,31	15,49	0,089	[-0,097 ; 0,275]	0,083	0,008
AVVQ-Brasil Complicações	-4,36	17,90	20,45	-0,243	[-0,431 ; -0,055]	-0,213	0,056
EVA Dor	-1,38	3,68	3,17	-0,373	[-0,564 ; -0,181]	-0,435	0,123
iVEINES-QOL	10,64	16,76	22,09	0,635	[0,431 ; 0,837]	0,482	0,289
iVEINES-SYM	7,37	20,87	24,99	0,353	[0,161 ; 0,543]	0,295	0,112

dp= desvio padrão.

6.2.2 Pontuações do CEAP

Na Tabela 6 são apresentadas as mudanças da classificação CEAP segundo os momentos de avaliação. Foram encontradas mudanças estatisticamente significativas nas categorias do CEAP entre os momentos de avaliação ($p < 0,001$).

Tabela 6. Distribuição dos pacientes segundo CEAP e os momentos de avaliação.

Basal CEAP		4 Semanas						Total	Teste do Sinal Pareado Wilcoxon	
		1	2	3	4	5	6		z	P
2	N	9	21	2	0	0	0	32	-5,15	<0,001
	% do Total Geral	8,0	18,8	1,8	0,0	0,0	0,0	28,6		
3	N	1	5	8	1	0	0	15		
	% do Total Geral	0,9	4,5	7,1	0,9	0,0	0,0	13,4		
4	N	0	3	4	17	0	0	24		
	% do Total Geral	0,0	2,7	3,6	15,2	0,0	0,0	21,4		
5	N	0	0	0	0	4	1	5		
	% do Total Geral	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,9	4,5		
6	N	0	0	0	0	16	20	36		
	% do Total Geral	0,0	0,0	0,0	0,0	14,3	17,9	32,1		
Total	N	10	29	14	18	20	21	112		
	% do Total Geral	8,9	25,9	12,5	16,1	17,9	18,8	100		

N= tamanho da amostra; z= estatística do teste; p= valor de significância.

Conforme Tabela 6, ocorreram mudanças significativas 4 semanas após o tratamento em relação ao momento basal ($p < 0,001$).

Observa-se que 33,9% (IC95% [25,7%; 43,0%], $n=38$) melhoraram, caindo a categoria do CEAP, 62,5% (IC95% [53,3%; 71,1%], $n=70$) permaneceram no mesmo CEAP e 3,6% (IC95% [1,2%; 8,3%], $n=4$) pioraram.

6.2.3 Correlações entre as escalas

As Tabelas 7, 8 e 9 demonstram as correlações entre os valores basais, entre os valores após 4 semanas de tratamento e as ocorridas entre as mudanças ao longo do tempo, das variáveis estudadas, respectivamente.

É possível observar pelos cálculos dos coeficientes de correlação de Pearson, Spearman e τ_b Kendall que os valores das correlações foram semelhantes nos testes, apresentando significância estatística entre as pontuações das mudanças do AVVQ-Brasil Total e EVA dor ($p < 0,001$), AVVQ- Brasil Total e CEAP ($p=0,003$), AVVQ-Brasil Dor e Disfunção e EVA dor ($p < 0,05$), AVVQ-Brasil Dor e Disfunção e CEAP ($p=0,002$), AVVQ-Brasil Aparência Estética e EVA dor ($p < 0,05$), AVVQ-Brasil Aparência Estética e iVEINES-QOL ($p < 0,05$), AVVQ-Brasil Aparência Estética e CEAP ($p < 0,05$), AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade e EVA dor ($p < 0,05$),

iVEINES-QOL e CEAP ($p < 0,05$), AVVQ-Brasil Total e todos os domínios do AVVQ-Brasil ($p < 0,001$) e entre os domínios AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade e AVVQ-Brasil Complicações ($p < 0,05$), indicando em geral, moderadas a excelentes correlações. Todas as outras correlações entre as mudanças não apresentaram valores estatisticamente significativos ($p > 0,05$).

Tabela 7. Correlações basais entre o AVVQ-Brasil total e por domínios.

Basal	Basal	N	Pearson		Spearman		τ_b de Kendall	
			Correlação	p	Correlação	P	Correlação	P
AVVQ-Brasil Total	EVA dor	112	0,333	<0,001	0,354	<0,001	0,252	<0,001
AVVQ-Brasil Total	iVEINES-QOL	112	-0,564	<0,001	-0,580	<0,001	-0,405	<0,001
AVVQ-Brasil Total	iVEINES-Sym	112	-0,389	<0,001	-0,413	<0,001	-0,280	<0,001
AVVQ-Brasil Total	CEAP	112	0,424	<0,001	0,423	<0,001	0,321	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	EVA dor	112	0,514	<0,001	0,551	<0,001	0,418	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	iVEINES-QOL	112	-0,778	<0,001	-0,761	<0,001	-0,559	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	iVEINES-Sym	112	-0,661	<0,001	-0,686	<0,001	-0,502	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	CEAP	112	0,241	0,011	0,202	0,033	0,164	0,024
AVVQ-Brasil Aparência Estética	EVA dor	112	0,371	<0,001	0,352	<0,001	0,270	<0,001
AVVQ-Brasil Aparência Estética	iVEINES-QOL	112	-0,414	<0,001	-0,389	<0,001	-0,288	<0,001
AVVQ-Brasil Aparência Estética	iVEINES-Sym	112	-0,277	0,003	-0,271	0,004	-0,196	0,004
AVVQ-Brasil Aparência Estética	CEAP	112	-0,198	0,036	-0,214	0,023	-0,169	0,024
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	EVA dor	112	-0,063	0,512	-0,054	0,575	-0,040	0,555
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	iVEINES-QOL	112	0,115	0,229	0,114	0,231	0,076	0,236
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	iVEINES-Sym	112	0,095	0,319	0,074	0,438	0,050	0,440
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	CEAP	112	-0,137	0,151	-0,209	0,027	-0,146	0,039
AVVQ-Brasil Complicações	EVA dor	112	0,075	0,431	0,167	0,078	0,128	0,065
AVVQ-Brasil Complicações	iVEINES-QOL	112	-0,284	0,002	-0,395	<0,001	-0,267	<0,001
AVVQ-Brasil Complicações	iVEINES-Sym	112	-0,134	0,158	-0,257	0,006	-0,178	0,007
AVVQ-Brasil Complicações	CEAP	112	0,685	<0,001	0,654	<0,001	0,523	<0,001
EVA dor	iVEINES-QOL	112	-0,627	<0,001	-0,627	<0,001	-0,458	<0,001
EVA dor	iVEINES-Sym	112	-0,632	<0,001	-0,647	<0,001	-0,492	<0,001
EVA dor	CEAP	112	-0,084	0,381	-0,062	0,516	-0,046	0,542
iVEINES-QOL	iVEINES-Sym	112	0,859	<0,001	0,852	<0,001	0,659	<0,001
iVEINES-QOL	CEAP	112	-0,178	0,061	-0,185	0,050	-0,135	0,057
iVEINES-Sym	CEAP	112	-0,077	0,420	-0,083	0,387	-0,066	0,356
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	112	0,717	<0,001	0,713	<0,001	0,523	<0,001
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Aparência Estética	112	0,387	<0,001	0,398	<0,001	0,275	<0,001
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	112	0,326	<0,001	0,277	0,003	0,202	0,002
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Complicações	112	0,673	<0,001	0,618	<0,001	0,460	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	AVVQ-Brasil Aparência Estética	112	0,435	<0,001	0,413	<0,001	0,312	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	112	-0,039	0,685	-0,018	0,851	-0,009	0,895
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	AVVQ-Brasil Complicações	112	0,315	0,001	0,330	<0,001	0,252	<0,001
AVVQ-Brasil Aparência Estética	AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	112	-0,066	0,491	-0,010	0,920	-0,005	0,937
AVVQ-Brasil Aparência Estética	AVVQ-Brasil Complicações	112	-0,062	0,516	-0,097	0,310	-0,073	0,290
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	AVVQ-Brasil Complicações	112	-0,190	0,045	-0,204	0,031	-0,140	0,033

N= Tamanho da amostra; p= valor de significância.

Tabela 8. Correlações após 4 semanas entre o AVVQ-Brasil total e por domínios.

Após 4 semanas	Após 4 semanas	N	Pearson		Spearman		τ_b de Kendall	
			Correlação	P	Correlação	P	Correlação	P
AVVQ-Brasil Total	Eva dor	112	0,252	0,007	0,262	0,005	0,199	0,004
AVVQ-Brasil Total	iVEINES-QOL	112	-0,492	<0,001	-0,457	<0,001	-0,323	<0,001
AVVQ-Brasil Total	iVEINES-Sym	112	-0,379	<0,001	-0,364	<0,001	-0,263	<0,001
AVVQ-Brasil Total	CEAP	112	0,241	0,011	0,217	0,021	0,157	0,023
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	Eva dor	112	0,433	<0,001	0,529	<0,001	0,415	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	iVEINES-QOL	112	-0,637	<0,001	-0,616	<0,001	-0,464	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	iVEINES-Sym	112	-0,488	<0,001	-0,523	<0,001	-0,391	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	CEAP	112	0,056	0,556	0,041	0,666	0,024	0,738
AVVQ-Brasil Aparência Estética	Eva dor	112	0,139	0,145	0,200	0,035	0,148	0,047
AVVQ-Brasil Aparência Estética	iVEINES-QOL	112	-0,382	<0,001	-0,378	<0,001	-0,274	<0,001
AVVQ-Brasil Aparência Estética	iVEINES-Sym	112	-0,218	0,021	-0,227	0,016	-0,168	0,015
AVVQ-Brasil Aparência Estética	CEAP	112	-0,101	0,291	-0,093	0,331	-0,069	0,349
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	Eva dor	112	-0,062	0,517	-0,055	0,561	-0,043	0,536
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	iVEINES-QOL	112	0,261	0,005	0,244	0,010	0,166	0,010
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	iVEINES-Sym	112	0,172	0,070	0,144	0,130	0,097	0,133
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	CEAP	112	-0,114	0,231	-0,155	0,103	-0,111	0,110
AVVQ-Brasil Complicações	Eva dor	112	0,119	0,211	0,272	0,004	0,210	0,004
AVVQ-Brasil Complicações	iVEINES-QOL	112	-0,413	<0,001	-0,525	<0,001	-0,376	<0,001
AVVQ-Brasil Complicações	iVEINES-Sym	112	-0,340	<0,001	-0,493	<0,001	-0,343	<0,001
AVVQ-Brasil Complicações	CEAP	112	0,508	<0,001	0,450	<0,001	0,356	<0,001
EVA dor	iVEINES-QOL	112	-0,366	<0,001	-0,404	<0,001	-0,303	<0,001
EVA dor	iVEINES-Sym	112	-0,333	<0,001	-0,386	<0,001	-0,289	<0,001
EVA dor	CEAP	112	0,120	0,208	0,093	0,327	0,072	0,338
iVEINES-QOL	iVEINES-Sym	112	0,803	<0,001	0,806	<0,001	0,620	<0,001
iVEINES-QOL	CEAP	112	-0,134	0,159	-0,140	0,140	-0,102	0,139
iVEINES-Sym	CEAP	112	-0,060	0,532	-0,080	0,403	-0,054	0,437
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	112	0,521	<0,001	0,506	<0,001	0,374	<0,001
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Aparência Estética	112	0,537	<0,001	0,521	<0,001	0,388	<0,001
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	112	0,397	<0,001	0,412	<0,001	0,280	<0,001
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Complicações	112	0,570	<0,001	0,509	<0,001	0,368	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	AVVQ-Brasil Aparência Estética	112	0,265	0,005	0,281	0,003	0,220	0,002
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	112	-0,088	0,357	-0,026	0,787	-0,020	0,764
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	AVVQ-Brasil Complicações	112	0,163	0,085	0,266	0,005	0,200	0,004
AVVQ-Brasil Aparência Estética	AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	112	0,020	0,835	0,009	0,923	0,007	0,916
AVVQ-Brasil Aparência Estética	AVVQ-Brasil Complicações	112	0,065	0,495	0,107	0,261	0,086	0,225
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	AVVQ-Brasil Complicações	112	-0,265	0,005	-0,289	0,002	-0,207	0,002

N= valor da amostra; p= valor de significância.

Tabela 9. Correlações das mudanças entre o AVVQ-Brasil total e por domínios.

Mudança em	Mudança em	N	Pearson		Spearman		τ_b de Kendall	
			Correlação	P	Correlação	p	Correlação	p
AVVQ-Brasil Total	Eva dor	112	0,498	<0,001	0,475	<0,001	0,358	<0,001
AVVQ-Brasil Total	iVEINES-QOL	112	0,065	0,652	0,173	0,225	0,113	0,267
AVVQ-Brasil Total	iVEINES-Sym	112	-0,290	0,039	-0,232	0,102	-0,177	0,098
AVVQ-Brasil Total	CEAP	112	0,427	0,002	0,416	0,002	0,345	0,003
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	Eva dor	112	0,363	0,009	0,342	0,014	0,260	0,011
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	iVEINES-QOL	112	-0,075	0,603	0,115	0,421	0,082	0,421
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	iVEINES-Sym	112	-0,309	0,028	-0,201	0,157	-0,154	0,151
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	CEAP	112	0,425	0,002	0,445	0,001	0,370	0,002
AVVQ-Brasil Aparência Estética	Eva dor	112	0,384	0,005	0,372	0,007	0,274	0,007
AVVQ-Brasil Aparência Estética	iVEINES-QOL	112	0,254	0,072	0,389	0,005	0,278	0,006
AVVQ-Brasil Aparência Estética	iVEINES-Sym	112	-0,153	0,283	-0,082	0,569	-0,064	0,550
AVVQ-Brasil Aparência Estética	CEAP	112	0,375	0,007	0,350	0,012	0,290	0,013
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	Eva dor	112	0,392	0,004	0,438	0,001	0,322	0,002
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	iVEINES-QOL	112	-0,050	0,726	-0,053	0,711	-0,037	0,718
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	iVEINES-Sym	112	-0,109	0,447	-0,049	0,731	-0,029	0,788
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	CEAP	112	0,166	0,245	0,163	0,254	0,135	0,250
AVVQ-Brasil Complicações	Eva dor	112	0,166	0,245	0,131	0,360	0,094	0,360
AVVQ-Brasil Complicações	iVEINES-QOL	112	0,009	0,950	-0,073	0,612	-0,046	0,651
AVVQ-Brasil Complicações	iVEINES-Sym	112	-0,135	0,344	-0,147	0,302	-0,119	0,268
AVVQ-Brasil Complicações	CEAP	112	0,149	0,297	0,137	0,337	0,114	0,332
EVA dor	iVEINES-QOL	112	0,171	0,229	0,216	0,127	0,167	0,117
EVA dor	iVEINES-Sym	112	-0,121	0,399	-0,034	0,812	-0,030	0,792
EVA dor	CEAP	112	0,203	0,153	0,209	0,142	0,181	0,140
iVEINES-QOL	iVEINES-Sym	112	-0,168	0,238	-0,190	0,182	-0,148	0,184
iVEINES-QOL	CEAP	112	0,136	0,343	0,386	0,005	0,332	0,006
iVEINES-Sym	CEAP	112	-0,180	0,207	-0,153	0,284	-0,139	0,280
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	112	0,781	<0,001	0,762	<0,001	0,585	<0,001
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Aparência Estética	112	0,740	<0,001	0,731	<0,001	0,563	<0,001
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	112	0,603	<0,001	0,564	<0,001	0,414	<0,001
AVVQ-Brasil Total	AVVQ-Brasil Complicações	112	0,589	<0,001	0,520	<0,001	0,369	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	AVVQ-Brasil Aparência Estética	112	0,548	<0,001	0,483	<0,001	0,345	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	112	0,230	0,104	0,232	0,102	0,152	0,120
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção	AVVQ-Brasil Complicações	112	0,219	0,123	0,137	0,339	0,116	0,235
AVVQ-Brasil Aparência Estética	AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	112	0,130	0,365	0,168	0,239	0,109	0,265
AVVQ-Brasil Aparência Estética	AVVQ-Brasil Complicações	112	0,215	0,130	0,221	0,119	0,157	0,109
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade	AVVQ-Brasil Complicações	112	0,486	<0,001	0,423	0,002	0,300	0,002

N= Tamanho da amostra; p= valor de significância.

7 DISCUSSÃO

7.1 Discussão do Método

7.1.1 Amostra e tempo de acompanhamento para verificação da sensibilidade do AVVQ-Brasil

Diferentemente dos demais índices psicométricos, para a sensibilidade não existem critérios definidos nas instruções do processo de validação, no que diz respeito ao tamanho da amostra^{65,66,67}.

Após construção e desenvolvimento do AVVQ original, foi realizado por Smith et al²⁵ em 1999, estudo para avaliação de suas propriedades psicométricas, incluindo a verificação da sensibilidade, no qual a amostra utilizada foi de 137 pacientes submetidos à cirurgia de varizes. Já para a validação de sua versão holandesa usou-se uma amostra de 145 pacientes com DVC⁵¹. Em outro estudo de verificação da capacidade de resposta do AVVQ original, a amostra constou de 100 pacientes tratados por ablação ou escleroterapia²⁷. Isso corrobora para a percepção de que a amostra de 112 pacientes deste estudo encontra-se semelhante ao que foi utilizado em outros estudos relacionados ao AVVQ original.

De acordo com Aber et al²⁸ em revisão sistemática sobre medidas de resultado relatadas pelo paciente (MRP) com varizes, a maioria dos estudos que avaliaram as propriedades psicométricas e a adequação das MRP sugeridas em pacientes com varizes usaram amostra de tamanho pequeno a moderado, com o número de pacientes variando de 40 a 1700 indivíduos. Assim, em concordância com o tamanho da amostra do presente estudo que foi de 112 pacientes com DVC, estando a mesma dentro do referido intervalo.

Na mesma revisão sistemática de Aber et al²⁸, observou-se que o protocolo de tempo de acompanhamento após a intervenção terapêutica foi variável entre os estudos, com o menor acompanhamento ocorrendo imediatamente após a intervenção e o maior, ocorrendo 12 meses após o tratamento. Baseado no fato de não haver uma padronização na literatura sobre a metodologia de verificação da sensibilidade, inclusive no que diz respeito ao tempo de acompanhamento,

considerou-se para este estudo, uma nova avaliação no tempo de 4 semanas pós-tratamento.

Em uma outra revisão limitada, observou-se que o AVVQ parecia piorar nas primeiras semanas após a cirurgia e ablação endovenosa a laser, antes de melhorar por 4-6 semanas²⁷.

Segundo Lattimer et al²⁷, estratificar pacientes por tipo de tratamento, assim como tempo de avaliação pós-procedimento ou eficácia hemodinâmica não alterou os resultados de seu estudo da capacidade de resposta de perguntas individuais do questionário AVVQ, realizado com avaliação em 3 semanas e 3 meses, comparando 2 diferentes procedimentos de tratamento. Ele afirma também que 3 semanas pode ser muito cedo para melhorias em perguntas menos responsivas do questionário. Assim, neste estudo, os pacientes não foram agrupados pelo tipo de tratamento e todos tiveram o mesmo e único tempo de avaliação pós-tratamento, que foi de 4 semanas.

Contudo, Casana et al⁸⁷ em 2018 relata em estudo utilizando o AVVQ, no qual avaliou os resultados de um tratamento nos tempos de 1, 12, 24 e 36 semanas, uma ligeira deterioração da pontuação do AVVQ em uma semana em relação ao nível pré-tratamento, com essa pontuação média melhorando significativamente aos 12 meses. Isso acaba por reforçar que um tempo muito pequeno de avaliação pode não representar mudança significativa pós-tratamento em virtude dos efeitos imediatos causados pelo próprio procedimento terapêutico, como a dor, necessitando, portanto, de um maior tempo para a detecção da melhoria dos aspectos anteriormente presentes. Além disso, relatou uma queda na disponibilidade dos pacientes para novas avaliações à medida que o tempo aumentava, sendo essa disponibilidade vista de 95%, 92%, 78%, 75% e 72% nos seguimentos de 1, 6, 12, 24 e 36 semanas pós-tratamento, respectivamente.

7.1.2 Importância da verificação da sensibilidade do AVVQ-Brasil

As medidas de resultado relatadas pelo paciente (MRP), a exemplo dos questionários de avaliação, constituem instrumentos através dos quais pode ser medido o impacto da doença venosa crônica ou seus tratamentos na qualidade de vida. Para isso, os itens desses questionários devem ser testados, em pesquisas

prospectivas, quanto a capacidade de captar a experiência do paciente, a partir de análises psicométricas que explorem a relação dos itens entre si (consistência interna) e sua capacidade geral de detectar mudanças ao longo do tempo (sensibilidade)²⁸.

Nesse contexto, estudos têm sido desenvolvidos para validar questionários de avaliação da qualidade de vida voltados para a doença venosa crônica (DVC)²³, sendo ainda escassos na literatura, principalmente verificando a sensibilidade. Dessa forma, pelo fato de ser uma propriedade psicométrica importante dentro do processo de validação de um instrumento específico para a DVC e que permite o uso do instrumento de forma adequada, escolheu-se o AVVQ-Brasil como medida, por ainda não ter sua sensibilidade testada.

Uma revisão sistemática realizada sobre medidas de resultado relatadas pelo paciente com varizes, que incluiu estudos publicados entre 1993 e 2016, que avaliaram as propriedades psicométricas de alguns questionários específicos para DVC, verificou que o rigor da avaliação psicométrica diferiu entre os estudos, sendo o AVVQ o único instrumento avaliado em detalhes de todos os importantes domínios psicométricos²⁸. Isso corrobora para a necessidade de verificação da sensibilidade do AVVQ-Brasil, que ainda não tinha sido feita, sendo realizada anteriormente somente a análise de outras propriedades psicométricas, também importantes, que foram a consistência interna, reprodutibilidade e validade, em estudo de 2012.

7.2 Discussão dos Resultados

7.2.1 Mudanças pós-tratamento

Diretrizes da prática clínica recomendam o uso da qualidade de vida relatada pelo paciente para avaliar os resultados do tratamento de varizes⁸⁸ e acompanhamento dos pacientes⁸⁹.

Modalidades de tratamento, menos invasivas e tão eficazes quanto a cirurgia, estão atualmente disponíveis, a exemplo da escleroterapia⁹⁰.

Dados têm mostrado que o tratamento das varizes resulta em melhoria significativa na saúde para os pacientes, quando observado os valores das pontuações do AVVQ pré e pós-tratamento cirúrgico, como também que os

pacientes com pontuações mais baixas pré-tratamento, ou seja, menos graves, foram os que menos se beneficiaram com a intervenção⁹¹.

Comparada à cirurgia, a escleroterapia líquida ou com espuma e as terapias endoluminais de ablação térmica (laser e radiofrequência) foram associadas com retorno mais rápido ao trabalho, menor duração da incapacidade e menor dor⁹⁰. Isso apoia fato encontrado neste estudo, sendo possível observar que, independente da escolha terapêutica da escleroterapia com espuma, bota de Unna e/ou curativos, houve em geral diminuição das pontuações do AVVQ-Brasil e seus domínios e EVA dor, exceto para o domínio Extensão da Varicosidade, visto pelos valores das pontuações 4 semanas pós-tratamento em relação ao momento basal, como também, pela média da mudança, indicando assim melhoria na qualidade de vida e no grau de dor dos pacientes ao longo do tempo.

A variação particular desse domínio pode ter ocorrido por ser um item difícil de modificar, já que envolve a percepção do paciente e como não foram tratadas todas as varizes no momento do procedimento terapêutico, o paciente pode não ter modificado sua percepção. Além disso, pode-se justificar também pelo fato de que testando o questionário por domínios, esse domínio pode não ser tão sensível à resposta pós-tratamento como os demais, em virtude de uma possível dificuldade em responder às suas questões, já que neste estão incluídas a questão 1, de desenho das varizes e a questão 5, referente ao uso de meias elásticas.

Segundo de-Abreu et al², o tratamento compressivo através das meias elásticas beneficia a maioria dos pacientes, proporcionando melhora dos sintomas e sendo eficaz inclusive na cicatrização da úlcera venosa, porém havendo baixa adesão dos pacientes a este tipo de conduta terapêutica. Isso ocorre porque os pacientes obesos e idosos têm dificuldade de vesti-las, com 15% deles não sendo capazes de utilizá-las e 26% necessitando de auxílio para fazê-lo. Já Lattimer et al²⁷ acredita que essa baixa adesão ocorra também por conta do desconforto provocado no uso e o alto custo.

Além disso, de acordo com Castro-Ferreira et al¹, a percepção estética é uma característica de tal forma subjetiva que é dificilmente mensurável diretamente.

Confirmando essa descrição, estudo comparativo realizado entre 2 tratamentos, escleroterapia com espuma e termoablação venosa com laser, utilizando o AVVQ, demonstrou que a pontuação do referido questionário diminuiu em 3 semanas e em 3 meses, como resultado do tratamento por via endovenosa e

que pacientes com pior qualidade de vida pré-tratamento beneficiam-se mais com o tratamento endovenoso²⁷, com resultado semelhante ao deste estudo, onde a pontuação também diminuiu do AVVQ-Brasil, exceto para o domínio Extensão da Varicosidade e pontuação do VEINES-QOL/SIM, nas quais houve aumento.

Em relação a esse último domínio, o fato pode ser explicado pela dificuldade de alguns pacientes em desenhar suas varizes na questão 1^{58,92}, em virtude da dificuldade de percepção corporal, quanto maior a idade do paciente.

Já em relação ao VEINES-QOL/SIM, tal fato pode ter ocorrido em virtude desse questionário priorizar o aspecto geral dos pacientes com DVC e portanto, capturando menos outros aspectos relacionados¹⁵, em oposição ao AVVQ cujo foco são os sintomas e sinais clínicos, refletindo assim a gravidade da doença²⁴, como também pelo fato dos pacientes muitas vezes lidar com a doença há muito tempo e com tratamentos paliativos, sem resolução definitiva da doença, o que pode influenciar o perfil psicológico¹⁵, havendo no presente estudo, em sua maioria, categorias clínicas mais elevadas do CEAP (4,5,6).

Resultados do estudo de Sinožić et al⁹³, realizado em 2017, sugerem que a dor, como parte da DVC, está relacionada principalmente à percepção geral da qualidade de vida, sendo a principal causa pela qual os pacientes procuraram consulta médica.

Tendo em vista a expectativa do paciente, a terapêutica assume papel determinante na otimização dos resultados clínicos, traduzidos pela melhoria dos sintomas e da qualidade de vida e que na realidade podem nem expressar melhoria clínica significativa⁵⁵.

Estudo randomizado comparando 4 opções terapêuticas para tratamento da DVC, termoablação com endolaser, termoablação com radiofrequência, escleroterapia com espuma e safenectomia convencional, utilizou três questionários de qualidade de vida diferentes, sendo dois específicos e um genérico, observando que o AVVQ foi efetivo em demonstrar a melhora clínica que os tratamentos proporcionaram¹⁵.

Em ensaio clínico que comparou 2 métodos de tratamento cirúrgico da DVC, acompanhando pacientes que tinham duração mediana de 10 anos da doença, por 1, 3, 6, 12 e 24 meses, foi possível observar que ambos os grupos de pacientes tiveram a mesma diminuição (melhoria) nas pontuações do AVVQ após a cirurgia,

não havendo diferença significativa nessas pontuações entre os grupos em qualquer ponto do tempo ($p>0,05$) e que essa melhoria ainda esteve presente após 2 anos⁹⁴.

Portanto, assegurar que cada pergunta seja respondida, pode melhorar o desempenho do AVVQ²⁷. Neste estudo, verificamos ao final, no recolhimento do questionário, se havia resposta em todas as perguntas e caso contrário, sinalizamos e encorajamos o paciente a responder à questão faltante.

7.2.2 Consistência Interna

Há diversos instrumentos destinados a mensurar a qualidade de vida sob diferentes perspectivas, embora exista a falta de conformidade sobre a definição desse termo. Dessa forma, escalas de avaliação, em geral questionários, têm sido desenvolvidas e/ou adaptadas culturalmente e validadas para diferentes contextos e realidades, para que seus resultados possam impactar significativamente a definição de condutas a serem tomadas e nas avaliações do cuidado oferecido aos pacientes⁶.

Entretanto, os questionários, tipo de medidas relatadas pelo paciente (MRP), geralmente utilizam mais de um item para medir uma única dimensão importante para o paciente, pelo fato de várias observações relacionadas produzir uma estimativa melhor que uma, havendo necessidade desses itens serem homogêneos, o que significa que todos medem aspectos de um único atributo, sendo internamente consistentes²⁸.

Segundo Souza, Alexandre & Guirardello⁵, a maior parte dos estudos avalia a consistência interna dos instrumentos por meio do coeficiente α de Cronbach, medida mais utilizada para avaliação da confiabilidade, que reflete o grau de covariância entre os itens de uma escala, percebendo-se que quanto menor a soma da variância dos itens, mais consistente é considerado o instrumento.

Apesar desse coeficiente ser o mais utilizado na avaliação da consistência interna, ainda não há conformidade no que diz respeito à sua interpretação e embora alguns estudos determinem que valores acima de 0,7 sejam os ideais, outras pesquisas consideram valores abaixo, porém mais próximos de 0,70, satisfatórios⁵.

É importante ressaltar também que, pequeno número de itens por domínio de um questionário pode contribuir para a diminuição dos valores do coeficiente α de Cronbach, afetando, dessa forma, a consistência interna, pois seus valores são fortemente influenciados pelo número de itens do instrumento de medida⁵. O questionário AVVQ-Brasil possui, em sua composição, um número de itens nos domínios que varia de 2 a 4 itens.

Neste estudo, verificou-se a consistência interna do AVVQ-Brasil, observando valores do coeficiente α de Cronbach que indicaram uma moderada ($0,60 < \alpha \leq 0,75$) a alta ($0,75 < \alpha \leq 0,90$) confiabilidade do questionário, tendendo a diminuir no 2º momento de aplicação, 4 semanas pós-tratamento, devido possivelmente ao fato dos pacientes terem apresentado melhora clínica, porém, mudando pouco entre si.

Vários estudos que avaliaram a consistência interna do AVVQ original apresentaram valores do α de Cronbach próximos de 0,75^{25,28,51}, assim como encontrado neste estudo, o que indica valores satisfatórios para a consistência interna.

Ressalta-se que a confiabilidade não é uma propriedade fixa, podendo variar de acordo com as circunstâncias, população, como também, tipo e finalidade do estudo⁵.

7.2.3 Sensibilidade às mudanças ao longo do tempo

Apesar da falta de conformidade sobre a definição de qualidade de vida, há vários instrumentos destinados a mensurar este conceito sob diferentes perspectivas e contextos, sendo desenvolvidos, adaptados culturalmente e validados na atualidade⁶.

O que existe é uma conformidade em evolução quanto à melhor abordagem para avaliar a sensibilidade, não havendo estudos sobre os métodos recomendados e sobre questões importantes subjacentes à capacidade de resposta e MDI¹⁹, principalmente, de questionários voltados para a DVC.

O AVVQ original é um questionário internacionalmente válido de mudança de resposta para avaliação da qualidade de vida em pacientes com DVC⁸⁸ e que é usado como medida de resultado relatada pelo paciente (MRP) doença-específica para intervenções na DVC⁹¹.

O AVVQ-Brasil até então não tinha passado pelo processo de verificação da sensibilidade à população brasileira, havendo apenas verificação de outras propriedades psicométricas^{41,43}.

No estudo de Brittenden et al⁸⁸, realizado comparando os resultados dos tratamentos de escleroterapia com espuma, a laser e cirúrgico, após 6 semanas e 6 meses, viu-se que a pontuação do AVVQ no grupo submetido a escleroterapia com espuma foi significativamente maior do que no grupo cirúrgico, porém com a diferença sendo moderada (TE= -1,74; IC95% [-2,97; -0,50] e p=0,006), indicando uma pior qualidade de vida específica da doença. Além disso, ele apresenta às 6 semanas diferenças significativas entre os grupos (p<0,005) com uma pontuação do AVVQ menor no grupo cirúrgico em comparação com o grupo submetido a espuma (TE= -2,3; IC95% [-3,9; -0,8], indicando uma pior qualidade de vida específica da doença. Diferentemente, o presente estudo não comparou intervenções de tratamento, mas sim os momentos pré e pós-tratamentos, a partir dos cálculos do tamanho de efeito da mudança e seu intervalo de confiança, demonstrando que houve efeito do tratamento sobre os pacientes com DVC.

Smith et al²⁵ em estudo cujo objetivo foi validar o AVVQ como uma medida de resultado em saúde através das propriedades psicométricas, assim como, determinar a QV dos pacientes com varizes e o efeito da cirurgia sobre a QV desses pacientes, que foram avaliados 6 semanas após o tratamento cirúrgico, no qual avaliou a sensibilidade através de meios de resposta padronizados, encontrando valor de 0,55, indicativo de sensibilidade moderada do questionário e conseqüentemente, de ser um instrumento responsivo à mudanças clínicas. Em discordância, este estudo encontrou sensibilidade pequena para a pontuação total do AVVQ-Brasil e todos os seus domínios (TE= $\geq 0,20$ a $< 0,50$), assim como também para a escala EVA dor (valores abaixo de 0,2), encontrando sensibilidade moderada para o VEINES-QOL/Sym (TE= 0,635 e TE= 0,353, respectivamente), calculada pelo tamanho do efeito da mudança ocorrida. Entretanto, encontrou também, a partir dos valores do η^2 parcial, tamanhos de efeito variando entre pequeno a grande nas escalas estudadas, com altas porcentagens de poder do teste. Esse tamanho de efeito pequeno encontrado pode ter ocorrido por conta da grande variabilidade da amostra.

Apesar do AVVQ ser considerado sensível, Smith et al²⁵ afirma ainda que por se tratar de um instrumento específico, devido à sua natureza restritiva, sua

capacidade de capturar os efeitos colaterais de uma intervenção terapêutica pode estar limitada, o que um perfil de saúde geral deve detectar. Isso pode ser amenizado se o AVVQ for usado em conjunto com um instrumento genérico.

Confirmada a sensibilidade também por Lattimer et al²⁷, em estudo sobre a capacidade de resposta das perguntas individuais de 2 questionários específicos para DVC, estando incluso o AVVQ, no qual observou os pacientes no tempo de 3 semanas e 3 meses após tratamento endovenoso, calculando as pontuações referentes à mudança para cada pergunta, a partir da subtração do valor pós-tratamento com a pontuação da linha de base, verificou melhora significativa no AVVQ em todos os intervalos de tempo, exceto para poucas questões, a exemplo da questão 10 e demonstrou que as questões do AVVQ foram sensíveis ao tratamento por via endovenosa. No nosso estudo, não foi verificada a distribuição das respostas aos itens do AVVQ-Brasil dos pacientes segundo o momento de avaliação, devido ao fato das questões terem alternativas de respostas com formatos muito diferentes, dificultando assim, a realização da verificação.

Outro estudo que buscou comparar desfechos anatômicos, hemodinâmicos e clínicos com ferramentas de qualidade de vida específicas da doença em pacientes submetidos a tratamento para varizes, verificou a sensibilidade do AVVQ através da média de resposta padronizada (MRP), calculada dividindo a mudança média na pontuação pelo desvio padrão da mudança, demonstrando melhora das pontuações 6 semanas pós-tratamento, sendo altamente responsivo a mudanças em 6 semanas (MRP=0,897)³⁰.

Está evidente de que há uma escassez de evidências psicométricas para medidas de resultado relatadas pelo paciente, como os questionários, usadas em pacientes com DVC²⁸ e percebeu-se, com este estudo, que foram poucos os estudos que testaram a sensibilidade às mudanças clínicas do AVVQ original, em especial pelo cálculo do tamanho do efeito (TE).

Há recomendações para que os níveis de significância estatística estejam associados à apresentação do cálculo do tamanho do efeito, como também dos intervalos de confiança (IC), uma vez que os valores de p decorrentes dos resultados dos testes estatísticos não informam sobre a magnitude ou importância de uma diferença, devendo então reportar-se os tamanhos do efeito, que dão significado a esses testes, enfatizam o poder deles, reduzem o risco de mera variação amostral ser interpretada como relação real, podem aumentar o relato de

resultados não-significativos e permitem acumular conhecimento de vários estudos. Essa apresentação deve ser feita em relação à média para aumentar a precisão de estimativas que se baseiam em amostras⁹⁵. Neste estudo, foram apresentados os valores do tamanho do efeito e de seus intervalos de confiança, referentes às mudanças ocorridas nas escalas avaliadas ao longo do tempo, para verificação da sensibilidade.

Ressalta-se que todos os testes estatísticos têm seu próprio índice de tamanho do efeito, que possuem a vantagem de não depender do tamanho da amostra, informar sobre o significado dos resultados e permitir a comparação dos resultados de estudos diferentes⁹⁵.

Enquanto o tamanho do efeito não é afetado pelo tamanho da amostra, a precisão do seu intervalo de confiança (IC) 95% é afetada, sendo habitualmente maior a precisão quanto maior for a amostra⁹⁵. Dessa forma, este estudo apresentando o tamanho de efeito e o IC95% poderá proporcionar o conhecimento de qual deve ser o tamanho da amostra para a realização de novos estudos.

Uma vez que ainda não foi obtida conformidade em relação aos valores da magnitude do tamanho do efeito, estabelecendo-se o que seria um tamanho de efeito maior ou menor, sua categorização e interpretação não devem ser rígidas, sendo importante levar em consideração as áreas de investigação e o contexto de variáveis da realidade, tornando-se fato este evidente em estudos de intervenção e devendo-se comparar os efeitos encontrados com aqueles previamente estabelecidos dentro da área de investigação^{95,96}. O que se sabe é que quanto maior o tamanho de efeito, maior é o impacto causado pela variável central do estudo e mais importante é a sua contribuição para a questão que está sendo analisada⁹⁶.

Para ajudar nessa interpretação dos resultados, Cohen sugeriu pontos de corte para classificá-lo. Contudo, esses valores podem variar de acordo com a área de estudo e somente devem ser usados, quando não for encontrada uma base melhor para estimar a classificação do tamanho de efeito para o conjunto de dados trabalhados. Já outro autor defende que ele deve ser dependente dos benefícios a serem alcançados a determinado custo, não devendo, portanto, ser classificado em termos numéricos. Assim, analisando esses aspectos, havendo custos baixos em determinada intervenção, porém com benefícios altos, um valor menor de efeito pode ter muita significância prática, sendo que contrariamente, com custos

demasiadamente altos, um efeito de valor mais alto pode não ter essa significância, cabendo ao pesquisador analisar a adequação dos resultados⁹⁶.

Neste estudo, como não encontramos na literatura classificação do tamanho de efeito previamente estabelecida dentro da área de investigação, foi utilizada a estimativa de Cohen para interpretar e analisar os valores encontrados do tamanho de efeito das mudanças. Entretanto, observando a relação custo-benefício, em que os procedimentos terapêuticos realizados neste estudo apresentam baixo custo e trazem benefícios referentes à melhora da qualidade de vida e dos sintomas da DVC, já comprovados na literatura e vistos através das escalas do presente estudo, percebe-se que apesar do tamanho de efeito ter valor pequeno, pode ser considerado de significância prática.

Por fim, seu cálculo pode ser útil na comparação de efeitos em um único estudo, entre variáveis que foram medidas em escalas diferentes ou em metanálises. A observação prévia dos tamanhos de efeito pode servir de base para o cálculo do poder e para a estimativa do tamanho amostral adequado em pesquisas futuras⁹⁶.

7.2.4 Modificação do CEAP

A divisão C (clínica) do CEAP é a única classificação, amplamente reconhecida, capaz de estratificar os pacientes de acordo com as categorias de gravidade com base na progressão da DVC²⁷.

Uma mesma classificação clínica da DVC pode não ter o mesmo significado para dois pacientes diferentes e as perdas funcionais decorrentes da doença podem ter importâncias emocionais e sociais diferentes para cada paciente⁹⁷ (Torres; Balduino; Costa; Mendes et al, 2014).

A categorização dos pacientes pela classificação CEAP é recomendada, além de outros aspectos, por diretrizes baseadas em evidências, por nortear as decisões terapêuticas, porém, com pouca sensibilidade para alterações leves da gravidade da doença². Apesar disso, neste estudo utilizamos a classificação clínica do CEAP para categorizar os pacientes, porém, sendo possível observar a mudança no CEAP de alguns pacientes, tanto principalmente no sentido da melhora (redução), como também da piora (aumento) da categoria.

Entretanto, Carradice et al⁹⁸ relata que no tratamento da DVC mais grave, pequenas a moderadas mudanças da QV podem permanecer ocultas, podendo levar a uma variabilidade de resultado que parece aumentar significativamente com o aumento da gravidade da doença, sendo responsável por algumas discrepâncias observadas na resposta ao grau do CEAP.

7.2.5 Correlações entre as escalas

Na DVC, algumas pessoas são assintomáticas, entretanto, muitas apresentam sintomas como sensação de peso, dor, edema e prurido, o que pode afetar negativamente a qualidade de vida relacionada à sua saúde⁹⁹. No estudo percebem-se correlações fracas a moderadas porém estatisticamente significativas, entre mudanças das pontuações total do AVVQ-Brasil e de seus domínios AVVQ-Brasil Dor e Disfunção e AVVQ-Brasil Aparência Estética com mudanças na escala EVA dor e na classificação CEAP, demonstrando ocorrência dessas mudanças de forma concomitante, o que indica que uma menor qualidade de vida específica (valor mais alto do AVVQ-Brasil) pode estar associada a maiores valores da dor e da classe CEAP nos pacientes avaliados e vice-versa, assim como, que o tratamento pode modificar todos esses aspectos. Além disso, foi possível perceber também correlação fraca a moderada, porém, estatisticamente significativa, entre mudança da pontuação do domínio AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade com mudança na escala EVA dor, demonstrando mudança na percepção dos pacientes em relação às suas varizes ocorrendo concomitante com mudança nos níveis de dor.

Em estudo cujo objetivo foi explorar o impacto da insuficiência venosa em uma população com refluxo superficial comprovado, observando o efeito direto na QV e utilizando o AVVQ, entre outros instrumentos, verificou-se que o aumento da gravidade clínica CEAP esteve associado fortemente à deterioração da qualidade de vida específica da doença, porém, não havendo diferença significativa entre os graus C2, C3 e C4, dissociando, portanto, a gravidade clínica objetiva do comprometimento da QV resultante desses graus da doença⁹⁸.

Lattimer et al²⁷ relata, em estudo, dados indicando que embora exista uma relação entre o aumento da gravidade da doença venosa e o AVVQ, não há relação entre o grau de melhora e o aumento da gravidade dessa doença.

Não foram encontrados estudos que correlacionassem mudanças na QV específica, medida através do AVVQ, com dados de mudanças da gravidade clínica do CEAP, pós-intervenção terapêutica.

Autores acreditam que a classificação CEAP embora ofereça uma análise descritiva da gravidade da DVC em um único ponto no tempo, é insensível à mudança na gravidade ao longo do tempo ou após o tratamento. Apesar disso, no presente estudo essa mudança pode ter ocorrido naqueles que aumentaram a classe CEAP, porque alguns pacientes podem progredir rapidamente para um nível mais grave da doença e alguns pacientes podem desenvolver recorrência após o tratamento com progressão sequencial da doença, enquanto outros não. A permanência de alguns dos pacientes na mesma classe CEAP pode ter ocorrido já que muitos dos graus clínicos são resistentes a mudanças (C4) ou permanentemente estáticos (C5). A explicação disso ainda não está clara na literatura⁹⁸.

A eficácia e segurança das técnicas endovasculares em comparação com a cirurgia já foram bem discutidas em alguns estudos. Dados mostram claramente que a dor e as limitações ocorridas devido à doença venosa melhoram após tratamento e têm efeito positivo em aspectos importantes da vida, melhorando significativamente a qualidade de vida⁸⁷.

Onida et al⁶⁴ em estudo que avaliou os fatores que impactam na percepção do paciente quanto ao sucesso e satisfação do procedimento terapêutico para varizes, verificou que pacientes relatando depressão ou ansiedade pré-cirurgia tinham uma probabilidade significativamente maior de não avaliar o resultado do tratamento como bem-sucedido, estando menos satisfeitos com o mesmo. Verificou também que pacientes com maior qualidade de vida basal melhoraram os resultados autorelatados de sucesso e satisfação com o tratamento. Seus resultados destacaram a morbidade associada à doença venosa e o impacto geralmente positivo de seu tratamento. Neste estudo, não utilizamos nenhum instrumento para verificar o sucesso e a satisfação dos pacientes em relação ao procedimento terapêutico realizado, nem tão pouco quisemos verificar o quanto o estado emocional do paciente interferiria na percepção quanto ao resultado de tratamento, já que o AVVQ não possui nenhum domínio que faça a investigação específica desse estado emocional.

7.2.6 Dados Complementares

Considerada uma doença comum na prática clínica, estima-se que a prevalência da DVC na população mundial esteja em torno de 10%⁵⁹.

Estudos relatam que aproximadamente um terço das mulheres e homens com idades compreendidas entre 18 e 64 anos têm varizes⁹⁰. Dos 112 pacientes da amostra deste estudo, 92 (82,1%) eram do gênero feminino, tinham idade média de 59,51 anos \pm 14,03 e em sua maioria, gravidade da doença nas classes C2 (28,6%) e C6 (32,1%) do CEAP clínico. Estes dados são similares ao estudo de Jaramillo et al¹⁰⁰, em que 88,2% eram mulheres, onde a média de idade da amostra foi de 63 anos \pm 10,7, pertencentes ao CEAP clínico C2 e C3.

Acredita-se que ocupações exigentes de uma permanência prolongada em determinada postura predispoem ao desenvolvimento da DVC¹⁰¹. Isso corrobora para os dados encontrados no estudo, em que 49,1% dos pacientes estudados, ao longo de parte de sua vida, assumiram uma postura em ortostatismo prolongado a partir de sua ocupação.

Diferentemente do estudo de Özdemir et al³⁹, em que grande parte de sua amostra tinha nível primário (51,4%) ou ensino médio (32,1%), neste estudo a maioria dos pacientes possuíam pelo menos o 1º grau incompleto (22,3%), 2º grau completo (22,3%) ou 3º grau completo (25%).

7.2.7 Limitações do estudo.

O estudo teve como limitações a verificação da mudança apenas 4 semanas após o procedimento terapêutico, avaliando um grupo de pacientes, não havendo avaliação em outros momentos de períodos maiores e nem um outro grupo de controle, no qual os pacientes não seriam submetidos à intervenção de tratamento. Dessa forma, pode-se, em estudos futuros, atentar para tais questões.

8 CONCLUSÃO

O questionário de qualidade de vida Aberdeen para veias varicosas (AVVQ-Brasil) foi sensível às mudanças clínicas pós-tratamento não-cirúrgico de pacientes com DVC, medindo QV e gravidade da doença, sendo dessa forma, uma medida importante de avaliação da DVC no Brasil.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Castro-Ferreira R, Freitas A, Oliveira-Pinto J, Rolim D, Vidoedo J, Silva EA et al. Cirurgia de varizes em Portugal: que outcomes interessa avaliar? **Angiol. Cir. Vasc.**, 2015; 11(4):193-198.
 - 2 De-Abreu GCG, Júnior OC, de-Abreu MFM, de-Aquino JLB. Escleroterapia ecoguiada com espuma para tratamento da insuficiência venosa crônica grave. **Rev. Col. Bras. Cir.**, 2017; 44(5): 511-520.
 - 3 Le Moine JG, Fiestas-Navarrete L, Katumba K, Launois R. Psychometric Validation of the 14 items Chronic Venous Insufficiency Quality of Life Questionnaire (CIVIQ-14): Confirmatory Factor Analysis. **Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.**, 2016; 51, 268-274.
 - 4 Launois R, Mansilha A, Jantet G. International Psychometric Validation of the Chronic Venous Disease Quality of Life Questionnaire (CIVIQ-20). **Eur J Vasc Endovasc Surg**, 2010; 40, 783-789.
 - 5 Souza AC, Alexandre NMC, Guirardello EB. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv. Saude**, jul.-set. 2017; 26(3): 649-659.
 - 6 Correia FR; De Carlo MMRP. Avaliação da qualidade de vida no contexto dos cuidados paliativos: revisão integrativa de literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mar.-abr. 2012; 20(2): [10 telas].
 - 7 Reppold CT, Gurgel LG, Hutz CS. O processo de construção de escalas psicométricas. **Avaliação Psicológica**, 2014; 13(2): 307-310.
 - 8 Sardinha A, Levittan MN, Lopes FL, Perna G, Esquivel G, Griez EJ et al. Tradução e adaptação transcultural do Questionário de Atividade Física Habitual. **Rev. Psiq. Clín.**, 2010; 37(1): 16-22.
 - 9 Del Castillo LNC, Leporace G, Cardinot TM, Levy RA, Oliveira LP. A importância dos questionários para avaliação da qualidade de vida. **Revista Hospital Pedro Ernesto – UERJ**, jan.-març. 2012; 11: 12-17.
 - 10 Pastore e Silva AL, Demange MK, Gobbi RG, Silva TFC, Pécora JR, Croci AT. Tradução e validação da escala Knee Society Score – KSS para a língua portuguesa. **Acta Ortop Bras.**, 2012; 20(1): 25-30.
 - 11 Maher CG, Latimer J, Costa LOP. The relevance of cross-cultural adaptation and clinimetrics for physical therapy instruments. São Carlos. **Rev. Bras. Fisioter.**, 2007 Jul.-Aug.; 11(4): 245-252.
 - 12 Dewolf L, Koller M, Velikova G, Johnson C, Scott N, Bottomley A. EORTC Quality of Life Group Translation Procedure. Bruxelas: EORTC Quality of Life Group, 2009.
 - 13 Corrêa MD, Panhoca L. Adaptação intercultural e validação do questionário para avaliação do desempenho ambiental corporativo. **G & DR**, jan.-abr. 2010; 6(1): 222-230.
-

-
- 14 Terwee CB, Bot SDM, Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, 2007; 60: 34-42.
- 15 Neto FC. Escleroterapia com espuma guiada por ultrassom - impacto na Qualidade de vida e sua relação com a fotopletagemografia digital [dissertação]. Brasília: Faculdade de Medicina da Universidade Brasília, 2014.
- 16 Moura RMF, Gonçalves GS, Navarro TP, Britto RR, Dias RC. Correlação entre classificação clínica ceap e qualidade de vida na doença venosa crônica. **Rev. Bras. Fisioter.**, mar./abr. 2010; 14(2).
- 17 Moura RMF, Gonçalves GS, Navarro TP, Britto RR, Dias RC. Adaptação transcultural do questionário VEINES/QOL-SYM: avaliação da qualidade de vida e sintomas na doença venosa crônica. **J Vasc Bras**, 2011; 10(1): 17-23.
- 18 Valente SFP. Validação de um questionário de saúde e identificação de factores de risco de quedas para a população idosa portuguesa [dissertação]. Universidade Técnica de Lisboa, 2012.
- 19 Revicki D, Hays RD, Cella D, Sloan J. Recommended methods for determining responsiveness and minimally important differences for patient-reported outcomes. **Journal of Clinical Epidemiology**, 2008; 61: 102-109.
- 20 Hukuda ME. Responsividade da escala de avaliação funcional do sentar e levantar da cadeira para pacientes com distrofia muscular de Duchene (FES-DMD-D1), no período de um ano [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2014.
- 21 Rosanova GCL, Gabriel BS, Camarini PMF, Gianini PES, Coelho DM, Oliveira AS. Validade concorrente da versão brasileira do SRS-22 com o BR-SF-36. São Carlos. **Rev. Bras. Fisioter.**, mar./abr. 2010; 14(2): 121-6.
- 22 Rosis ACA, Souza MRF, Iório MCM. Questionário Hearing Handicap Inventory for the Elderly – Screening Version (HHIE-S): estudo da sensibilidade e especificidade. **Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, 2009; 14(3): 339-345.
- 23 Bacon J. Adaptação transcultural do Revised Venous Clinical Severity Score para o português do Brasil e aplicabilidade na atenção primária [dissertação]. Pouso Alegre: Universidade do Vale do Sapucaí, 2017.
- 24 Biemans AAM, van der Velden SK, Bruijninx CMA, Buth J, Nijsten T. Validation of the Chronic Venous Insufficiency Quality of Life Questionnaire in Dutch Patients Treated for Varicose Veins. **Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.**, 2011; 42: 246-253.
- 25 Smith JJ, Garratt AM, Guest M, Greenhalgh RM, Davies AH. Evaluating and improving health-related quality of life in patients with varicose veins. **J. Vasc. Surg.**, oct. 1999; 30(4): 710-719.
- 26 Garratt AM, Macdonald LM, Ruta DA, Russell IT, Buckingham JK, Krukowski ZH. Towards measurement of outcome for patients with varicose veins. **Qual. Health Care**, marc. 1993; 2(1): 5-10.
-

-
- 27 Lattimer CR, Kalodiki E, Azzam M, Geroulakos G. Responsiveness of individual questions from the venous clinical severity score and the Aberdeen varicose vein questionnaire. **Phlebology**, 2014; 29 :43–51.
- 28 Aber A, Poku E, Phillips P, Essat M, Woods HB, Palfreyman S, Kaltenthaler E et al. Systematic review of patient-reported outcome measures in patients with varicose veins. **BJS**, 2017; 104: 1424–1432.
- 29 Bland JM, Dumville Jo C, Ashby RL, Gabe R, Stubbs N, Adderley U et al. Validation of the VEINES-QOL quality of life instrument in venous leg ulcers: repeatability and validity study embedded in a randomised clinical trial. **BMC Cardiovascular Disorders**, 2015; 15:85.
- 30 Shepherd AC, Gohel MS, Lim CS, Davies AH. A study to compare disease-specific quality of life with clinical anatomical and hemodynamic assessments in patients with varicose veins. **Journal of Vascular Surgery**, 2011; 53(2): 374-382.
- 31 Icaza EES. Validação de campo dos questionários de qualidade de vida relacionada a saúde, o Paediatric Asthma Quality of Life Questionnaire e o Pediatric Quality of Life Inventory em crianças asmática do Rio Grande do Sul [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do rio Grande do Sul, 2007.
- 32 Brasil F. Validação do instrumento Diabetes Quality of Life Measure (DQOL-Brasil) para portadores de diabete melito tipo 1 [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2011.
- 33 Souza MO, Miranda Júnior F, Figueiredo LFP, et al. Implementação financeira e o impacto do mutirão de cirurgias de varizes, após a criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC). **J. Vasc. Bras.**, 2011; 10(4): 302-307.
- 34 Michaels JA, Campbell WB, Brazier JE, MacIntyre JB, PalfreymanSJ, Ratcliffe J et al. Randomised clinical trial, observational study and assessment of cost-effectiveness of the treatment of varicose veins (REACTIV trial). **Health Technology Assessment**, 2006; 10 (13): 1-196, iii-iv.
- 35 Neto FC, Araújo GR, Kessler IM. Evaluation of quality of life and photoplethysmography in patients with chronic venous insufficiency treated with foam sclerotherapy. **J. Vasc. Bras.**, Apr.-June 2015; 14(2): 145-152.
- 36 Pontes RMA, Miszputen SJ, Ferreira-Filho OF, Miranda C, Ferraz MB. Qualidade de vida em pacientes portadores de doença inflamatória intestinal: tradução para o português e validação do questionário "Inflammatory Bowel Disease Questionnaire" (IBDQ). São Paulo. **Arq. Gastroenterol.**, 2004; 41(2): 137-143.
- 37 Leal JAR. Como avaliar o impacto da doença venosa crônica na qualidade de vida [tese]. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2010.
- 38 Araújo RB, Fortes MRP, Abbade LPF et al. Translation, cultural adaptation to Brazil and validation of the venous leg ulcer quality of life questionnaire (VLU-QoL-Br). **Rev. Assoc. Med. Bras.**, 2014; 60(3):249-254.
- 39 Özdemir OC, Tonga E, Tekindal A, Bakar Y. Cross-cultural adaptation, reliability and validity of the Turkish version of the Chronic Venous Disease Quality of Life Questionnaire (CIVIQ-20). **SpringerPlus**, 2016; 5: 381.
-

-
- 40 Vasquez MA, Munschauer CE. Venous Clinical Severity Score and quality-of-life assessment tools: application to vein practice. **Phlebology**, 2008; 23:259–275.
- 41 Leal FJ. Validação no Brasil de questionário de qualidade de vida na doença venosa crônica (AVVQ-Brasil) [dissertação]. São Paulo: UNIFESP, 2012.
- 42 Leal FJ, Couto RC, Pitta GBB, Leite PTF, Costa LM, Higino WJF et al. Tradução e adaptação cultural do Questionário Aberdeen para veias varicosas. **J. Vasc. Bras.**, 2012; 11(1): 34-42.
- 43 Leal FJ, Couto RC, Pitta GBB. Validação no Brasil de questionário de qualidade de vida na doença venosa crônica (Questionário Aberdeen para veias varicosas no Brasil/ AVVQ-Brasil). **J. Vasc. Bras.**, jul.-set. 2015; 14(3): 241-247.
- 44 Couto RC. Validação na língua portuguesa do questionário de qualidade de vida na úlcera venosa (CCVUQ-Brasil) [dissertação]. São Paulo: UNIFESP, 2012.
- 45 Couto RC, Leal FJ, Pitta GBB et al. Tradução e adaptação cultural do Charing Cross Ulcer Questionnaire – Brasil. **J. Vasc. Bras.**, 2012; 11(2): 102-107.
- 46 Couto RC, Leal FJ, Pitta GBB. Validação do questionário de qualidade de vida na úlcera venosa crônica em língua portuguesa (Charing Cross Venous Ulcer – CCVUQ-Brasil). **J. Vasc. Bras.**, jan.-mar.2016; 15(1): 4-10.
- 47 Santos PND, Marques ACB, Vogt TN, Mantovani MF, Tanhoffer EA, Kalinke LP. Tradução para o português do brasil e adaptação transcultural do instrumento Wound Quality of Life. **REME – Rev Min Enferm.**, 2017; 21: e-1050.
- 48 Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. **Salud Pública Méx.**, 2002 Sep.; 44(5): 448-463.
- 49 van Korlaar I, Vossen C, Rosendaal F, Cameron L, Bovill E, Kaptein A. Quality of life in venous disease. **Thromb. Haemost.**, 2003 Jul.; 90(1): 27-35.
- 50 Garrat AM, Ruta DA, Abdalla MI, Russell IT. Responsiveness of the SF-36 and a condition-specific measure of health for patients with varicose veins. **Qual. Life Res.**, 1996 Apr.; 5(2): 223-234.
- 51 Klem TMAL, Sybrandy JEM, Wittens CHA, Bot MLE. Reliability and validity of the dutch translated Aberdeen Varicose Vein Questionnaire. **Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.**, 2009; (37): 232-238.
- 52 Ward A, Abisi S, Braithwaite BD. An Online Patient Completed Aberdeen Varicose Vein Questionnaire Can Help to Guide Primary Care Referrals. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, 2013 February; 45(2): 178- 182.
- 53 Rossi FH, Volpato MG, Metzger PB, Beteli CB, Almeida BL, Rossi CBO et al. Estudo da relação entre a gravidade dos sinais, dos sintomas e da qualidade de vida em pacientes portadores de doença venosa crônica. **J Vasc Bras.**, jan.-mar. 2015;14(1):22-28.
- 54 Alberti LR, Petroianu A, França DC, Silva TMF. Relação entre exercício físico e insuficiência venosa crônica. **Rev. Med. Minas Gerais**, 2010; 20(1): 30-35.
- 55 Medeiros J, Mansilha A. Estratégia terapêutica na doença venosa crônica. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, 2012; 8(3): 110-126.
-

- 56 Eklof BO, Perrin M, Delis KT, Rutherford RB, Gloviczki P. Updated terminology of chronic venous disorders: The VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. **J. Vasc. Surg.**, 2009; 49: 498-501.
- 57 Seidel AC, Coelho RL, Coelho ML, Belczak CEQ. É a lesão venosa a única responsável pela clínica da insuficiência venosa crônica dos membros inferiores? **J. Vasc. Bras.**, jul.-set. 2014; 13(3):162-167.
- 58 Campos Jr W, Torres IO, Silva ES, Casella IB, Puech-Leão P. A Prospective Randomized Study Comparing Polidocanol Foam Sclerotherapy with Surgical Treatment of Patients with Primary Chronic Venous Insufficiency and Ulcer. **Annals of Vascular Surgery**, 2015 August; 29(6): 1128-1135.
- 59 Petto J, Gomes VA, Oliveira FTO et al. Importância da qualidade da formação acadêmica no tratamento da insuficiência venosa crônica. **International Journal of Cardiovascular Sciences**, 2016; 29(1): 31-36.
- 60 Nicolaidis AN, Allegra C, Bergan J, Bradbury A, Cairols M, Carpentier P et al. Management of Chronic Venous Disorders of the Lower Limbs Guidelines According to Scientific Evidence. **International Angiology**, 2008; 27: 1-59.
- 61 Morais KCS, Ferreira ACNC. O impacto da insuficiência venosa crônica no desempenho funcional de mulheres. **InterScientia**, 2014; 2(3): 29-47.
- 62 Porter JM, Moneta GL. Reporting Standards in venous disease: An update. **J. Vasc. Surg.**, 1995; 21: 635-45.
- 63 Markel A. Varizes: mais do que simplesmente um problema estético. Editoriais. **IMAJ**, 2007; 9:112-114.
- 64 Onida S, Shalhoub J, Moore HM, Head KS, Lane TRA, Davies AH. Factors impacting on patient perception of procedural success and satisfaction following treatment for varicose veins. **BJS**, 2016; 103: 382-390.
- 65 Espuña PM, Castro DD, Carbonell C et al. Comparación entre el cuestionario "ICIQ-UI Short Form" y el "King's Health Questionnaire" como instrumentos de evaluación de la incontinência urinaria em mujeres. **Actas Urol. Esp.**, 2007; 31(5).
- 66 Nave-Leal E, Pais-Ribeiro J, Oliveira MM, Silva N, Soares R, Fragata J et al. Propriedades psicométricas da versão portuguesa do Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire na miocardiopatia dilatada com insuficiência cardíaca congestiva [26]. **Rev. Port. Cardiol.**, 2010; 29(03): 353-372.
- 67 Baggio JAO, Curtarelli MB, Rodrigues GR et al. Validation of the Brazilian version of the Clinical Gait and Balance Scale and comparison with the Berg Balance Scale. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, 2013; 71(9-A): 621-626.
- 68 Kahn SR, M'lan CE, Lamping DL, Kurz X, Bérard A, Abenhaim LA. Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: Results from an international cohort study. **J. Vasc. Surg.**, 2004; 39(4): 823-828.
- 69 Caraviello EZ, Wasserstein S, Chamlian TR et al. Avaliação da dor e função de pacientes com lombalgia tratados com um programa de Escola de Coluna. **Acta Fisiatr.**, 2005; 12(1): 11-14.
-

- 70 Martinez JE, Grassi DC, Marques LG. Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermaria e urgência. **Rev. Bras. Reumatol. [online]**, 2011; 51(4): 304-308. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0482-50042011000400002>.
- 71 Lourenço RA, Veras RP. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, ag. 2006; 40 (4): 712-719.
- 72 Oliveira KCV, Barros ALS, Souza GFM. Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e Clinical Dementia Rating (CDR) em idosos com Doença de Alzheimer. **Rev. Neurocienc.**, 2008; 16 (2): 101-106.
- 73 Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3 Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- 74 BRASIL, Lei nº 9.394 de 20 de Dezembro de 1996 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm
- 75 Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, jun. 2010; 11(2): 85-103.
- 76 Freitas ALP, Rodrigues SG. A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. Conference Paper - XII SIMPEP - Bauru, SP, Brasil, 7 a 9 de Novembro de 2005. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/236036099> A avaliacao da confiabilidade de questionarios uma analise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach
- 77 Magalhães MO, Costa LOP, Ferreira ML, Machado LAC. Testes clinimétricos de dois instrumentos que mensuram atitudes e crenças de profissionais de saúde sobre a dor lombar crônica. São Carlos, **Rev. Bras. Fisioter.**, mai.-jun. 2011; 15(3): ____.
- 78 Pocinho, M. Estatística II: Teoria e exercícios passo-a-passo (manual). 2010. Disponível em: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estadistica_II_com_anexos_2010.pdf
- 79 Rodrigues CFS, Lima FJC, Barbosa FT. Importância do uso adequado da estatística básica nas pesquisas clínicas. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, 2017; 67(6):619-625.
- 80 Oliveira BG. Medida da qualidade de vida em portadores de marcapasso: tradução e validação de instrumento específico [tese]. Belo Horizonte: UFMG, 2003.
- 81 Kelley, K. Constructing confidence intervals for standardized effect sizes: Theory, application, and implementation. **Journal of Statistical Software**, 2007; 20 (8): 1–24. Disponível em: <https://www.jstatsoft.org/article/view/v020i08/v20i08.pdf>
- 82 Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1988.
- 83 Figueiredo Filho DB, Silva Júnior JA. Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). **Revista Política Hoje**, 2009; 18(1): 115-146.
- 84 Dawson B, Trapp R. Bioestatística Básica e Clínica, Rio de Janeiro: Mc Graw-Hill Interamericana do Brasil, 2003.

- 85 Lira SA. Análise de correlação: abordagem teórica e de construção dos coeficientes com aplicações [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2004.
- 86 Salvador MA. CLIMAP – Aplicativo para análise de dados climáticos - versão 3.0 [nota de pesquisa]. **Revista Brasileira de Climatologia**, 2017; 20(13): 349-374.
- 87 Casana R, Tolva VS, Odero Jr A, Malloggi C, Parati G. Three-year follow-up and quality of life of endovenous radiofrequency ablation of the great saphenous vein with the ClosureFast™ procedure: Influence of BMI and CEAP class. **Vascular**, 2018; 0(0): 1-11.
- 88 Brittenden J, Cotton SC, Elders A et al. A randomized trial comparing treatments for varicose veins. **N. Engl. J. Med.**, 2014 Sep.; 371(13): 1218-1227.
- 89 Projeto Diretrizes SBACV. Insuficiência venosa crônica - Diagnóstico e tratamento. Novembro de 2015.
Disponível em: <http://www.sbacv.org.br/lib/media/pdf/diretrizes/insuficiencia-venosa-cronica.pdf>
- 90 Murad MH, Coto-Yglesias F, Zumaeta-Garcia M, Elamin MB, Duggirala MK, Erwin PJ et al. A systematic review and meta-analysis of the treatments of varicose veins. **Journal of Vascular Surgery**, 2011; 53(16S): 49S-65S.
- 91 Staniszewska A, Tambyraja A, Afolabi E, Bachoo P, Brittenden J. The Aberdeen Varicose Vein Questionnaire, patient factors and referral for treatment. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, 2013 December; 46(6): 715-718.
- 92 Staniszewska A, Cotton S, MacLennan G, Brittenden J. Modifying a validated instrument: the Aberdeen varicose vein questionnaire. **Trials**, 2015; 16(Suppl. 2): P56.
- 93 Sinožić T, Baždarić K, Šverko D, Ružić A, Katić M. Validation of the Croatian version of CIVIQ quality of life questionnaire in patients with chronic venous disorders. **Croat Med J.**, 2017; 58: 292-299.
- 94 Yang L, Wang XP, Su WJ, Zhang Y, Wang Y. Randomized clinical trial of endovenous microwave ablation combined with high ligation versus conventional surgery for varicose veins. **European Journal of Vascular and Endovascular Surgery**, 2013 October; 46(4): 473-479.
- 95 Espírito-Santo H, Daniel F. Calcular e apresentar tamanhos de efeito em trabalhos científicos (1): as limitações do $p < 0,05$ na análise de diferenças de médias de dois grupos. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, 2015; 1(1):3-16.
- 96 Lindenau JD, Guimarães LSP. Calculando o tamanho de efeito no SPSS. **Rev. HCPA**, 2012; 32(3): 363-381.
- 97 Torres GV, Balduino LSC, Costa IKF, Mendes FRP, Vasconcelos QLDAQ. Comparação dos domínios da qualidade de vida de clientes com úlcera venosa. **Rev. Enferm. UERJ**, jan./fev. 2014; 22(1): 57-64.
- 98 Carradice D, Mazari FAK, Samuel N et al. Modelling the effect of venous disease on quality of life. **British Journal of Surgery**, 2011; 98: 1089-1098.
- 99 King JT, O'Byrne M, Vasquez M et al. Treatment of Truncal Incompetence and Varicose Veins with a Single Administration of a New Polidocanol Endovenous Microfoam Preparation Improves Symptoms and Appearance. **Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.**, 2015; 50, 784-793.

100 Jaramillo JB, Flórez OIR, Pulgarín PAR, Basto HAR. Calidad de vida en pacientes con desórdenes venosos crónicos y su relación con la clasificación clínica CEAP. **Revista Colombiana de Cirugía Vascular**, 2013 Marzo; 13(1): 13-23.

101 Hyder ON, Soukas PA. Chronic Venous Insufficiency: Novel Management Strategies for an Under-diagnosed Disease Process. **Rhode Island Medical Journal**, 2017 May; 100(6): 37-39.

10 ANEXOS

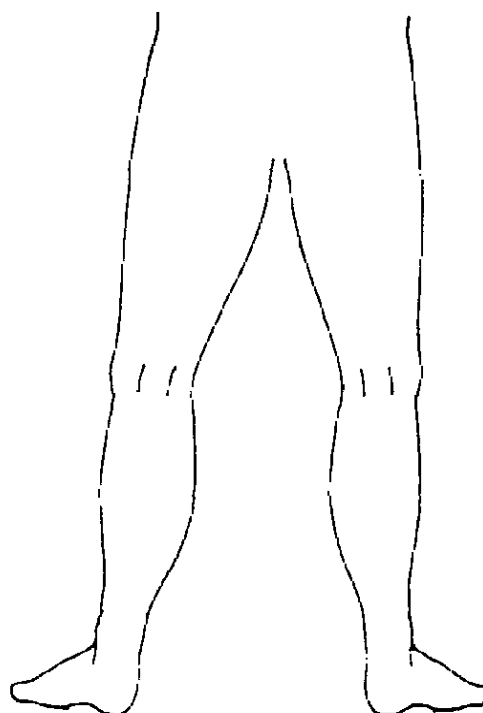
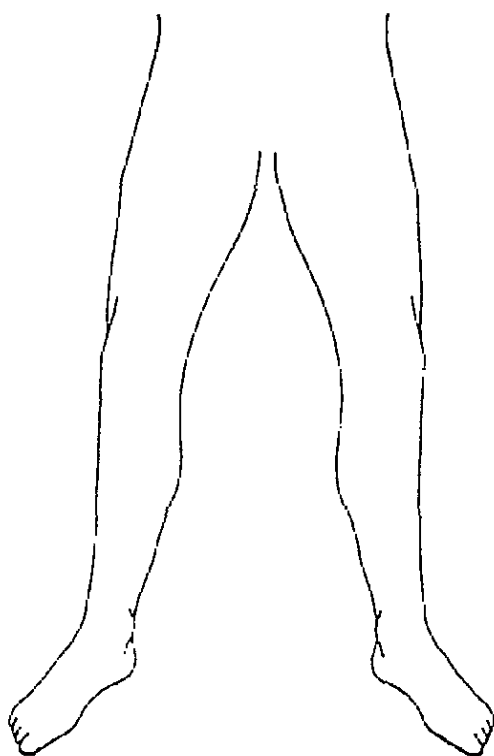
Anexo 1 - Questionário AVVQ-Brasil

SUAS VARIZES

1. Desenhar, por favor, suas varizes nas figuras abaixo:

Pernas vistas de frente

Pernas vistas por trás



2. Nas últimas duas semanas, por quantos dias suas varizes causaram-lhe dor?

(Por favor marque uma resposta para cada perna)

	Perna D	Perna E
De forma alguma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 1 e 5 dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entre 6 e 10 dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por mais de 10 dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Durante as últimas duas semanas, em quantos dias você tomou remédio para diminuir a dor de suas varizes?

(Por favor, marque um quadrado)

De forma alguma	<input type="checkbox"/>
Entre 1 e 5 dias	<input type="checkbox"/>
Entre 6 e 10 dias	<input type="checkbox"/>
Por mais de 10 dias	<input type="checkbox"/>

4. Nas últimas duas semanas, quanto inchaço no tornozelo você teve?

(Por favor, marque um quadrado)

De forma alguma	<input type="checkbox"/>
Ligeiro inchaço no tornozelo	<input type="checkbox"/>
Moderado inchaço no tornozelo (Por exemplo, fazendo com que você sente com seus pés levantados sempre que possível)	<input type="checkbox"/>
Intenso inchaço no tornozelo (Por exemplo, causando-lhe dificuldade para pôr seus sapatos)	<input type="checkbox"/>

5. Nas últimas duas semanas, você tem usado meias ou ataduras elásticas?

(Por favor, marque um quadrado para cada perna)

	Perna D	Perna E
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, eu mesmo comprei sem prescrição do médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, meu médico prescreveu para mim, a qual eu visto de vez em quando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, meu médico prescreveu para mim, a qual eu visto todo dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Nas últimas duas semanas, você teve coceira associada com suas varizes?

(Por favor, marque um quadrado para cada perna)

	Perna D	Perna E
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, mas somente acima do joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim, mas somente abaixo do joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acima e abaixo do joelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Você tem mancha roxa causada por pequeno sangramento de vasos sanguíneos na pele, associado com suas varizes?

(Por favor, marque um quadrado para cada perna)

	Perna D	Perna E
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Você tem ferida ou vermelhidão na área de seu tornozelo?

(Por favor, marque um quadrado para cada perna)

	Perna D	Perna E
Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sim, mas ele não exige nenhum tratamento médico ou de enfermagem

Sim, e ele exige o tratamento médico ou de enfermagem

9. Você está com uma ferida de pele associada com suas varizes?

(Por favor, marque um quadrado para cada perna)

Perna D

Perna E

Não

Sim

10. A aparência de suas varizes causa-lhe preocupação?

(Por favor, marque um quadrado)

Não

Sim, sua aparência causa-me ligeira preocupação

Sim, sua aparência causa-me moderada preocupação

Sim, sua aparência causa-me muita preocupação

11. A aparência de suas varizes influencia sua escolha de roupa, incluindo meia-calça?

(Por favor, marque um quadrado)

Não

De vez em quando

Freqüentemente

Sempre

12. Durante as últimas duas semanas, suas varizes interferiram com seu trabalho doméstico ou outras atividades diárias?

(Por favor, marque um quadrado)

Não

Eu pude trabalhar mas meu trabalho sofreu um ligeiro prejuízo

Eu pude trabalhar mas meu trabalho sofreu um moderado prejuízo

Minhas veias impediram que eu trabalhasse um dia ou mais

13. Durante as últimas duas semanas, suas varizes interferiram com suas atividades de lazer (incluindo esporte, passatempos e vida social)?

(Por favor, marque um quadrado)

Não

Sim, meu divertimento sofreu a um ligeiro prejuízo

Sim, meu divertimento sofreu a um moderado prejuízo

Sim, minhas veias impediram-me de participar em todas as atividades de lazer

Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética da UNIFESP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sensibilidade do Questionário de Qualidade de Vida AVVQ-Brasil ao Tratamento Cirúrgico da Doença Venosa Crônica

Pesquisador: FLÁVIA DE JESUS LEAL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19520713.2.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 401.997

Data da Relatoria: 20/09/2013

Apresentação do Projeto:

Conforme Parecer consubstanciado nº 385660 de 05/09/2013

Objetivo da Pesquisa:

Conforme Parecer consubstanciado nº 385660 de 05/09/2013

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme Parecer consubstanciado nº 385660 de 05/09/2013

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme Parecer consubstanciado nº 385660 de 05/09/2013

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme Parecer consubstanciado nº 385660 de 05/09/2013

Recomendações:

NADA CONSTA

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

PENDÊNCIA ATENDIDA. O instrumento é apresentado em português e foi adequadamente descrita na metodologia a forma de tradução, validação e adaptação transcultural que precede a verificação de sensibilidade. Foi Apresentada a autorização do autor que validou no país para sua aplicação

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.025-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5539-7182 Fax: (11)5571-1062 E-mail: cepunifesp@unifesp.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - UNIFESP/
HOSPITAL SÃO PAULO



Continuação do Parecer: 401.297

com fins acadêmicos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PARECER DO RELATOR ACATADO PELO COLEGIADO

SAO PAULO, 20 de Setembro de 2013

Assinador por:

José Osmar Medina Pestana
(Coordenador)

Anexo 3 – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E.)

(Em 2 vias, firmado por cada participante-voluntário (o,a) da pesquisa e pelo responsável)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”

(Resolução nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu,.....,ou.....
..... meu representante legal, tendo sido convidad(o, a) a participar como voluntári(o, a) do estudo “Verificação da sensibilidade longitudinal do questionário de qualidade de vida AVVQ-Brasil ao tratamento não-cirúrgico da doença venosa crônica”, recebi d(o, a) Sr (a), responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1- Que o estudo se destina a verificar a sensibilidade longitudinal do questionário de qualidade de vida AVVQ-Brasil no tratamento não-cirúrgico da doença venosa crônica.
- 2- Que a importância deste estudo é comprovar que o questionário AVVQ-Brasil capta modificações no estado de saúde de pacientes em tratamento não-cirúrgico da doença venosa crônica.
- 3- Que esse estudo começará em maio de 2015 e terminará em outubro de 2017.
- 4- Que o estudo será feito da seguinte maneira: Os pacientes selecionados responderão a alguns questionários sobre a influência que a doença venosa crônica causa em sua vida.
- 5- Que eu participarei da seguinte etapa: coleta de dados para verificação da sensibilidade longitudinal do AVVQ-Brasil.
- 6- Que o incômodo que poderei sentir com a minha participação é o seguinte: cansaço durante o preenchimento do questionário, algum incômodo psíquico ou moral em responder a alguma questão, no entanto, a técnica de avaliação não aplicará nenhum recurso invasivo que possa ser considerado danoso para a minha

saúde física e mental, beneficiando à sociedade, aos estudantes e profissionais da área da saúde. Assim, não haverá riscos a minha saúde física e mental.

8- Que contarei com a assistência de: Prof^ª. Flávia de Jesus Leal.

9- Que os benefícios esperados com a minha participação, mesmo que não diretamente são: favorecer ainda mais a utilização de um novo questionário de avaliação da qualidade de vida para pacientes com doença venosa crônica.

10- Que, sempre que desejar será fornecido esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo e que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo, podendo retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

11- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.

12- Que eu deverei ser indenizado por qualquer despesa que venha a ter com a minha participação nesse estudo e, também, por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para essas despesas, foi-me garantida a existência de recursos.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do (a) participante-voluntário (a):

Domicílio: (rua, praça,conjunto) _____,
Bloco ____ N^o, _____, Complemento: _____, Bairro: _____
CEP/Cidade: _____ Telefone: _____
Ponto de Referência: _____

Contato de urgência: Sr (a) _____

Domicílio: (rua, praça, conjunto) _____, Bloco _____
N^o, _____, Complemento: _____, Bairro: _____
CEP/Cidade: _____ Telefone: _____
Ponto de Referência: _____

Endereço da Instituição:

Nome: Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL
Endereço: Rua Doutor Jorge de Lima
Nº 113 Bairro: Trapiche CEP: 57010-382/Cidade: Maceió, Al
Telefones para contato: 82 3321- 4222

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde: Rua Doutor Jorge de Lima Nº 113 – 1º andar - Telefone: (82) 3321- 4222

Assinatura d(o) voluntári(o) ou responsável legal – (Rubricar as demais folhas)

Assinatura do responsável pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

Contato do (s) (as) responsável (s) pela pesquisa:

Telefone para contato: (82) 99950-9927

Anexo 4 – MEEM- Mini-exame do Estado Mental

1. Orientação espacial (0-5 pontos):

Em que dia estamos?

- Ano
- Semestre
- Mês
- Dia
- Dia da Semana

2. Orientação espacial (0-5 pontos):

Onde Estamos?

- Estado
- Cidade
- Bairro
- Rua
- Local

3. Repita as palavras (0-3 pontos):

- Caneca
- Tijolo
- Tapete

4. Cálculo (0-5 pontos):

O senhor faz cálculos?

Sim (vá para a pergunta 4a)

Não (vá para a pergunta 4b)

- **4a.** Se de 100 fossem tirados 7 quanto restaria? E se tirarmos mais 7?
 - 93
 - 86
 - 79
 - 72
 - 65
 - **4b.** Solete a palavra MUNDO de trás pra frente
 - O
 - D
 - N
 - U
 - M
-

5. Memorização (0-3 pontos):

Peça para o entrevistado repetir as palavras ditas há pouco.

- Caneca
- Tijolo
- Tapete

6. Linguagem (0-2 pontos):

Mostre um relógio e uma caneta e peça para o entrevistado para nomeá-los.

- Relógio
- Caneta

7. Linguagem (1 ponto):

Solicite ao entrevistado que repita a frase:

- NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ.

8. Linguagem (0-3 pontos):

Siga uma ordem de 3 estágios:

- Pegue esse papel com a mão direita.
- Dobre-o no meio.
- Coloque-o no chão.

9. Linguagem (1 ponto):

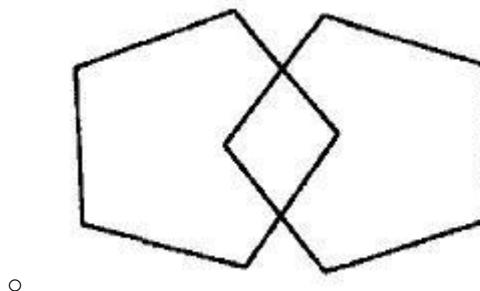
- Escreva em um papel: "FECHE OS OLHOS". Peça para o entrevistado ler a ordem e executá-la.

10. Linguagem (1 ponto):

- Peça para o entrevistado escrever uma frase completa. A frase deve ter um sujeito e um objeto e deve ter sentido. Ignore a ortografia.

11. Linguagem (1 ponto):

- Peça ao entrevistado para copiar o seguinte desenho. Verifique se todos os lados estão preservados e se os lados da intersecção formam um quadrilátero. Tremor e rotação podem ser ignorados.



Anexo 5 – Escala Visual Analógica para Dor



Anexo 6 – Versão brasileira do VEINES-QOL/Sym

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

1. Durante as quatro últimas semanas, com que frequência você tem tido qualquer um dos seguintes problemas na perna? (marque um quadrado em cada linha)					
	Todos os dias	Várias vezes por semana	Aproximadamente uma vez por semana	Menos do que uma vez por semana	Nunca
1. Pernas pesadas	1	2	3	4	5
2. Pernas doloridas	1	2	3	4	5
3. Inchaço	1	2	3	4	5
4. Cãimbras	1	2	3	4	5
5. Sensação de calor ou queimação	1	2	3	4	5
6. Pernas inquietas ("Não acho posição para minhas pernas")	1	2	3	4	5
7. Latejamento	1	2	3	4	5
8. Coceira	1	2	3	4	5
9. Sensação de formigamento (ex.: espietadas e agulhadas)	1	2	3	4	5

2. Em qual momento do dia seu problema na perna é mais intenso? (Marque uma)	
1. Ao acordar	4. Durante a noite
2. Ao meio dia	5. A qualquer momento do dia
3. Ao final do dia	6. Nunca

3. Comparado há um ano, como você classificaria agora seu problema na perna em geral?	
1. Muito melhor agora do que há um ano.	4. Um pouco pior agora do que há um ano.
2. Um pouco melhor agora do que há um ano.	5. Muito pior agora do que há um ano.
3. Aproximadamente igual há um ano.	6. Eu não tinha nenhum problema na perna no ano passado.

4. Os itens seguintes são sobre atividades que você provavelmente faz em um dia típico. O seu problema na perna te limita nessas atividades, atualmente? Caso afirmativo, quanto? (Marque um quadrado em cada linha)				
	Eu não trabalho	SIM, limita muito	SIM, limita um pouco	NÃO, não limita nada
a. Atividades diárias no trabalho	0	1	2	3
b. Atividades diárias em sua casa (p. ex. serviços domésticos, passar roupa, pequenos concertos, tarefas rotineiras, jardinagem etc.)	1	2	3	
c. Atividades sociais ou de lazer nas quais você fica de pé por longos períodos (p. ex. festas, casamentos, usar transporte público, fazer compras, etc.)	1	2	3	
d. Atividades sociais ou de lazer nas quais você fica assentado por longos períodos (p. ex. ir ao cinema ou teatro, igreja, viajar etc.)	1	2	3	

5. Durante as quatro últimas semanas, você tem tido algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outras atividades diárias regulares como resultado do seu problema na perna? (marque um quadrado em cada linha)		
	SIM	NÃO
a. Reduziu a quantidade de tempo gasto no trabalho ou em outras atividades.	1	2
b. Realizou menos trabalho ou outras atividades do que você gostaria.	1	2
c. Foi limitado no tipo de trabalho ou outras atividades.	1	2
d. Teve dificuldade no desempenho no trabalho ou em outras atividades (p. ex. precisou se esforçar mais)	1	2

6. Durante as quatro últimas semanas, até que ponto seu problema na perna interferiu em suas atividades sociais usuais com sua família, amigos, vizinhos ou grupos?	
1. De forma nenhuma	4. Bastante
2. ligeiramente	5. Extremamente
3. Moderadamente	

7. Quanta dor na perna você tem tido durante as quatro últimas semanas?	
1. Nenhuma	4. Moderada
2. Muito leve	5. Grave
3. Leve	6. Muito grave

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

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

Anexo 7 – Pontuação do AVVQ enviada pelo autor/ Recodificação do questionário AVVQ

Scoring the Aberdeen Varicose Veins Questionnaire

The scores presented represent the average values assigned to each question by two consultant surgeons. They were asked to begin by taking the question that they considered the least important (in terms of how badly off the patient is, rather than diagnostic information per se) and assigning it a score of 2. All the other questions were then assigned a maximum score in relation to this, by using powers of two ie 2, 4, 8, 16, 32 etc. So for example, if question 5 was given a maximum score of 2 and question 9 was considered to be four more times important, question 9 would score a maximum of 8. If it was felt that another question was twice as important than question 9 then this would be given a maximum possible score of 16 and so on. The clinicians did not have to stick rigidly to powers of two. If it was felt that a question was only one and a half times more important for example, it would be given a maximum possible score of 6.

Having assigned a maximum score to each question, the individual stems within each question were scored. The score for each stem can range from zero and the maximum score assigned to that question. The magnitude of importance of each stem could be along the lines of powers of two and again, numbers other than whole numbers could be used. For example, a question with five stems and a maximum score of 16 might be scored as follows; 0, 4, 8, 12.5, 16.

For question 1, a grid is placed over the drawing of the legs and the number of squares covered by varicose veins is counted. If a question is omitted by a patient the total possible score for that question is subtracted from the maximum possible score for the questionnaire. This way a score out of 100 can still be calculated by dividing the total score by the new maximum possible and multiplying by 100. For questions divided into left and right legs, some patients suffering from varicose veins in only one leg have a tendency to miss out boxes for the unaffected leg, rather than ticking the first box implying no symptoms. As a rule, if a patient consistently misses out the response set for one leg and having completed question 1 has not drawn in any varicose veins on the same leg, their missing responses should be coded as zero i.e. no symptoms.

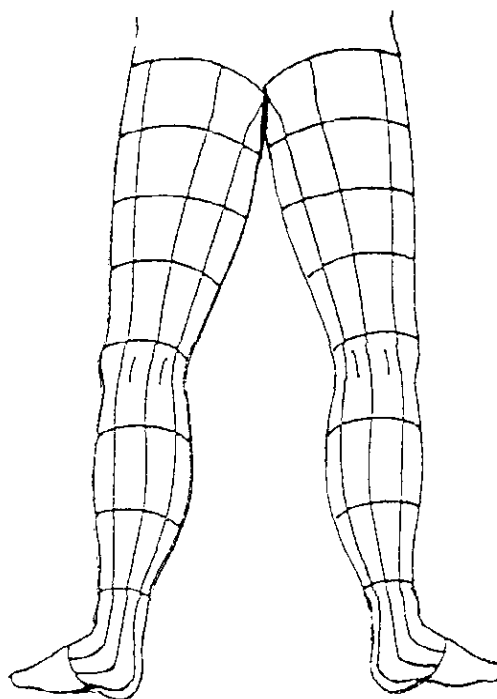
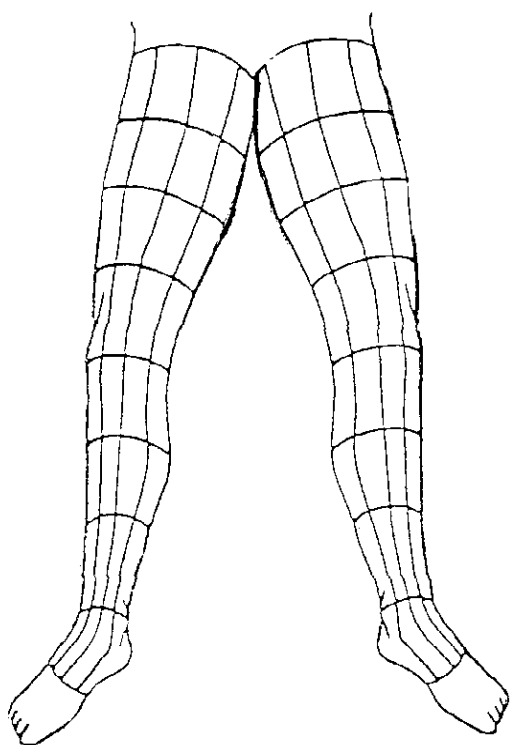
Recodificação do Questionário AVVQ

Question	Left Leg	Right Leg	Maximum score per question
1. Sore per box	0.172	0.172	22.016
2	0 0.500 1.000 1.812	0 0.500 1.000 1.812	3.624
3	0 0.812 1.625 2.437	0 0.812 1.625 2.437	2.437
4	0 1.000 1.250 1.875		1.875
5	0 1.374 2.000 5.496	0 1.374 2.000 5.496	10.992
6	0 1.374 1.437 2.748	0 1.374 1.437 2.748	5.496
7	0 2.000	0 2.000	4
8	0 2.624 6.121	0 2.624 6.121	12.242
9	0 9.118	0 9.118	18.236
10	0 1.625 3.249 5.248		5.248
11	0 1.625 2.624 3.998		3.998
12	0 1.625 3.373 5.496		5.496
13	0 1.625 2.437 3.998		3.998
		Maximum possible score	99.658 ^a

^aDue to rounding errors the maximum possible score does not reach 100.

The final score is calculated by summing scores for individual questions, dividing by the maximum possible and multiplying by 100.

Anexo 8 – Grade de Pontuação da Questão 1



11 APÊNDICES

Apêndice 1 – Formulário de Coleta de Dados

1. Identificação									
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

2. Formulário de coleta de dados									
1.	<input type="checkbox"/>	Não foi realizado	3.	<input type="checkbox"/>	Foi preenchido completamente				
2.	<input type="checkbox"/>	Foi preenchido parcialmente							

3. Nome do pesquisador									

4. Data de preenchimento									
		/		/	2	0			

5. Hora do preenchimento									
		H		m	i	N			

6. Nome do sujeito da pesquisa									
1.									
2.	<input type="checkbox"/>	Não sei							
3.	<input type="checkbox"/>	Não desejo responder							

7. Gênero									
1.	<input type="checkbox"/>	Feminino	3.	<input type="checkbox"/>	Não sei				
2.	<input type="checkbox"/>	Masculino	4.	<input type="checkbox"/>	Não desejo responder				

8. Data de nascimento									
1.		/		/	1	9			
2.	<input type="checkbox"/>	Não sei							
3.	<input type="checkbox"/>	Não desejo responder							

9. Profissão que exerce, exige:									
1.	<input type="checkbox"/>	Ficar em pé por longos períodos							
2.	<input type="checkbox"/>	Ficar sentado por longos períodos							
3.	<input type="checkbox"/>	Alternar posição							
4.	<input type="checkbox"/>	Outras posições							
5.	<input type="checkbox"/>	Qual é? <input type="text"/>							
6.	<input type="checkbox"/>	Não sei							
7.	<input type="checkbox"/>	Não desejo responder							
8.	<input type="checkbox"/>	Afastado pela doença	Quanto Tempo? _____						

10. Grau de Escolaridade:

<input type="checkbox"/>	Analfabeto	<input type="checkbox"/>	Ensino médio incompleto
<input type="checkbox"/>	Analfabeto funcional	<input type="checkbox"/>	Ensino médio completo
<input type="checkbox"/>	Fundamental incompleto	<input type="checkbox"/>	Ensino superior incompleto
<input type="checkbox"/>	Fundamental completo	<input type="checkbox"/>	Ensino superior completo

11. Classificação CEAP:**C: Avaliação Clínica**

- C0 Nenhum sinal visível ou palpável de distúrbios venosos
- C1 Telangectasia e/ou Veias Reticulares
- C2 Veias Varicosas
- C3 Edema
- C4 Alterações na pele e subcutâneo
 - C4a Pigmentação ou Eczema
 - C4b Lipodermatoesclerose ou Atrofia Pálida
- C5 Úlcera Venosa Cicatrizada.
- C6 Úlcera Venosa Ativa
- Sintomática
- Assintomática

12. Procedimento: _____

Apêndice 2 – Resultados dos testes de normalidade aplicados às escalas

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadística	N	p	Estadística	N	p
AVVQ-Brasil Total (basal)	0,060	112	0,200	0,971	112	0,014
AVVQ-Brasil Total (4sem)	0,065	112	0,200	0,985	112	0,236
AVVQ-Brasil Total (4sem-basal)	0,098	112	0,011	0,966	112	0,006
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção (basal)	0,137	112	<0,001	0,897	112	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção (4sem)	0,199	112	<0,001	0,820	112	<0,001
AVVQ-Brasil Dor e Disfunção (4sem-basal)	0,163	112	<0,001	0,928	112	<0,001
AVVQ-Brasil Aparência Estética (basal)	0,145	112	<0,001	0,893	112	<0,001
AVVQ-Brasil Aparência Estética (4sem)	0,176	112	<0,001	0,839	112	<0,001
AVVQ-Brasil Aparência Estética (4sem-basal)	0,186	112	<0,001	0,929	112	<0,001
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade (basal)	0,113	112	0,001	0,926	112	<0,001
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade (4sem)	0,114	112	0,001	0,946	112	<0,001
AVVQ-Brasil Extensão da Varicosidade (4sem-basal)	0,097	112	0,012	0,963	112	0,003
AVVQ-Brasil Complicações (basal)	0,230	112	<0,001	0,806	112	<0,001
AVVQ-Brasil Complicações (4sem)	0,220	112	<0,001	0,789	112	<0,001
AVVQ-Brasil Complicações (4sem-basal)	0,174	112	<0,001	0,869	112	<0,001
iVEINES-QOL (basal)	0,083	112	0,053	0,965	112	0,005
iVEINES-QOL (4sem)	0,069	112	0,200	0,967	112	0,007
iVEINES-QOL (4sem-basal)	0,056	112	0,200	0,990	112	0,577
iVEINES-SYM (basal)	0,080	112	0,075	0,960	112	0,002
iVEINES-SYM (4sem)	0,084	112	0,050	0,950	112	<0,001
iVEINES-SYM (4sem-basal)	0,059	112	0,200	0,973	112	0,022
EVA Dor (basal)	0,152	112	<0,001	0,914	112	<0,001
EVA Dor (4sem)	0,260	112	<0,001	0,810	112	<0,001
EVA Dor (4sem-basal)	0,154	112	<0,001	0,972	112	0,018

Sem=semanas; N=tamanho da amostra; p= valor de significância.

