

GERALDO MAGELA SALOMÉ

***SHORT FORM-36, ESCALA DE AUTOESTIMA
ROSENBERG/UNIFESP-EPM, HEALTH ASSESSMENT
QUESTIONNAIRE-20 E DOR EM PACIENTES APÓS
ENXERTO DE PELE EM ÚLCERA VENOSA***

**Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para
obtenção do Título de Doutor em Ciências.**

SÃO PAULO

2011

GERALDO MAGELA SALOMÉ

***SHORT FORM-36, ESCALA DE AUTOESTIMA
ROSENBERG/UNIFESP–EPM, HEALTH ASSESSMENT
QUESTIONNAIRE-20 E DOR EM PACIENTES APÓS
ENXERTO DE PELE EM ÚLCERA VENOSA***

**Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo, para
obtenção do Título de Doutor em Ciências.**

ORIENTADORA: Profa. Dra. LYDIA MASAKO FERREIRA

CO-ORIENTADORAS: Profa. LEILA BLANES

Profa. REGINA OKAMOTO

SÃO PAULO

2011

Salomé, Geraldo Magela

Short form-36, Escala de autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM, Health Assessment Questionnaire-20 e dor em pacientes após enxerto de pele em úlcera venosa./Geraldo Magela Salomé. –São Paulo, 2011.

xiv,104f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica.

Título em inglês: *Short form-36, Rosenberg Self-Esteem scale/UNIFESP–EPM, Health Assessment Questionnaire-20 and pain in patients after skin graft for venous ulcer.*

1. Qualidade de vida. 2. Dor. 3. Auto-estima. 4. Úlcera da Perna . 5. Úlcera Varicosa. 6. Insuficiência venosa.7. Enxerto de pele.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIRURGIA
PLÁSTICA**

COORDENADOR: Prof. Dr MIGUEL SABINO NETO

DEDICATÓRIA

Ao Enfermeiro **Sérgio Aguinaldo de Almeida**, defensor e companheiro nas lágrimas e na alegria, pelo apoio e encorajamento, durante o nosso caminhar e nesta longa convivência. Agradeço-lhe pela ajuda, pela paciência, pela esperança, pelo amor, pelas lembranças, por tudo de bom e lindo que vivemos e ainda iremos viver.

“*In memoriam*” da minha avó-mãe, Senhora **Esterlita dos Santos Salomé**, modelo de maior influência em minha vida. Agradeço-lhe pela ajuda, pela paciência, pela espera, pelo amor, pelas alegrias, pelas lembranças, por tudo de bom que passamos e ainda iremos passar.

“*In memoriam*” da minha mãe **Laurita Salomé** que, não estando hoje presente, é pré-sença em minha vida. E, se esta pesquisa existe, é porque você, minha mãe, existiu e me mostrou o valor dos seres humanos.

AGRADECIMENTOS

À **Profa. Dra. LYDIA MASAKO FERREIRA**, professora Titular da Disciplina de Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, pela segurança, determinação e atenciosa orientação durante o desenvolvimento desta tese.

À **Profa. LEILA BLANES**, professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, pela amizade, carinho, estímulo, dedicação e disponibilidade transmitida durante o decorrer do meu caminhar, conduzindo e acreditando na realização desta pesquisa, o que me fez crescer como ser humano, espiritualmente e cientificamente.

À **Profa. REGINA OKAMOTO**, professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo, pela co-orientação, pelos conhecimentos transmitidos e incentivo durante a elaboração desta tese.

Ao **Dr. RICARDO JOSÉ SALIM**, Diretor Geral do Conjunto Hospitalar de Sorocaba na Gestão de 2008 a 2010, por confiar em nosso trabalho, por nos conceder espaço para desenvolvermos as nossas atividades e a coleta de dados.

À **CÉLIA CHAIB ARBAGE**, Diretora Técnica de Gerenciamento Hospitalar do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, pelo apoio e incentivo no processo de construção desta tese.

Aos **Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos** do ambulatório da Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo e do Ambulatório de Feridas do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, pela colaboração durante a coleta de dados.

A todos os **DOCENTES do programa de Pós-Graduação em Cirurgia Plástica da Universidade Federal de São Paulo**, que por meio dos seus ensinamentos contribuíram para reafirmar a importância da bela arte de ser enfermeiro que cuida de pessoas com feridas.

A todos os meus **AMIGOS** que fazem parte da **Comissão de Feridas, Estomas e Incontinências do Conjunto Hospitalar de Sorocaba**, pelo apoio e incentivo.

Aos **PACIENTES** que me abriram a porta do seu coração, a partir do momento em que eles responderam os questionários e expuseram as suas aflições por meio de suas falas. Tal encontro encorajou-me a continuar este trabalho, apesar de todas as dificuldades.

Não posso deixar de louvar e agradecer ao **NOSSO DEUS, À VIRGEM MARIA** e ao **MEU ESPÍRITO PROTETOR**, por tão grande graça que me concedeu durante o período em que realizei o curso de doutorado, concedendo-me equilíbrio, harmonia e confiança.

Que o Deus da vida e Senhor da história recompense a todas as pessoas que se empenharam para que este trabalho se realizasse.

MUITO OBRIGADO!!

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS.....	v
LISTA DE TABELAS.....	ix
LISTA DE FIGURAS.....	x
LISTA DE ABREVIATURAS.....	xi
RESUMO.....	Xiii
1- INTRODUÇÃO.....	1
2- OBJETIVO	7
3- LITERATURA.....	9
4- MÉTODOS.....	19
5- RESULTADOS.....	27
6- DISCUSSÃO.....	39
7- CONCLUSÕES.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
ABSTRACT.....	68
APÊNDICES.....	71
ANEXOS.....	83
FONTES CONSULTADAS.....	104

Lista de Tabelas

Tabela 1- Características demográficas dos pacientes dos Grupos Controle e Estudo	78
Tabela 2- Características clínicas dos pacientes dos Grupos Controle e Estudo	79
Tabela 3- Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, conforme escore médio total do questionário <i>Short Form- 36</i> .	27
Tabela 4a– Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, segundo escore médio dos domínios Capacidade funcional, Dor, Aspecto físico e Estado geral de saúde do <i>Short Form-36</i> .	28
Tabela 4b– Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, segundo escore médio dos domínios Aspecto social, Aspecto emocional, Vitalidade e Saúde mental do <i>Short Form - 36</i> .	29
Tabela 5 – Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, segundo escore médio dos componentes do <i>Health Assessment Questionnaire -20</i> .	30
Tabela 6a– Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, conforme o escore médio dos componentes 1, 2, 3 e 4 do questionário <i>Health Assessment Questionnaire -20</i> .	31
Tabela 6 b– Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, conforme o escore médio dos componentes 5, 6, 7 e 8 do <i>Health Assessment Questionnaire -20</i> .	32
Tabela 7- Resultados obtidos na Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM.	33
Tabela 8- Resultados obtidos no escore médio da Escala numérica de dor.	33
Tabela 9- Resultados obtidos no escore do Questionário de Dor de McGill.	37

Lista de Figuras

Figura 1- Escore da Escala Numérica de dor, nos Grupos Controle e Estudo, no momento da inclusão dos pacientes no estudo.	34
Figura 2- Escore da Escala Numérica de dor, 30 dias após a inclusão dos pacientes no estudo (GC) e no pós-operatório (GE).	35
Figura 3- Escore da Escala Numérica de dor, 90 dias após a inclusão dos pacientes no estudo (GC) e no pós-operatório (GE).	35
Figura 4- Escore da Escala Numérica de dor, 180 dias após a inclusão dos pacientes no estudo (GC) e no pós-operatório (GE).	36
Figura 5- Escore do Questionário de Dor de McGill, nos Grupos Controle e Estudo, no momento da inclusão dos pacientes no estudo.	80
Figura 6- Escore do Questionário de Dor de McGill, após 30 dias após a inclusão dos pacientes no estudo (GC) e no pós-operatório (GE).	80
Figura 7- Escore do Questionário de Dor de McGill, após 90 dias após a inclusão dos pacientes no estudo (GC) e no pós-operatório (GE).	81
Figura 8- Escore do Questionário de Dor de McGill, nos Grupos Controle e Estudo, após 180 dias após a inclusão dos pacientes no estudo (GC) e no pós-operatório (GE).	81

Lista de abreviaturas

AE	Autoestima
AVDs	Atividades da vida diária
AIMS2	<i>Arthritis Impact Measurement Scales 2</i>
CF	Capacidade Funcional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHS	Conjunto Hospitalar de Sorocaba
DLQI	Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia
EN	Escala Numérica de dor
EPM	Escola Paulista de Medicina
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Estudo
<i>HAQ-20</i>	<i>Health Assessment Questionnaire-20</i>

HSP	Hospital São Paulo
<i>IQVFP</i>	Índice de Qualidade de Vida de <i>Ferrans e Powers</i>
IQVT	Qualidade de vida total
<i>NHP</i>	<i>Nottingham Health Profile</i>
QV	Qualidade de Vida
SF-36	<i>Short Form-36</i>
SF-12	<i>Short Form-12</i>
SRQ-20	<i>Self Reporting Questionnaire-20</i>
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UV	Úlcera venosa

RESUMO

Introdução: A úlcera de perna causa sofrimento aos pacientes, afetando seu cotidiano devido a(o): dor, isolamento social, autoimagem e autoestima prejudicadas. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor em pacientes com úlcera venosa pós-enxerto de pele. **Métodos:** Estudo multicêntrico, comparativo e controlado, realizado nos ambulatórios: de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo e de Feridas do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Casuística: 50 pacientes - Grupo Controle; 50 - Grupo Estudo. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo. Coleta de dados: julho-2008 a dezembro-2010. Grupo Controle: coleta de dados no momento da inclusão no estudo, aos 30, 90 e 180 dias subsequentes. Grupo Estudo: primeira coleta no pré-operatório - 30, 90 e 180 dias após o enxerto. Instrumentos: *Short Form-36*, Escala de autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM, *Health Assessment Questionnaire-20* (HAQ-20), Escala Numérica de dor, questionário de Dor de Mc Gill. Análises estatísticas: Teste t Student, o Teste *Kruskal-Wallis*, Teste Qui-Quadrado de Independência, considerando-se os níveis de significância $p \leq 0,05$. **Resultados:** avaliação inicial do paciente com úlcera venosa: escores do SF-36 baixos: média 18,10 - Grupo Controle e 32,34 - Grupo Estudo. Um mês após enxerto, pacientes Grupo Estudo apresentaram escores mais elevados no SF-36 (71,38) comparados ao GC (18,42). Após 90 e 180 dias, aumento dos escores no GE comparados ao Grupo Controle ($p=0,0001$). Escore médio no HAQ-20: 2,42 - Grupo Controle e 2,65 - Grupo Estudo. Grupo Estudo: melhora nos escores após 90 dias e 180 dias do enxerto ($p=0,0001$). Pela Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM, na inclusão dos pacientes no estudo, escore médio no Grupo Controle: 25,50, Grupo Estudo: 25,86. Após 90 dias e 180 dias, Grupo Estudo: melhor escore comparado ao Grupo Controle ($p=0,0001$). Pela Escala Numérica e pelo Questionário de Dor de Mc Gill, os dois grupos apresentaram dor durante a primeira coleta de dados. Grupo Estudo: após 90 dias e 180 dias de pós-operatório, houve declínio da dor ($p=0,0001$). **Conclusão:** Pacientes com úlcera venosa após enxerto de pele melhoraram qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor.

INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

As mudanças no processo de transição demográfica vêm aumentando a expectativa de vida, deixando a população susceptível a algumas doenças crônicas e degenerativas (OTERO, ZANETTI, TEIXIERA, 2007).

As úlceras de membros inferiores estão se tornando comuns em pacientes que sofrem de doenças crônicas, principalmente as relacionadas ao sistema circulatório, destacando-se como um problema da saúde pública (NUNES, DUPAS, FERREIRA, 2007; SALOMÉ & ESPÓSITO, 2010). Essas úlceras podem ser desencadeadas por diversos fatores, como por alterações vasculares, metabólicas e hematológicas, sendo que em países industrializados, a principal causa é a insuficiência venosa, com consequente desenvolvimento de úlcera venosa. O transtorno fisiológico provoca a hipertensão venosa, varizes secundárias, edema e alterações tróficas, cuja expressão máxima é a úlcera, que representa 70 a 90% do total das úlceras de perna (VOGELEY & COELING, 2000; ZAMBONI *et al.* 2003; FREITAS & JULIÃO, 2006; WORLEY, 2006; RAHMAN, ADIGUN, FADEYI, 2010).

A insuficiência venosa crônica é definida como uma anormalidade do funcionamento do sistema venoso causada por incompetência do fluxo venoso. Cerca de 47% dos casos afeta o sistema venoso superficial e 53% atingem o sistema venoso profundo. Além disso, a disfunção venosa pode ser resultado de um distúrbio congênito ou pode ser adquirida (CARR, 2008). É uma doença em que há destruição das estruturas cutâneas, tais como epiderme e derme, podendo afetar também tecidos mais profundos e sendo mais frequente no terço distal dos membros inferiores (FRANÇA & TAVARES, 2003; AGUIAR *et al.*, 2005).

A prevalência da insuficiência venosa crônica varia entre 2% e 7% e a de úlcera venosa crônica entre 0,5% e 1,5% na população adulta (CALLAM, 1994; CLARKE *et al.* 2005; ABBADE & LASTÓRIA, 2006).

As úlceras venosas são responsáveis por elevada morbidade, gerando situações de difícil manejo, tanto para os pacientes quanto para seus familiares, e alto custo em virtude de todos os cuidados necessários para a cicatrização (BAPTISTA & CASTILHO, 2006; MILIC *et al.* 2007; BROWN, 2010). Essas úlceras afetam também aspectos sociais, na medida em que cerca de 35% da população com úlcera venosa está aposentada, 16,1% estão afastados do trabalho, 2,5% recebem auxílio doença e 4,2% desempregados (ABBADE & LASTÓRIA, 2006).

O tratamento clínico das úlceras venosas é baseado em cuidados locais com curativos, assim como a terapia compressiva no membro, que favorece o retorno venoso e auxilia na cicatrização (STACEY *et al.* 2002; BORGES, CALIRI, HAAS, 2007; FINLAYSON, EDWARDS, COURTNEY, 2010). Outra opção de tratamento é a utilização do enxerto de pele parcial para cobertura de feridas, que é um método muito utilizado por ser considerado seguro, eficaz e contribui no fechamento rápido da úlcera (TRENT *et al.* 2005; BERGONSE & RIVITTI, 2006; FREITAS & JULIÃO, 2006; PALFREYMAN, KING, WALSH, 2007; CHEN *et al.* 2009; FERREIRA *et al.* 2009).

Os enxertos de pele são secções do tegumento retiradas do local doador e transferidas para o leito receptor, onde recobrem a área cruenta e adquirem novo suprimento sanguíneo para manter a viabilidade (SALGADO *et al.* 2007).

Os enxertos são procedimentos comuns em cirurgia plástica, representando uma das antigas técnicas realizadas em cirurgias reconstrutivas (RAMASASTRY, 2005; MENDEZ-EASTMA, 2004).

O sucesso da cirurgia dependerá de condições adequadas da área receptora, de se evitarem os mecanismos de contratura presentes nos enxertos, o que não depende apenas de sua espessura, mas também das condições ideais de reparação da área doadora, uma vez que complicações nessa área podem afetar o resultado global do procedimento (ANDREASSI *et al.* 2005; HUBBARD, 2010).

Após o reparo da úlcera venosa (UV), o grande desafio é evitar sua recidiva, que constitui um dos temas mais importantes na assistência a pessoas com insuficiência venosa e úlcera cicatrizada (LOPES, ARAVITES, LOPES, 2005). A principal causa é a falta de atenção do paciente em relação às medidas preventivas, tais como o uso de meias elásticas compressivas, o repouso intercalado com deambulação e cuidados com a pele. Essa atitude advém, na maioria dos casos, do desconhecimento sobre a importância dessas técnicas na prevenção dos efeitos da insuficiência venosa (ABBADE & LASTÓRIA, 2006; SILVA & LOPES, 2006; CARMO *et al.* 2007).

A úlcera de perna causa sofrimento aos pacientes, porque afeta seu estilo de vida devido à dor, ao isolamento social, à piora na autoestima (AE), na autoimagem e na qualidade de vida, impossibilitando-os muitas vezes de exercerem suas atividades normais (YAMADA & SANTOS, 2005; SEE, FERREIRA, SANTOS, 2008; FARIAS *et al.* 2011).

O termo Qualidade de Vida (QV) começou a ser utilizado nos Estados Unidos, após a Segunda Guerra Mundial, com o intuito de descrever o efeito gerado pela aquisição de bens materiais na vida das pessoas. Somente anos mais tarde passou a ser valorizado como parâmetro para medir avanços nas áreas de educação e saúde (FERRAZ, 1990).

O estudo da qualidade de vida emerge no cenário da pesquisa direcionada aos serviços de saúde e à prática clínica, como importante conceito para o processo de tomada de decisão clínica e determinação do benefício terapêutico e como meio para avaliar a sobrevida do paciente (ROEBUCK, FURZE, THOMPSON, 2001; GALHARDO *et al.* 2010).

A QV constitui um compromisso pessoal em busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver, com saúde, moradia, educação, lazer, transporte, liberdade, trabalho, autoestima, entre outras (SANTOS *et al.* 2002; VILA & ROSSI, 2008; MICHELONE & SANTOS, 2004; BLANES, CAMAGNANI, FERREIRA, 2009).

A qualidade de vida e conseqüentemente a autoestima são afetadas em pacientes com úlcera venosa, na medida em que eles vivem uma experiência diferente, em que seu padrão e ritmo de vida começam a se modificar. Muitas vezes os seus desejos, valores não são realizados e respeitados e o indivíduo pode sentir-se rejeitado e isolar-se em razão da presença de exsudato, odor e do aspecto da lesão (CLARKE *et al.* 2005; HENDERSON, 2006; SALOMÉ, ESPÓSITO, SILVA, 2007; PALFREYMAN, KING, WALSH, 2007; GREEN & JESTER, 2010).

Embora a importância da autoestima para o bem-estar social e individual seja reconhecida internacionalmente, no Brasil, há escassez de estudos sobre a temática, especialmente em bases populacionais. Um dos obstáculos a uma abordagem epidemiológica da autoestima é a falta de instrumentos consolidados cientificamente em amostras brasileiras, o que impede o conhecimento desse atributo em contexto de investigação (AVANCI *et al.* 2007; VELOSO *et al.* 2010; SALOMÉ & ESPOSITO 2010).

A Capacidade Funcional (CF) é um conceito amplo que abrange habilidade em executar tarefas físicas, preservação das atividades mentais e uma situação adequada de integração social (FERRAZ, 1990; LIMA, BARRETO, GIATTI, 2003).

Apesar desse conceito amplo, na prática, tem-se trabalhado com o conceito de capacidade/incapacidade (ROSA, 2003). A incapacidade funcional tem sido avaliada como a dificuldade de realizar determinadas atividades da vida diária, em razão de alguma deficiência.

Sabe-se que a presença de múltiplas doenças, como as úlceras em membros inferiores, pode apresentar diferentes graus de intensidade, influenciando a vida diária das pessoas (PARAHYBA, VERAS, MELZER, 2005; TAVARES *et al.* 2007; FAUSTINO, CALIRI, REIS, 2010; SALOMÉ, BLANES, FERREIRA, 2011).

Os pacientes com feridas crônicas geralmente sentem dor. Estudos mostram que mais de 80% dos pacientes com feridas crônicas apresentam dor constantemente e metade deles classifica a dor como moderada e grave. A dor intensa pode trazer implicações psicológicas para esses pacientes (NEMETH *et al.* 2003; GONÇALVES *et al.* 2004; GUARNERA *et al.* 2007).

A dor nos pacientes com úlcera venosa é um sintoma frequente e variável, não sendo influenciada pelo tamanho da úlcera, já que lesões pequenas podem ser muito dolorosas, enquanto as grandes podem ser indolores. Em geral, quando presente, a dor piora ao final do dia com a posição ortostática e melhora com a elevação do membro (ZIMMET, 1999; BELDON, 2009; BROWN, 2010).

As pessoas com úlceras venosas necessitam de atendimento por equipe multidisciplinar, a qual deve prestar assistência de forma integrada, com objetivo de melhorar a abordagem e favorecer a qualidade de vida, a autoestima, a capacidade funcional e a dor. Assim sendo, o estudo de aspectos físicos e emocionais, após enxerto de pele em pacientes com úlcera venosa, poderá fornecer informações relevantes, que poderão influenciar no cuidado e no tratamento a essas pessoas.

OBJETIVO

OBJETIVO

Avaliar a qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor em pacientes após enxerto de pele em úlcera venosa.

LITERATURA

3. LITERATURA

A busca pela qualidade no cuidado ao paciente com úlcera venosa nos conduz à reflexão e ao debate acerca de temas emergentes das práticas profissionais relacionadas à prevenção e tratamento de lesões. Essa reflexão torna-se ainda mais evidente quando a recuperação dos pacientes está relacionada à qualidade do cuidado e voltada principalmente para lhe proporcionar um ambiente terapêutico com condições tais que favoreçam o tratamento e, conseqüentemente, acarrete melhora do estilo de vida, da autoestima, da qualidade de vida, da capacidade funcional e da dor. Tais fatos podem ser observados por meio de diversas pesquisas científicas desenvolvidas.

FERRAZ (1990) realizou a tradução para a língua portuguesa e a adaptação cultural do *Stanford Health Assessment Questionnaire-20 (HAQ-20)* em pacientes com artrite reumatoide. A reprodutibilidade da versão em português foi avaliada por meio de três entrevistas com pacientes com a mesma doença. A validade do instrumento foi demonstrada pela constatação de uma correlação entre melhora ou piora dos valores obtidos pelo *HAQ-20* e outros parâmetros clínicos comumente utilizados em ensaios envolvendo pacientes com artrite reumatoide. Este estudo teve como conclusão que o *HAQ-20*, na versão em português, é de fácil e rápida administração e constitui-se em um valioso instrumento de avaliação da capacidade funcional em pacientes com artrite reumatoide.

PIMENTA & TEIXEIRA (1996) realizaram a tradução para a língua portuguesa, adaptação cultural do Questionário de dor de McGill em 57 pacientes com dor crônica de origem oncológica. A adaptação do questionário foi feita em etapas, sendo a primeira a tradução do original por profissionais envolvidos no estudo, que fossem especialistas nas línguas inglesa e portuguesa. A segunda etapa foi a validação da tradução por comitê de especialistas e a terceira fase foi a aplicação clínica. A avaliação quanto ao valor e dificuldade para o seu uso foi realizada por meio de entrevistas com os pacientes. Este estudo teve como conclusão que o Questionário de dor de McGill na versão em português é de fácil e rápida administração.

NEIL & BARRELL (1998) realizaram estudo qualitativo com abordagem fenomenológica, com objetivo de desvelar a experiência vivenciada pelos pacientes com feridas crônicas. Participaram do estudo sete pacientes com feridas crônicas. Por meio do registro de seus relatos pode-se observar que esses pacientes vivenciam problemas como isolamento, dificuldades para andar, dor, perda do sono, odor, além de embaraço, frustração e isolamento social. Os sentimentos de esperança e cura diminuam à medida que as lesões eram mais crônicas. Esses resultados levaram os autores a concluir que as úlceras crônicas afetam o indivíduo nos aspectos físico e emocional.

CICONELLI *et al.* (1999) realizaram a tradução, adaptação cultural e avaliaram as propriedades de medida (reprodutibilidade e validade) do *Short Form-36* (SF-36) em pacientes com artrite reumatoide. O questionário foi traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira de acordo com metodologia internacional aceita. O SF-36 foi administrado por meio de entrevista a 50 pacientes com artrite reumatoide. Para avaliação da reprodutibilidade, os pacientes foram entrevistados duas vezes, na primeira avaliação e novamente após 15 dias. Os pacientes também foram submetidos à avaliação clínica e laboratorial. Foram administrados os seguintes questionários: *Nottingham Health Profile (NHP)*, *Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2)* e *HAQ- 20*. Somente duas questões foram modificadas na fase de tradução e adaptação cultural. A partir da tradução para o português do SF-36 e sua adequação às condições socioeconômicas e culturais da população brasileira, bem como a demonstração de sua reprodutibilidade e validade, os autores concluíram que esse instrumento é um parâmetro que pode ser utilizado na avaliação da artrite reumatoide ou em outras doenças, seja na pesquisa ou na assistência.

LONGO Jr. *et al.* (2001) avaliaram a qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa, em um ambulatório de um hospital público. Foram avaliados 30 pacientes, que responderam o instrumento *Short Form-36*. Por meio desse estudo, observaram piora da qualidade de vida desses pacientes em seis domínios, com diferença estatística ($p < 0,05$), sendo: capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos da dor, estado geral da saúde, aspectos sociais e aspectos emocionais. Saúde mental e vitalidade não estavam alteradas nesses pacientes. Os

autores concluíram que os pacientes com úlcera venosa que participaram do estudo apresentavam qualidade de vida prejudicada.

DINI, QUARESMA, FERREIRA (2004) traduziram e realizaram a adaptação cultural da Escala de autoestima de Rosenberg, no Brasil, em pacientes submetidos à lipoaspiração. As entrevistas foram feitas com 54 pacientes de ambos os gêneros. Foram aplicados três questionários (Escala de autoestima Rosenberg, *Short Form-36* e o *SRQ-20*) no período pré-operatório e seis meses após o procedimento cirúrgico. Escala de autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM - assim foi denominada pelos autores. Na avaliação pelo SF-36, houve melhora na qualidade de vida desses pacientes, apresentando validade de construção e bons índices de sensibilidade e responsividade.

CHARLES (2004) investigou o impacto da "doença" e do tratamento na qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa. Fizeram parte do estudo 65 pacientes que foram tratados com terapia compressiva; foi utilizado o instrumento *Short Form-36* para avaliar a qualidade de vida, cujas questões foram respondidas no início do tratamento e após a cicatrização da úlcera. Houve melhora significativa nos domínios dor, saúde mental, capacidade funcional e aspecto social após a cicatrização da úlcera. Por meio desse estudo, os autores puderam verificar que o tratamento com a terapia compressiva nos pacientes com úlcera venosa foi eficaz e promoveu melhora na qualidade de vida.

GONÇALVES *et al.* (2004) realizaram estudo com o objetivo de descrever as características da dor em pacientes com úlcera de perna. A casuística foi composta por 90 pacientes. A coleta de dados foi realizada em quatro serviços ambulatoriais na cidade de São Paulo e Curitiba. O instrumento utilizado foi Escala Numérica de dor e o Questionário de McGill de dor. Constatou-se que 81,11% dos pacientes apresentavam úlcera venosa. A média da intensidade de dor relatada foi 3,10. Relacionado ao Questionário de McGill de dor, o descritor sensorial foi o mais frequente para descrever a dor. Os autores concluíram que esse estudo indica a necessidade de mais atenção e compreensão por parte dos profissionais da saúde sobre dor em pacientes com úlcera de perna. Os autores ressaltam a necessidade de procedimentos específicos e eficazes destinados a contribuir para a melhoria no manejo da dor desses indivíduos.

HAREENDRAN *et al.* (2005) avaliaram a qualidade de vida em 38 pacientes com úlceras venosas. Foram realizadas entrevistas por psicólogos utilizando o questionário Skindex. A pontuação do Skindex indicou que pacientes idosos tiveram pior qualidade de vida. Por meio dos resultados, pode-se concluir que os itens dor, aparência alterada, perda do sono e limitação funcional, prejudicaram a qualidade de vida desses indivíduos. Os autores ressaltam que a mensuração da qualidade de vida dos pacientes com úlceras venosas deve ser avaliada durante o tratamento.

JANKUNAS *et al.* (2007) realizaram estudo prospectivo, em que avaliaram a eficácia do enxerto de pele e a influência sobre a qualidade de vida em pacientes com úlceras venosas. Esse estudo foi realizado entre 2001 e 2005, sendo que os pacientes foram acompanhados por seis meses, no Departamento de Cirurgia Plástica e na Clínica de Doenças da Pele e Venéreas Kaunas Médica do Hospital Universitário. Fizeram parte deste estudo 40 pacientes denominados grupo S, que foram tratados com enxerto de pele e 31 pacientes denominados grupo C que foram tratados por meios conservadores. O questionário utilizado foi desenvolvido pelo Prof. Dr. Hyland. Os pacientes responderam no início e no final do estudo. Os autores observaram melhora do sono e da dor em pacientes do grupo S ($p < 0,05$), enquanto no grupo C, a dor permaneceu a mesma. O enxerto de pele melhorou a qualidade de vida, humor e da dor.

GUARNERA *et al.* (2007) avaliaram a dor e a qualidade de vida em pacientes com úlceras crônicas de perna. Fizeram parte do estudo 381 pacientes, sendo 233 mulheres e 148 homens. Foram utilizados os questionários *Short Form-12* (SF-12) e a escala visual analógica de dor. As avaliações foram feitas durante o dia, à noite e nas trocas de curativos. As mulheres apresentaram dor mais frequentes e tiveram pior qualidade de vida em relação aos homens. 44,4% dos pacientes queixaram-se de dor durante o dia e 44,9%, durante a noite, 57,5% dos pacientes referiram dor durante as trocas de curativos. De acordo com os valores do componente físico do questionário SF-12, os pacientes com maior tempo com úlcera apresentaram pior qualidade de vida em relação aos pacientes que tinham úlceras havia menos tempo. Os autores concluíram que a úlcera venosa é muito dolorosa, e o alívio da dor é necessário, especialmente nas trocas de curativos.

LUCAS, MARTINS, ROBAZZI (2008) avaliaram o significado da qualidade de vida em 15 pacientes com feridas crônicas em membros inferiores, identificando quais os aspectos de suas vidas sofreram maior impacto. Esta pesquisa teve abordagem qualitativa, em que foi utilizada, como referencial teórico, a análise de conteúdo, os entrevistados relacionaram o significado de qualidade de vida a três fatores: ser e estar saudável, ter boas condições econômicas e ter um familiar presente. Os autores concluíram que a dor, a demora na recuperação e a necessidade de modificar seus hábitos diários interferem na qualidade de vida.

WOO & SIBBALD (2009) desenvolveram estudo prospectivo com o objetivo de avaliar a dor nos pacientes com feridas crônicas de perna, utilizando o *Wound Associated Pain Model*. Participaram desse estudo 111 pacientes. No início do estudo, o escore médio de dor foi 6,3 e no final do estudo foi igual a 2,8 ($p < 0,001$). Para verificar a relação entre dor e cura da ferida, os níveis de dor foram comparados nos indivíduos que apresentaram cicatrização total das feridas e aqueles que não tiveram completa cicatrização. O escore médio de dor foi 1,67 para os sujeitos que cicatrizaram a úlcera e 3,21 para os pacientes que não apresentaram cicatrização da úlcera ($p < 0,041$). Os autores concluíram que os escores de dor são menores para pacientes com úlceras cicatrizadas.

SANTOS, PORFÍRIO, PITTA (2009) em um estudo transversal analítico e comparativo avaliaram a qualidade de vida de 88 pacientes com doença venosa crônica leve e

grave. Foi usado o questionário genérico *Medical Outcomes Study – 36- Item Short Form Health Survey* (SF-36). Com exceção do domínio estado geral da saúde, todos os outros domínios mostraram que o grupo de pacientes com insuficiência venosa grave apresentou escores inferiores quando comparado ao grupo de pacientes com doença leve. Os autores concluíram que a qualidade de vida dos pacientes com doença venosa crônica é pior, de acordo com a gravidade da úlcera.

YAMADA & SANTOS (2009) verificaram as propriedades psicométricas do instrumento Índice de Qualidade de Vida de *Ferrans e Powers* (IQVFP) e analisaram os escores do instrumento de qualidade de vida utilizado. Participaram desse estudo 89 pessoas com úlceras venosas crônicas em 3 ambulatórios públicos, utilizando-se a versão genérica do IQVFP. A respeito das UV, constatou-se média de 1,54 úlceras; 71,95% dos pacientes apresentaram novas UV após a primeira ulceração, 67,45% tiveram a ferida havia menos de 5 anos e 69,74% estavam com UV localizadas na perna esquerda. Acerca da QV, obteve-se: escore médio de 22,27% (DP= 5,05) para o IQVT. Houve correlação: negativa entre o domínio psicológico/espiritual e número de úlcera venosa crônica ($r=-0,19$) e entre o domínio família e tempo com a úlcera venosa crônica atual ($r=-0,19$); positiva entre o IQVT e seus domínios e os católicos, não confirmados na comparação para o domínio saúde/funcional; positiva entre os domínios saúde/funcional, família e o IQVT, confirmada na comparação nos domínio saúde/funcional e família. Os pacientes sem companheiros tiveram melhor QV no domínio família, evidenciado na correlação ($r=-0,28$; $p=0,004$) e comparação ($p < 0,006$). Os autores concluíram que o IQVFP é um instrumento sofisticado, desenvolvido com extremo rigor científico e foi adequado para a população com baixo nível socioeconômico e educacional.

TABORDA *et al.* (2010) avaliaram a qualidade de vida e a frequência de sofrimento psíquico nos pacientes em um centro de Dermatologia, localizado na cidade de Porto Alegre. Estudo transversal foi realizado no mês de janeiro a julho de 2007. Foi utilizado o Índice de Qualidade de Vida para Dermatologia (DLQI) e o Self-Reported Questionnaire (SRQ-20). Foram entrevistados 1.000 pacientes. Não houve efeito da dermatose sobre a qualidade de vida em 21,5% dos pacientes; 34,2% apresentaram "pouco efeito"; 21,6%, "efeito moderado"; 19,3%, "grande efeito" e 3,4%, efeito extremo sobre a qualidade de vida. A correlação entre sofrimento psíquico e dermatoses não mostrou associação estatística significativa.

Comparando-se os dois questionários, houve associação significativa entre presença de sofrimento psíquico e pior qualidade de vida ($p < 0,001$). Os pacientes com sofrimento psíquico referiram grande efeito ou efeito extremo sobre a qualidade de vida. Os autores, por meio desse estudo, ressaltam que várias doenças dermatológicas causam impacto sobre a qualidade de vida e sobre o estado psíquico do indivíduo afetado, influenciando na sua saúde geral, na evolução da dermatose e na resposta às terapêuticas instituídas.

SOUZA & MATOS (2010) realizaram pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que objetivou analisar a percepção da pessoa com ferida crônica sobre sua sexualidade. Foram entrevistados oito indivíduos com feridas crônicas, de um centro de saúde de Salvador (BA), cujos relatos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo. Os resultados demonstraram que os sentimentos desenvolvidos diante da condição de estar com uma lesão crônica são negativos e que a sexualidade é entendida por eles como sinônimo de sexo. Eles consideraram a dor, o odor, o exsudato e o curativo como características responsáveis pelas alterações ocorridas na vida sexual e referem encontrar na religião e na fé em Deus o amparo necessário para enfrentar as dificuldades vivenciadas. Percebeu-se que são complexas as alterações vivenciadas na sexualidade do portador de ferida crônica e que a compreensão delas pela equipe de saúde é importante para propiciar o planejamento do cuidado mais efetivo e de qualidade.

PAUL, PIEPER, TEMPLIN (2011), em um estudo exploratório transversal, analisaram o prurido e sua relação com a doença venosa crônica, dor e qualidade de vida. Participaram desse estudo 160 pacientes com prurido e dor. O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida foi o SF-12. Em relação à localização, 54,7% relataram prurido em algum lugar do seu corpo e 45,9% nas pernas ou pés. Do total de participantes, 14% relataram prurido nas pernas ou nos pés, tinham feridas nas pernas ou nos pés e apresentaram pior qualidade de vida, mais comorbidades e maior frequência de dor na perna do que os que não tinham prurido. Os autores concluíram que o prurido nas pernas ou nos pés é um problema clinicamente relevante, que está relacionado com a doença venosa. Pessoas com prurido nos membros inferiores têm índices mais elevados de dor e piora da qualidade de vida.

FARIAS *et al.* (2011) investigaram a qualidade de vida, autoestima e capacidade funcional em pacientes com úlcera venosa. Foram utilizados a Escala de autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM, o *Short Form-36* e o *Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ-20)*. O grupo de estudo foi composto por 80 pacientes com úlcera venosa crônica e, para o grupo controle, foram incluídos 80 pacientes sem úlceras, que receberam tratamento no ambulatório de curativos da Associação Francisco de Paula Vitor, no Hospital das Clínicas Samuel Libânio e nas Unidades de Saúde da Família e salas de curativos de serviços públicos de saúde da cidade de Pouso Alegre - Minas Gerais. A média dos escores, obtidos em cada domínio do questionário SF-36, apresentou diferença estatística em 4 dos 8 domínios, sendo capacidade funcional, aspectos físicos, aspectos sociais e aspectos emocionais. Não houve diferença estatística entre os escores médios da escala de autoestima e do HAQ-20 entre os grupos.

NOBREGA *et al.* (2011), em estudo transversal, descritivo, quantitativo, realizado com 50 pessoas com úlcera venosa, verificaram as alterações na qualidade de vida de pessoas com esse agravo de saúde atendidas no ambulatório de angiologia de um hospital universitário em Natal/RN. A coleta de dados foi realizada em dois meses, por meio da aplicação de formulário estruturado, contendo dados sociodemográficos de saúde, clínicas e assistenciais do paciente. Os pacientes com úlcera venosa apresentaram mudanças na qualidade de vida após o surgimento da úlcera em relação ao lazer e à dor; restrição social, escolar e de locomoção; restrição laboral, financeira e de progressão social; piora na aparência física e discriminação; restrição de atividade doméstica. Ao comparar essas mudanças com o tempo de lesão, observou-se que o fator tempo influencia na mudança da QV ($p=0,0001$). Concluíram que diversos fatores sociodemográficos, clínicos e assistenciais sofrem influência da UV, refletindo na QV dos pacientes. Dessa forma, denota-se que quanto mais crônica for a lesão, mais mudanças negativas ocorrem na qualidade de vida da pessoa com úlcera venosa.

COSTA *et al.* (2011) avaliaram as evidências disponíveis sobre a influência da dor na vida diária da pessoa com úlcera venosa. Trata-se de um estudo de revisão integrativa que obedeceu às seguintes etapas: estabelecimento da hipótese e objetivos; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados. Para a

seleção dos artigos, utilizou-se três bases de dados, Medline, Cinahl e *Isi Web Of Knowledge* e a amostra constituiu-se de 18 artigos. Nos trabalhos que foram analisados, foi evidenciado que a dor da úlcera venosa influencia na vida diária do paciente. Dentre as pessoas com úlcera venosa, foi possível verificar que a dor é um dos grandes agravantes para a diminuição da qualidade de vida, principalmente no que diz respeito à perda do humor, distúrbios do sono, isolamento social e perda da mobilidade física. Os autores concluíram que a dor na ferida pode levar a um impacto negativo na vida de uma pessoa, portando a necessidade de cada paciente deve ser reconhecida e considerada de maneira individualizada.

ALVARADO *et al.* (2011) avaliaram as características da dor relacionada à úlcera venosa crônica. Trata-se de estudo descritivo, exploratório e transversal, realizado com 30 indivíduos com úlcera venosa em tratamento ambulatorial na cidade de São Paulo. Para a mensuração da dor, utilizou-se a escala visual numérica de dor e, para a caracterização, o questionário de dor de McGill. A maioria dos pacientes era do sexo feminino, branca, com idade acima 60 anos e ensino fundamental. Todos os sujeitos demarcaram pelo menos um ponto da escala numérica de dor, com uma pontuação média de 7,3, caracterizada como dor forte. Nos descritores da dor, 83,3% referiram dor sensitiva e 16,7% avaliativa. Os autores concluíram que os pacientes do estudo apresentaram dor forte, sensitiva e avaliativa.

MÉTODOS

4. MÉTODOS

4.1 TIPO

Estudo clínico, multicêntrico, primário, descritivo, analítico, prospectivo, comparativo, controlado e não randomizado.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Este estudo foi realizado no Ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo (HSP) - Setor de Feridas e no ambulatório de Feridas do Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS), após autorização pelo responsável do serviço (Apêndice 1). Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o parecer CEP-nº: 0945/08 (Apêndice 2).

4.3 CASUÍSTICA

A casuística do estudo foi de 100 pacientes com diagnóstico de úlcera venosa e indicação de cobertura cutânea com enxerto de pele parcial (50 pacientes fizeram parte do Grupo Controle (GC) e 50 do Grupo Estudo (GE)).

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO (GC e GE)

- Idade maior que 18 anos.
- Indivíduos com diagnóstico de úlcera venosa feito por um cirurgião vascular.
- Pacientes com úlcera venosa com indicação de cobertura cutânea com enxerto de pele parcial.
- Lesão com presença de tecido de granulação e sem sinais de infecção

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO (GC e GE)

- Lesões de pele que não sejam caracterizadas como úlcera venosa.
- Pacientes com doenças clínicas que contra indiquem a cirurgia, como insuficiência cardíaca congestiva descompensada, hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* descompensado e coagulopatias.
- Pacientes que foram submetidos a enxerto de pele há, no mínimo, 24 meses.

4.6 DIAGNÓSTICO DA ÚLCERA VENOSA

Todos os pacientes fizeram acompanhamento prévio com um cirurgião vascular e tinham como diagnóstico úlcera venosa.

O diagnóstico de úlcera venosa é clínico e as úlceras têm as seguintes características: são feridas superficiais, os pacientes apresentam edema no membro, apresentam eczema, eritema, lipodermatoesclerose, hiperpigmentação e presença de veias varicosas nos membros inferiores (MAFFEI *et al.* 2002; ABBADE & LASTÓRIA, 2006; CARMO *et al.* 2007).

4.7 COLETA DE DADOS

A coleta de dados dos pacientes do Grupo Controle e Grupo Estudo foi realizada entre julho de 2008 e dezembro de 2010. A inclusão dos pacientes no estudo foi de acordo com a ordem de chegada. Foi esclarecido que, após a coleta de dados, os pacientes do Grupo Controle seriam operados (realizado o enxerto de pele).

A coleta dos dados foi iniciada após o esclarecimento sobre o estudo e assinatura pelo paciente do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3).

No Grupo Estudo, a coleta de dados foi feita no período pré-operatório, um mês, três e seis meses após a cirurgia de enxerto de pele para cobertura da úlcera venosa.

No Grupo Controle, a coleta de dados foi feita no momento de inclusão do paciente no estudo, um mês, três e seis meses após sua inclusão. Todos os pacientes faziam

acompanhamento periódico no ambulatório com coberturas adequadas para a cicatrização e terapia compressiva com atadura elástica ou bota de Unna.

Todas as entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador, em uma sala reservada, garantindo o conforto e a tranquilidade do paciente para a emissão das respostas.

4.8 ENXERTO DE PELE

A cirurgia de enxerto de pele foi indicada pelo cirurgião plástico após avaliação clínica da lesão e condições clínicas do paciente, com exames pré-operatórios avaliados e liberados para cirurgia. Foram realizadas orientações quanto ao preparo pré-operatório em relação ao procedimento cirúrgico e anestesia.

Todos os pacientes foram acompanhados no pós-operatório em relação aos cuidados com a área doadora e receptora do enxerto de pele, sendo os cinco primeiros dias internados no hospital. Após a alta, o retorno ao ambulatório se fez a cada semana, até completar um mês. Após esse período, o acompanhamento foi feito mensalmente até completar seis meses.

Todos os pacientes foram orientados a hidratar a área doadora com Ácidos Graxos Essenciais até completa reepitelização. Na área receptora do enxerto, após completa integração do enxerto e retirada de pontos, foram orientados a manter a pele hidratada e usar meia de compressão elástica ou a faixa elástica.

Dois pacientes (4%) no GE apresentaram perda parcial do enxerto em cerca de 4% da área enxertada, sendo mantidos no estudo durante todo o acompanhamento e submetidos a curativos locais, até completa cicatrização, que ocorreu em um mês.

4.9 INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA COLETA DOS DADOS

Foi utilizado um instrumento para a coleta de dados demográficos e clínicos (Apêndice 4); a qualidade de vida foi avaliada pelo questionário *Short Form-36* (Anexo 1), a avaliação da autoestima pela Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP-EPM (Anexo 2) e a avaliação da capacidade funcional pelo *Health Assessment Questionnaire-20* (Anexo 3). Para avaliação da dor, foram utilizadas a Escala Numérica (EN) (Anexo 4) e o Questionário de Dor de McGill (Anexo 5).

O instrumento utilizado para avaliar a qualidade de vida foi o *Short Form-36 (SF-36)* (CICONELLI *et al.* 1999; WARE & SHERBOURNE, 1992). O *Short Form-36* é um instrumento genérico, multidimensional, formado por 36 itens, sendo uma questão comparativa entre o estado de saúde atual e o de um ano atrás e mais 35 itens distribuídos em 10 questões, que abrangem oito domínios. Os domínios são: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor, Estado Geral da Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental que serão descritos a seguir.

A Capacidade Funcional é medida por 10 itens presentes na questão três, que avalia como o indivíduo realiza as suas tarefas, tais como se vestir, tomar banho, andar, subir escadas, entre outras.

O Aspecto Físico é medido por quatro itens presentes na questão quatro, com perguntas sobre como a saúde física interfere com as atividades de trabalho.

A Dor é avaliada por dois itens presentes nas questões sete e oito, que detectam o quanto de dor o indivíduo teve no período avaliado e as limitações ocasionadas pelos sintomas na sua vida diária.

O Estado Geral de Saúde é avaliado por cinco itens, presentes nas questões um e onze, com perguntas sobre como o indivíduo percebe seu estado de saúde e qual a sua opinião sobre ela no futuro.

A Vitalidade é avaliada por quatro itens presentes na questão nove, com perguntas sobre estado de tranquilidade, energia e disposição do indivíduo para realizar as suas tarefas diárias.

Os Aspectos Sociais são avaliados por dois itens, presentes nas questões seis e dez, com perguntas sobre por quanto tempo os indivíduos privam-se de realizar as suas atividades sociais normais, devido ao seu estado físico ou emocional.

O Aspecto Emocional é avaliado por três itens, presentes na questão cinco, com perguntas sobre como a saúde emocional interferiu nas atividades de trabalho e em outras atividades diárias.

A Saúde Mental é avaliada por cinco itens, presentes na questão nove, nas quais se mensura o comprometimento causado na vida do indivíduo por sentimentos como ansiedade, depressão, felicidade e tranquilidade.

Apresenta ainda mais uma questão da avaliação comparativa do estado de saúde atual e de um ano atrás.

Cada dimensão do SF-36 é avaliada de forma independente e apresenta um escore que varia de zero a 100, sendo zero a representação do pior estado de saúde e 100 do melhor. Esse questionário enfatiza a percepção do indivíduo sobre sua saúde no período de quatro semanas anteriores ao momento da coleta de dados. (WARE & SHERBOURNE, 1992; CICONELLI *et al.* 1999)

A **Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM** - versão brasileira - é um instrumento específico de medida de qualidade de vida, composto por dez questões fechadas, com as seguintes opções de resposta (concordo plenamente, concordo, discordo e discordo plenamente, onde cada item de resposta varia de 0 a 30, sendo zero a melhor autoestima e 30 a pior autoestima.) (ROSENBERG, 1965; DINI, QUARESMA, FERREIRA, 2004)

Para avaliar a Capacidade Funcional, foi utilizado o questionário ***Health Assessment Questionnaire- 20***, que foi traduzido para a língua portuguesa, adaptado para a cultura brasileira e validado para utilização em saúde por FERRAZ (1990). Constitui-se de oito componentes, subdivididos da seguinte forma:

Componente 1 – perguntas 1 e 2 estão relacionadas a vestir-se, amarrar os sapatos, abotoar as roupas, lavar a cabeça e os cabelos.

Componentes 2 - perguntas 3 e 4 abrangem atividades como levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem os braços e deitar-se e levantar-se da cama.

Componentes 3 - perguntas 5, 6, e 7 relacionam-se a cortar um pedaço de carne, levar à boca um copo ou xícara de café, leite ou água e abrir um saco de leite comum.

Componentes 4 - perguntas 8 e 9 englobam atividade como caminhar em lugares planos e subir 5 degraus.

Componentes 5 - perguntas 10, 11 e 12 estão relacionadas a lavar o corpo inteiro e secá-lo após o banho, tomar banho de chuveiro, sentar-se e levantar-se do vaso sanitário.

Componentes 6 - perguntas 13 e 14 avaliam a capacidade de o indivíduo levantar os braços e pegar um objeto de mais de 2,5 quilos, posicionado um pouco acima de sua cabeça, curvar-se para pegar suas roupas no chão.

Componentes 7 - perguntas 15, 16 e 17 analisam a capacidade de a pessoa segurar-se em pé no ônibus ou metrô, destampar potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos, abrir e fechar torneiras.

Componente 8 - perguntas 18, 19 e 20 mensuram a capacidade de a pessoa fazer compras na redondeza onde mora, entrar e sair de um ônibus e realizar tarefas como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água.

Cada um dos componentes desse instrumento é avaliado por um único índice, que varia de zero a três, sendo zero igual a ser capaz de fazer e três a ser incapaz de realizar determinada função.

Para quantificar a intensidade de dor, será utilizada a **Escala Numérica de dor** (EN). Essa escala numérica é graduada de 0 a 10, em que zero significa ausência de dor e 10 a pior dor já sentida. Após a coleta, a dor é classificada em ausência de dor (0), dor leve (1-3), moderada (4-6) e intensa (7-10). (PIMENTA & TEIXEIRA, 1996).

A qualidade da dor foi avaliada com a aplicação do **Questionário de Dor de McGill** (PIMENTA & TEIXEIRA, 1996). Esse questionário é constituído por palavras conhecidas como descritores, pois descrevem a sensação de dor que o paciente pode estar sentindo. Os descritores são organizados em quatro grandes grupos e em vinte subgrupos. Cada conjunto de subgrupos avalia um grupo. Os descritores abrangem as áreas: sensorial (subgrupo de 1 a 10), afetivo (subgrupo de 11 a 15), avaliativo (subgrupo 16) e miscelânea (subgrupo de 17 a 20).

O grupo sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor; o grupo afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15) descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas; os descritores do componente cognitivo-avaliativo (subgrupo 16) permitem, ao doente, expressar a avaliação global da experiência dolorosa. Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. Cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor corresponde um número que indica sua intensidade (PIMENTA & TEIXEIRA, 1996).

A partir do questionário de McGill, pode-se chegar às seguintes medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor. O número de descritores escolhidos corresponde as palavras que o doente escolheu para explicar a dor. O maior valor possível é 20, pois o doente só pode escolher, no máximo, uma palavra por subgrupo. O índice de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores escolhidos. O valor máximo possível é 78.

Estes índices podem ser obtidos no total e para cada 1 dos 4 componentes do questionário: padrão sensitivo, afetivo, avaliativo e subgrupo de miscelânea.

4.10 CARACTERIZAÇÃO DA CASUÍSTICA

A casuística foi distribuída em dois grupos (Grupo Controle e Grupo Estudo).

Foram registrados dados demográficos, dados clínicos. As Tabelas 1 e 2 (Apêndice 5) apresentam esses dados.

4.11 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foram utilizados para a análise estatística os seguintes testes: Teste t de Student, Teste *Kruskal-Wallis* e Teste Qui-Quadrado de Independência.

O **Teste t de Student** foi aplicado para avaliar a ocorrência de diferença estatística entre os Grupos Controle e Estudo, para cada instrumento (*Short Form-36*, Escala de autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM, *Health Assessment Questionnaire-20*, Escala Numérica de dor e Questionário de Dor de McGill).

O **Teste *Kruskal-Wallis*** foi aplicado com a finalidade de comparar o Grupo Controle e o Grupo Estudo, entre cada um dos instrumentos (*Short Form-36*, Escala de autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM, *Health Assessment Questionnaire-20*, Escala Numérica de dor e Questionário de Dor de McGill).

O **Teste Qui-Quadrado de Independência** utilizado com finalidade de verificar a existência de associações entre as variáveis demográficas e clínicas entre os grupos.

Para todos os testes estatísticos foram considerados os níveis de significância 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

5 - RESULTADOS

A casuística foi composta por 50 pacientes do GC, sendo 10 pacientes acompanhados no Ambulatório de Feridas da Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo e 40 pacientes no Ambulatório de Feridas do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. No Grupo Estudo, 20 pacientes foram acompanhados no Ambulatório de Feridas da Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo e 30 pacientes no Ambulatório de Feridas do Conjunto Hospitalar de Sorocaba.

TABELA 3 – Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, conforme escore médio total do questionário *Short Form-36*.

Estatística descritiva	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90 d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	18,10	18,42	19,52	20,20	32,34	71,38	84,40	90,38	0,0001
Desvio padrão	16,42	17,04	16,88	18,77	16,46	15,21	15,21	16,38	

Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

IE= Inclusão do paciente no estudo \ d= dia\ Pré op= Pré-operatório\ Po= Pós-operatório.

Na Tabela 3, observa-se que na avaliação inicial do paciente com úlcera venosa, os escores do SF-36 foram baixos, com média variando entre 18,10 (GC) a 32,34 (GE). Após um mês em que o enxerto de pele foi realizado, houve elevação no escore do SF-36 (71,38) em relação ao GC (18,42). Com 90 dias e 180 dias, também houve aumento nos escores do SF-36 no GE em relação ao GC. Houve diferença estatística entre os grupos ($p= 0,0001$).

TABELA 4a – Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, segundo escore médio dos domínios Capacidade funcional, Dor, Aspecto físico e Estado geral de saúde do *Short Form-36*.

Estatística descritiva	Capacidade funcional								
	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	16,10	16,42	16,52	17,80	30,34	69,38	82,40	88,38	0,0003
Desvio padrão	14,42	15,04	14,88	16,77	14,46	13,21	13,21	14,38	
Estatística descritiva	Dor								
	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	32,54	32,38	32,54	30,38	36,30	56,60	69,84	73,88	0,0001
Desvio padrão	19,75	19,84	19,29	21,69	8,37	9,35	8,97	12,86	
Estatística descritiva	Aspecto físico								
	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30Po	90 Po	180 Po	
Média	13,18	12,80	14,48	5,16	29,10	74,16	85,84	94,40	0,0001
Desvio padrão	19,30	19,09	21,06	10,73	21,87	19,83	16,56	16,13	
Estatística descritiva	Estado geral de saúde								
	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	28,02	28,22	29,00	16,88	36,64	59,58	67,70	72,78	0,0001
Desvio padrão	18,44	18,62	18,54	18,54	8,90	20,17	8,12	16,28	

Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

IE = Inclusão do paciente no estudo \ d= dia\ Pré op= Pré-operatório\ Po= Pós-operatório.

TABELA 4b – Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, segundo escore médio dos domínios Aspecto social, Aspecto emocional, Vitalidade e Saúde mental do *Short Form - 36*.

Estatística descritiva	Aspecto social									
	Grupo Controle (n=50)					Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po		
Média	36,53	36,97	37,17	24,36	39,25	57,16	61,29	63,39		
Desvio padrão	18,73	19,27	18,69	24,12	11,56	8,41	12,78	16,29	0,002	
Estatística descritiva	Aspecto emocional									
	Grupo Controle (n=50)					Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po		
Média	16,45	16,49	17,48	16,08	30,24	65,97	86,41	87,11		
Desvio padrão	20,24	20,22	20,93	16,87	21,32	14,62	15,03	19,20	0,0001	
Estatística descritiva	Vitalidade									
	Grupo Controle (n=50)					Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po		
Média	32,08	31,46	32,60	30,20	38,14	53,54	77,66	80,54		
Desvio padrão	17,27	16,98	16,80	19,73	9,69	8,56	9,80	10,69	0,0001	
Estatística descritiva	Saúde mental									
	Grupo Controle (n=50)					Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po		
Média	34,58	34,64	35,66	22,70	50,82	61,68	67,00	69,10		
Desvio padrão	17,97	18,05	17,62	21,71	8,02	13,17	14,86	17,66	0,0001	

Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

IE= Inclusão do paciente no estudo \ d= dia\ Pré op= Pré-operatório\ Po= Pós-operatório.

Nas Tabelas 4a e 4b, está apresentada a média nos escores em todos os domínios do SF-36, no GC e GE. Os escores iniciais em ambos os grupos eram baixos em todos os domínios do SF-36. Observa-se que o GE tinha média, apesar de baixa, discretamente maior que o GC. Houve diferença estatística nos domínios do SF-36 entre os grupos.

No GC, nos períodos de avaliação, não houve significativas mudanças nos escores, porém foi observada diminuição nos escores em todos os domínios do SF-36 no período de 180 dias, no entanto, não relacionada a nenhuma conduta durante o acompanhamento no estudo; ou seja, as avaliações foram todas feitas de modo similar, no mesmo ambiente e com o mesmo pesquisador.

No GE foi observada uma elevação nos escores médios do SF-36 em todos os domínios, e sendo maior a cada avaliação, ou seja, após 30, 90 e 180 dias do enxerto de pele. Houve diferença estatística entre os grupos e os períodos de avaliação em cada grupo ($p=0,0001$).

TABELA 5 – Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, segundo escore médio dos componentes do *Health Assessment Questionnaire-20*.

Estatística descritiva	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90 d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	2,42	2,47	2,37	1,7	2,65	1,35	0,50	0,18	0,0001
Desvio padrão	0,30	0,30	0,3	0,31	0,21	0,52	0,28	0,12	

Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

IE= Inclusão do paciente no estudo \ d= dia\ Pré op= Pré-operatório\ Po= Pós-operatório.

Na Tabela 5, verifica-se que pacientes que foram submetidos ao enxerto de pele, apresentaram menores escores do *HAQ-20* após a cirurgia (que equivale à melhora da capacidade funcional). Houve diferença estatística entre os grupos em todos os componentes ($p=0,0001$).

TABELA 6 a – Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, conforme o escore médio dos componentes 1, 2, 3 e 4 do questionário *Health Assessment Questionnaire-20*.

Estatística descritiva	Componente 1 (vestir-se)									
	Grupo Controle (n=50)					Grupo Estudo (n=50)				
	IE	30 d	90d	180 d		Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	p*
Média	2,42	2,20	2,06	1,60		2,46	1,14	0,52	0,10	
Desvio padrão	0,73	0,78	0,84	0,61		0,68	0,53	0,50	0,30	0,0002
Estatística descritiva	Componente 2 (levantar-se)									
	Grupo Controle (n=50)					Grupo Estudo (n=50)				
	IE	30 d	90d	180 d		Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	p*
Média	2,40	2,26	2,04	1,74		2,56	1,38	0,48	0,02	
Desvio padrão	0,64	0,66	0,70	0,66		0,58	0,57	0,50	0,14	0,0001
Estatística descritiva	Componente 3 (alimentar-se)									
	Grupo Controle (n=50)					Grupo Estudo (n=50)				
	IE	30 d	90d	180 d		Pré-op	30 Po	90 Po	180 Po	p*
Média	2,38	2,12	2,14	1,56		2,46	1,38	0,48	0,02	
Desvio padrão	0,73	0,80	0,86	0,76		0,76	0,99	0,56	0,27	0,0001
Estatística descritiva	Componente 4 (caminhar)									
	Grupo Controle (n=50)					Grupo Estudo (n=50)				
	IE	30 d	90d	180 d		Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	p*
Média	2,70	2,56	2,50	2,10		2,90	1,46	0,56	0,16	
Desvio padrão	0,54	0,61	0,61	0,76		0,30	0,97	0,61	0,37	0,0001

Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

IE= Inclusão do paciente no estudo \ d= dia\ Pré op= Pré-operatório\ Po= Pós-operatório.

TABELA 6 b – Comparação entre os Grupos Controle e Estudo, conforme o escore médio dos componentes 5, 6, 7 e 8 do *Health Assessment Questionnaire-20*.

Estatística descritiva	Componente 5 (higiene pessoal)								
	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	2,52	2,42	2,36	2,02	2,82	1,26	0,54	0,60	
Desvio padrão	0,61	0,64	0,69	0,71	0,39	0,80	0,58	0,49	0,0001
Estatística descritiva	Componente 6 (alcançar objetos)								
	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	2,92	2,88	2,74	2,18	2,68	1,70	0,70	0,22	
Desvio padrão	0,27	0,33	0,49	0,48	0,47	0,86	0,61	0,42	0,0001
Estatística descritiva	Componente 7 (apreender objetos)								
	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	2,72	2,68	2,64	2,14	2,76	1,58	0,48	0,14	
Desvio padrão	0,45	0,47	0,48	0,50	0,48	0,7309	0,6465	0,3505	0,0001
Estatística descritiva	Componente 8 (outras atividades)								
	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30 d	90d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	2,90	2,68	2,64	2,14	2,76	1,02	0,48	0,12	
Desvio padrão	0,303	0,47	0,48	0,50	0,48	0,98	0,76	0,33	0,0001

Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

IE= Inclusão do paciente no estudo \ d= dia\ Pré op= Pré-operatório\ Po= Pós-operatório.

Na Tabela 6a e 6b, estão apresentados os componentes do HAQ-20 no pré-operatório em relação ao pós-operatório de 30, 90 e 180 dias. Os resultados apresentaram pontuação indicativa de melhora em todos os componentes do *Health Assessment Questionnaire* (1- vestir-se, 2- levantar-se, 3- alimentar-se, 4- caminhar, 5- higiene pessoal, 6- alcançar objetos, 7- apreender objetos e 8- outras atividades). Houve diferença estatística entre os grupos ($p=0,0001$).

TABELA 7- Resultados obtidos na Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM.

Estatística descritiva	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo (n=50)				p*
	IE	30d	90 d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	25,50	24,22	23,20	22,60	25,86	17,54	10,72	5,18	0,0001
Desvio padrão	2,33	2,08	2,44	3,10	3,54	2,45	2,18	2,47	

Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

IE= Inclusão do paciente no estudo \ d= dia\ Pré op= Pré-operatório\ Po= Pós-operatório.

Na Tabela 7, observa-se que na avaliação inicial dos pacientes com úlcera venosa, os escores da Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM tinham média de 25,50 no GC e 25,86 no GE. Após um mês em que o enxerto de pele foi realizado, o escore no GE foi menor (17,54) em relação ao GC (24,22), em que não houve intervenção cirúrgica. Com 90 dias e 180 dias, também houve diminuição nos escores do GE em relação ao GC. Houve diferença estatística entre os grupos em todos os períodos da coleta dos dados ($p= 0,0001$).

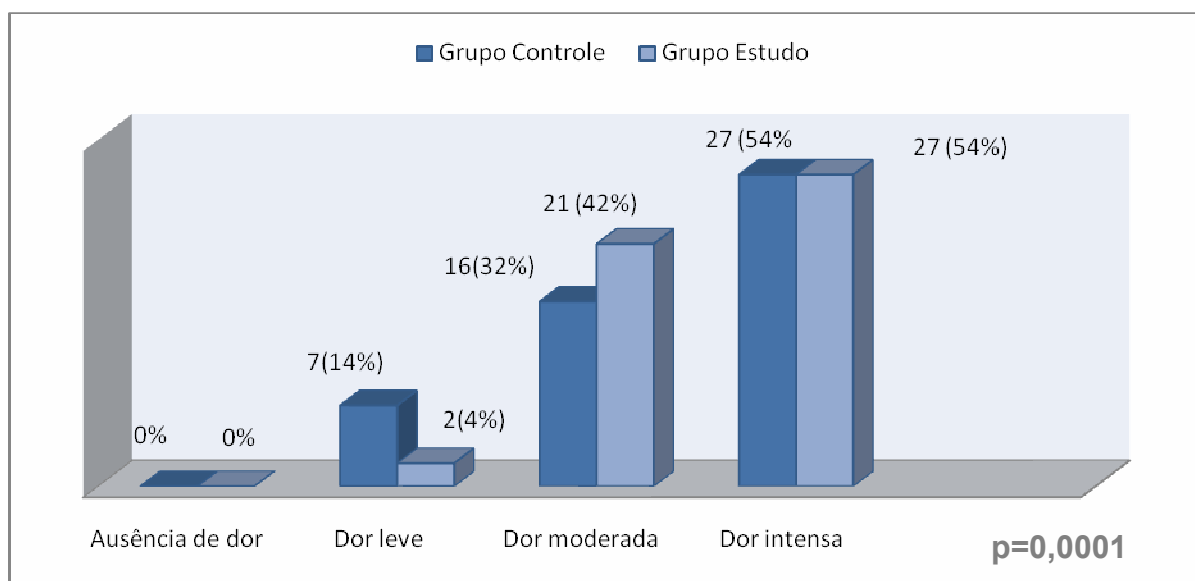
TABELA 8- Resultados obtidos no escore médio da Escala numérica de dor.

Estatística descritiva	Grupo Controle (n=50)				Grupo Estudo(n=50)				p*
	IE	30 d	90 d	180 d	Pré- op	30 Po	90 Po	180 Po	
Média	6,47	6,05	5,70	5,70	6,80	3,55	1,08	0,04	0,0001
Desvio padrão	2,41	2,33	2,19	2,19	1,98	1,94	1,01	0,28	

Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

IE= Inclusão do paciente no estudo \ d= dia\ Pré op= Pré-operatório\ Po= Pós-operatório.

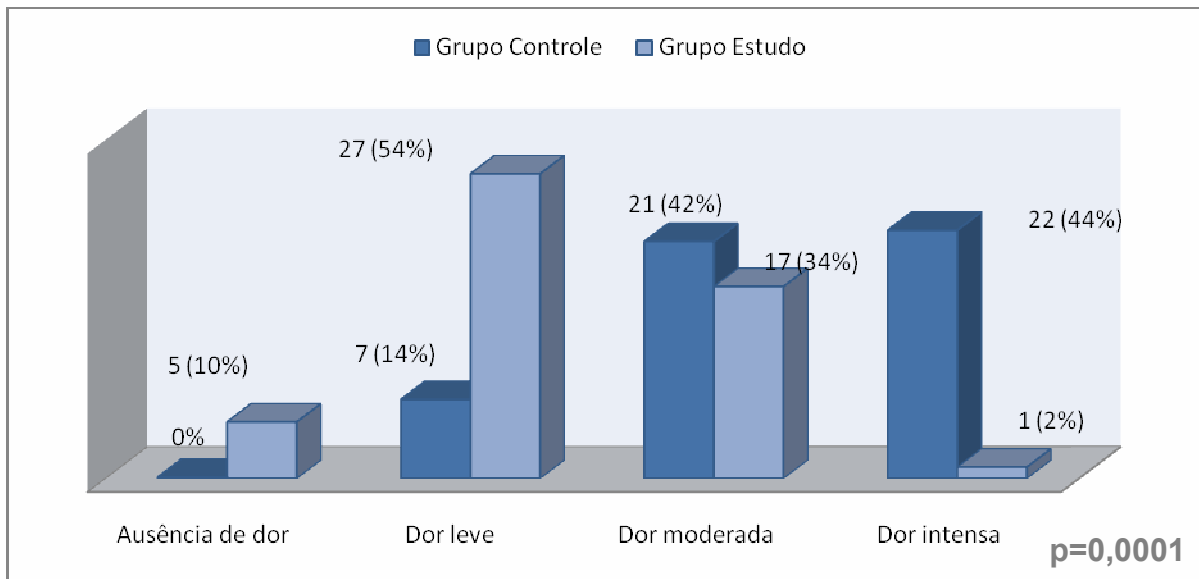
Na Tabela 8, observa-se que os pacientes com úlcera venosa submetidos ao enxerto de pele, após 30 dias, apresentaram escore menor da dor, comparada ao Grupo Controle, e essa diminuição repete-se em 90 e 180 dias no pós-operatório. Houve diferença estatística entre os grupos ($p=0,0001$).



Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

FIGURA 1 - Escore da Escala Numérica de dor nos Grupos Controle e Estudo, no momento da inclusão dos pacientes no estudo.

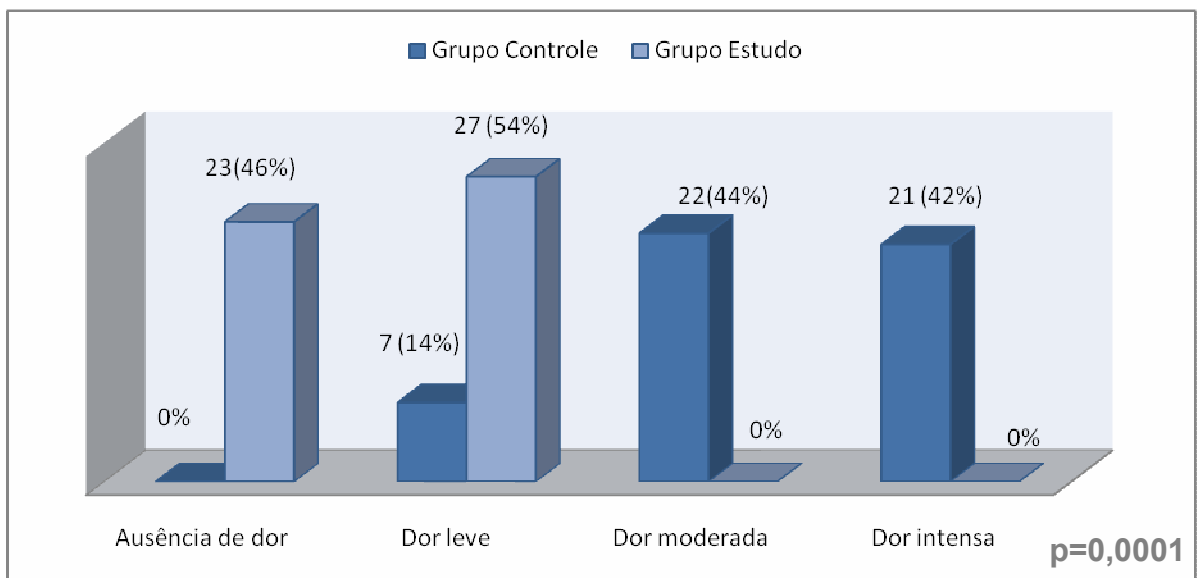
Na Figura 1, observa-se a classificação de intensidade da dor nos pacientes do GC no momento da inclusão do estudo, e no GE, os pacientes no pré-operatório. O escore foi avaliado de acordo com a Escala Numérica de dor e variou de leve a intensa. No GC, 32% dos pacientes apresentaram dor moderada e 54% dor intensa. No GE, 42% apresentaram dor moderada e 54% dor intensa. Houve diferença estatística entre os grupos ($p=0,0001$).



Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

FIGURA 2 - Escore da Escala Numérica de dor, 30 dias após a inclusão dos pacientes no estudo (GC) e no pós-operatório (GE).

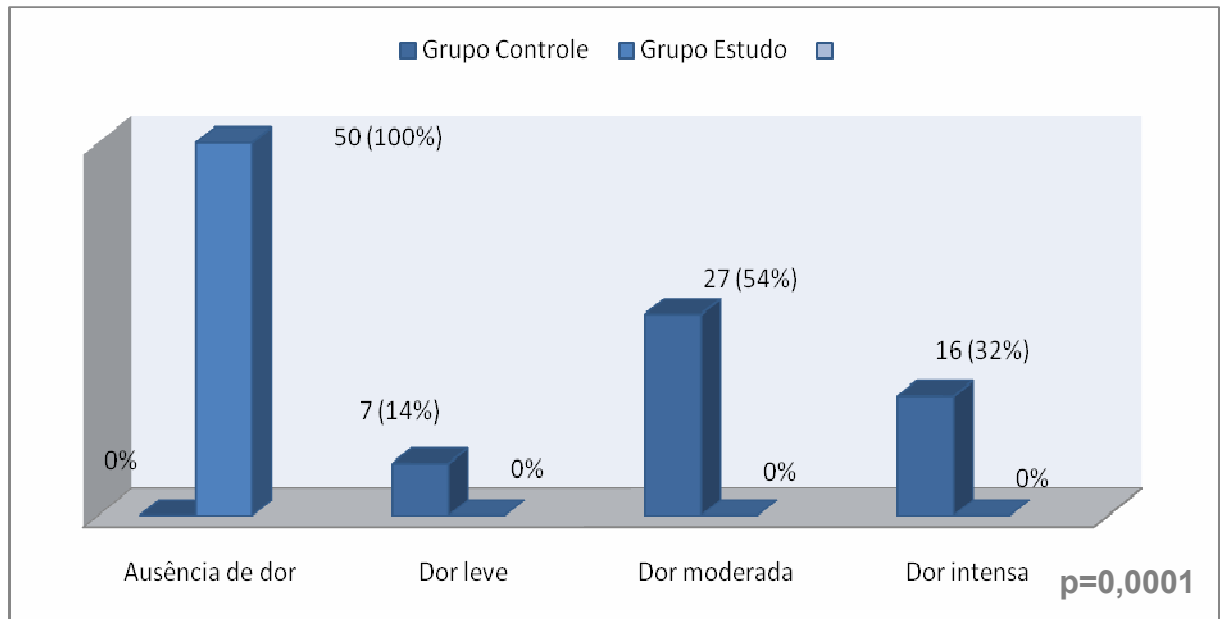
Na Figura 2, observa-se a intensidade da dor 30 dias após a cirurgia de enxerto de pele nos pacientes com úlcera venosa (GE) que apresentaram escores menores na Escala Numérica de dor em relação ao GC. Houve diferença estatística entre os grupos ($p=0,0001$).



Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

FIGURA 3 - Escore da Escala Numérica de dor, 90 dias após a inclusão dos pacientes no estudo (GC) e no pós-operatório (GE).

Na Figura 3, observa-se que na avaliação de 90 dias após os pacientes terem sido submetidos ao enxerto de pele, houve diminuição nos escores de dor de acordo com a Escala Numérica de dor em relação ao Grupo Controle. Houve diferença estatística entre os grupos ($p=0,0001$).



Teste t de Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

FIGURA 4 Escore da Escala Numérica de dor, 180 dias após a inclusão dos pacientes no estudo (GC) e no pós-operatório (GE).

Na Figura 4, observa-se que os pacientes do GE, 180 dias após o enxerto de pele, não apresentaram dor, de acordo com a Escala Numérica. Houve diferença estatística entre os grupos ($p=0,0001$).

TABELA 9 - Resultados obtidos no escore do Questionário de Dor de McGill.

Primeiro dia de coleta de dados					
Descritores					
Tipo de Grupo	Sensorial	Afetivo	Avaliativo	Miscelânea	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Controle	50 (100)	50 (100)	49 (98,0)	50 (100)	0,0001
Estudo	48 (96,0)	21 (42,0)	14 (38,0)	11 (22,0)	
30 dias após primeira coleta					
Descritores					
Tipo de Grupo	Sensorial	Afetivo	Avaliativo	Miscelânea	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Controle	10 (20,0)	44 (88)	18 (36,0)	46(92)	0,0001
Estudo	23 (46,0)	02(4,0)	05 (10,0)	03(6,0)	
90 dias após enxerto de pele					
Descritores					
Tipo de Grupo	Sensorial	Afetivo	Avaliativo	Miscelânea	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Controle	49 (98,0)	21 (42,0)	46 (92,0)	45 (90,0)	0,0001
Estudo	01 (02,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	
180 dias após enxerto de pele					
Descritores					
Tipo de Grupo	Sensorial	Afetivo	Avaliativo	Miscelânea	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Controle	48 (96,0)	44 (88,0)	49 (98,0)	15 (30,0)	0,0001
Estudo	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	00 (00,0)	

Teste t Student. e Teste *Kruskal-Wallis*

IE= Inclusão do paciente no estudo \ d= dia\ Pré op= Pré-operatório\ Po= Pós-operatório.

Na Tabela 9, observa-se a avaliação inicial, 30, 90 e 180 dias do paciente com úlcera venosa, em relação aos escores do Questionário de Dor de McGill, quanto aos aspectos sensorial, afetivo, avaliativo e miscelânea no GC e GE. Houve diferença estatística entre os Grupos em todos os períodos da coleta dos dados ($p=0,0001$). Nesse questionário, o paciente não precisava responder a nenhuma alternativa ou poderia responder a mais de uma.

DISCUSSÃO

6 - DISCUSSÃO

Em pleno século XXI, com os avanços tecnológicos e científicos obtidos na área da saúde, que possibilitam o aumento da expectativa de vida, ainda são inúmeros e relevantes os problemas que continuam a afetar a saúde das populações em todo o mundo (YAMADA, 2005).

As doenças crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus financeiro decorrente de doenças do mundo, com significativo crescimento. Existe uma estimativa de que no ano de 2020, 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento devam advir de problemas crônicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Além disso, as doenças crônicas pioram a qualidade de vida e comprimem o orçamento das populações mais pobres e mais acometidas por essas doenças e suas complicações (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O tratamento das úlceras de membros inferiores é um dos mais desafiadores problemas, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde. Constitui um problema duradouro e recorrente e, inevitavelmente, seu tratamento também é de alto custo. A presença de dor, o desconforto e, às vezes, até isolamento social e familiar nos pacientes com úlceras são frequentes (FLETT, HARCOURT, 1994; HEDNER, *et al.* 2004; AGUIAR *et al.* 2005; BERGONSE & RIVITTI, 2006; GREEN & JESTER, 2010).

As feridas crônicas geram impacto negativo no estado emocional, nas relações sociais e nas atividades de vida diária dos pacientes. Estima-se que pelo menos um terço dos pacientes com doenças de pele tenha repercussões emocionais (MADHULIKA & ADITYA 1996; BORGES & CHIANCA, 2000; SMELTZER & BARE, 2005; WADA *et al.* 2006; MILIC *et al.* 2009).

A úlcera venosa é considerada uma ferida crônica e pode manter-se por décadas, caso não tenha acompanhamento adequado. A incidência das úlceras venosa aumenta na população com idade acima 61 anos (BOWMAN & HOGAN, 1999; MAFFEI *et al.* 2002; FRANÇA & TAVARES, 2003, ALVADADO *et al.* 2010). No presente estudo, a média de idade no GC foi igual a 60,18 anos e no GE foi de 60,96 anos. Um estudo realizado no Sul de Minas Gerais, sobre capacidade funcional em pacientes com úlcera venosa, também revela predominância da idade acima de 61 anos (FARIA *et al.* 2011).

O desenvolvimento de pesquisas sobre as condições que permitem uma boa qualidade de vida nos indivíduos da terceira idade com doenças crônicas, principalmente os

pacientes com úlcera de perna, é de grande importância científica e social. Tentar responder à aparente contradição que existe entre velhice e bem-estar, ou mesmo a associação entre velhice e doença, poderá contribuir para a compreensão do envelhecimento e do desenvolvimento humano com qualidade de vida (FLECK, CHACHAMOVICH, TRENTINI, 2003; SALOME, 2010).

Com o passar dos anos, os processos metabólicos diminuem, a pele torna-se menos elástica devido à redução de colágeno e a vascularização torna-se prejudicada, motivo pelo qual a cicatrização é mais lenta no idoso (BORGES & CHIANCA, 2000; BORGES, CALIRI, HAAS, 2007).

Em relação à cor, 76% (38) dos pacientes do GC e 84% (42) do GE eram de cor branca, não sendo observados dados na literatura que relacionem a presença de úlcera venosa à cor da pele.

Em relação ao gênero, 52% (26) das pessoas do Grupo Controle e Estudo eram do gênero feminino. A úlcera venosa atinge predominantemente o gênero feminino, devido a dois fatores, que levam à insuficiência venosa; são eles a gravidez e os hormônios femininos (RIBEIRO, SANTOS, 1997; LONGO JUNIOR *et al.* 2001; MAFFEI *et al.* 2002).

Neste estudo, 52% (26) dos participantes do Grupo Controle e 46% (23) do Grupo Estudo eram casados, e esses resultados foram semelhantes aos encontrados na literatura revisada (LONGO JUNIOR *et al.* 2001; YAMADA & SANTOS 2005; DIAS & SILVA, 2006; BELEZAK *et al.* 2007; MARTINS & SOUZA, 2007).

Quanto à ocupação, 66% (33) das pessoas avaliadas no Grupo Controle e 62% (31) do Grupo Estudo estavam aposentados e 26% (13) do GC e 16% (8) do GE estavam desempregados. A úlcera venosa leva o paciente ao afastamento ou aposentadoria do trabalho, pois a lesão permanece muitas vezes aberta por meses ou anos, causando impacto socioeconômico sobre os custos do tratamento e a vida dos pacientes afetados (FRADE *et al.* 2005; BERGONSE & RIVITTI, 2006; ABBADE & LASTÓRIA, 2006; CHUKWUEMEKA & PHILLIPS, 2006; BAPTISTA & CASTILHO, 2006; JASON & MARK 2006; MARTINS & SOUZA, 2007).

Em relação à escolaridade, 88% (44) dos pacientes do Grupo Controle e 82% (41) do Grupo Estudo nunca foram à escola. É importante conhecer o grau de escolaridade do cliente com úlcera venosa para planejar a atuação de forma correta, ou seja, facilitar a

compreensão dele em relação às informações sobre a úlcera, tratamento e prevenção de complicações. Tendo em vista a elevada percentagem de pacientes sem a escolaridade, é de fundamental importância utilizar métodos adequados, incentivando o autocuidado, visando à incorporação de novos conhecimentos, além de reavaliar o conhecimento atual e viver de maneira o mais saudável possível (BARBUI & COCCO, 2002).

O nível de escolaridade é um fator que pode influenciar no autocuidado das pessoas, principalmente as que têm doenças crônicas, uma vez que elas fazem uso de medicamentos, curativos e dietas, por vezes complexas. Por outro lado, toda a dinâmica de vida pode ser diferente quando se tem maior nível de escolaridade como, por exemplo, maior oportunidade de trabalho, melhor salário e adesão ao tratamento com profissionais especializados (SALOMÉ, 2010; BARBUI & COCCO, 2002).

A maioria dos pacientes do presente estudo, em ambos os grupos, eram fumantes. (76% no GC e 58% no GE)

Fumar prejudica a oxigenação dos tecidos, diminui a resistência do organismo, deixando-o mais susceptível a infecções e retarda a cicatrização (THOMSEN, TONNESEN, MOLLER, 2009; LINDSTROM, WLADIS, PEKKARI, 2010). Também altera o sistema imunológico e os elevados níveis de glóbulos brancos. Além disso, altera a síntese de colágeno, dificultando assim a cicatrização de feridas (JORGENSEN *et al.* 1998; PANAGIOTAKOS, PITSAVOS, CHRYSOHOOU, 2004).

O tabagismo reduz a hemoglobina funcional e causa disfunção pulmonar, predispondo à privação da oxigenação nos tecidos. A nicotina produz vasoconstrição, que aumenta o risco de isquemia, desenvolvimento de úlceras e as úlceras, quando já existentes, apresentam dificuldade na cicatrização (BRASIL, 2002; KEAN, 2010).

As doenças crônicas que os participantes deste estudo apresentaram foram o *diabetes mellitus* com 70% (35) no GC e 42% (21) no GE, a hipertensão arterial em 24% (12) no GC e 44% (22) no GE. As varizes estavam presentes em 82% (41) das pessoas no GC e 66% (33) do GE. Além disso, 30% (15) das pessoas avaliadas no GC e 26% (13) do GE apresentavam histórico de trombose venosa.

A presença de varizes e história de trombose venosa é descrita como fatores de risco para úlcera venosa (ABBADE & LASTÓRIA, 2006).

Em relação ao tempo de úlcera, 54% (27) dos pacientes no Grupo Controle e 68% (34) no Grupo Estudo tinham feridas havia mais de 10 anos (média= 14,46). Quanto à

recidiva, 96% (48) pacientes do Grupo Controle e 80% (40) no Grupo Estudo já tiveram recidivas (FRADE *et al.* 2005; BERGONSE & RIVITTI, 2006).

Na literatura, a recidiva da úlcera venosa é descrita em torno de 72%. Estudos apontam a úlcera venosa com altos índices de recidivas, devido às dificuldades do paciente em controlar os fatores de risco e adotar medidas preventivas. Muitas úlceras persistem por anos, devido à falta de assistência especializada ou acesso à tecnologia (GONÇALVES *et al.* 2004; FRADE *et al.* 2005; BERGONSE & RIVITTI, 2006; MARTINS & SOUZA, 2007; SEE, FERREIRA, SANTOS, 2008; KELECHI & BONHAN, 2008).

O tratamento da úlcera venosa é complexo, pois envolve a avaliação da ferida, acompanhamento periódico e cuidados que demandam tempo e recursos financeiros.

Os cuidados com as feridas incluem a limpeza diária e o uso de coberturas adequadas, assim como realizar repouso com membro elevado. Além da terapia tópica, o êxito do tratamento depende de medidas gerais para controle da insuficiência venosa crônica, como a terapia compressiva (MAFFEI *et al.* 2002; DAVIS, GRAY, 2005; O'MEARA, CULLUM, NELSON, 2009).

O tratamento da úlcera venosa pode ser clínico ou cirúrgico. Os curativos são utilizados no tratamento das feridas cutâneas e sua escolha depende da avaliação do pacientes e da ferida. Atualmente, são inúmeras as opções de coberturas existentes no mercado. A escolha da cobertura também depende da avaliação do custo-benefício e deve ser considerada a necessidade de continuação com a terapia, de acordo com o aspecto da margem da ferida, seu tamanho e localização. O tratamento cirúrgico com enxerto de pele tem sido o mais rápido e eficaz no fechamento das úlceras (BLOMGRE, JOHANSSON, BERGQVIST, 2006; JANKUNAS *et al.* 2007; FRANCO & GONÇALVES, 2008; JONES & NELSON, 2008; SALOMÉ, 2009; PALFREYMAN, 2008).

O tópico mais importante do tratamento das úlceras venosa é a melhora do retorno venoso pela elevação do membro e por meio da terapia de compressão, que pode ser elástica ou inelástica (TIAGO, 1996; ANAND *et al.* 2003; BOLTON, 2008).

A terapia compressiva constitui medida de controle da hipertensão venosa e pode ser realizada com o uso de meias de compressão, faixa elástica ou bota de Unna, sendo fundamental para que o tratamento da úlcera venosa seja eficaz. A intensidade da compressão externa aplicada nos membros inferiores deve decrescer no sentido tornozelo para o joelho, a fim de reverter o efeito produzido pelo ortostatismo prolongado: aumento da pressão

hidrostática intravascular (MORAES & SILVA, 2004). O tratamento com terapia compressiva em pacientes com úlcera venosa atinge a completa cicatrização em 40 a 95% dos casos (O'MEARA, CULLUM, NELSON, 2009; MACEDO *et al.* 2009; MILIC *et al.* (2009).

A avaliação da qualidade de vida do paciente com úlcera venosa é um importante indicador da resposta do paciente à doença e ao tratamento.

Vários componentes devem ser incluídos na avaliação da QV em pacientes com feridas: bem-estar físico, psicológico, social, dor, capacidade funcional e nível de otimismo e vida futura (CHARLES, 2004; PERSON *et al.* 2004; SANTOS, PORFÍRIO, PITTA, 2009; SOUZA & MATOS, 2010; SALOME, BLANES, FERREIRA, 2011; PAUL, PIEPER, TEMPLIN, 2011).

O efeito negativo na qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa é causado por muitos fatores inter-relacionados, incluindo dor, odor, presença de exsudato, alterações cutâneas, mobilidade reduzida, falta de sono e aspectos relacionados aos cuidados locais com a ferida (HOWES & PHILLIPS, 2000; SILVA *et al.* 2009).

Os pacientes com úlceras venosas em avaliação específica de ansiedade e depressão, relacionadas à presença de odor e exsudato, apresentam qualidade de vida e vida social prejudicada, levando ao isolamento e depressão (JONES *et al.* 2008).

Os fatores estéticos são significativamente relevantes para esse cliente, pois a maioria convive com o uso de ataduras, meias e outros dispositivos de uso contínuo, que destoam da sua aparência anterior à ferida. Além dos fatores visuais, existem os que afetam outros sentidos, como o do olfato (SILVA *et al.* 2009).

Outras alterações observadas foram a perda da independência, alterações de humor, assim como perda de autoestima e autoimagem (GUNDER, KAUFMAN, GUSTAFSON, 2003; SEE, FERREIRA, SANTOS, 2008; YAMADA & SANTOS, 2009; SALOMÉ, BLANES, FERREIRA, 2009a; SALOMÉ, BLANES, FERREIRA, 2009 b).

O SF-36 é um instrumento genérico utilizado na avaliação da QV e por meio dele é possível mensurar cada domínio e ter uma avaliação geral. Na avaliação geral, os escores foram baixos na inclusão dos pacientes nesse estudo, tanto no GC quanto no GE. Apesar de uma pequena diferença entre os grupos, ambos demonstravam uma baixa qualidade de vida geral na presença de uma ferida crônica.

No Grupo Controle, por não ter havido intervenção definitiva, apenas curativos locais, esses escores não tiveram grandes alterações no período de 30, 90 e 180 dias (GC na

inclusão no estudo, a média foi igual a 18,0 e 180 dias após a primeira coleta de dados a média foi de 20,20). Já no grupo estudo, em que os pacientes foram submetidos ao enxerto de pele, esses escores elevaram-se de 32,34, no pré-operatório, para 90,38 em seis meses após o enxerto. Os pacientes avaliaram de maneira positiva sua QV, sendo representada pelo escore médio elevado no SF-36 e também sendo demonstrada pela análise estatística ($p= 0,0001$).

O enxerto de pele é certamente o procedimento cirúrgico mais utilizado para a cobertura de feridas cutâneas, resultante de uma ampla variedade de causas. Eles podem ser utilizados para queimaduras, lesões traumáticas, úlceras venosas e outras (AMANCIO *et al.* 2006, HUBBARD, 2010).

O enxerto de pele é frequentemente utilizado na tratamento de feridas crônicas, principalmente em úlcera venosa. Entre os tratamentos existentes para pacientes com UV, o enxerto de pele é um recurso eficaz no fechamento da úlcera, também com menor custo e que pode melhorar a qualidade de vida, a capacidade funcional e a dor nesses pacientes (KIRSNER, 1995; TURCZYNSKI & TARPILA, 1999; JANKUNAS *et al.* 2004; BLOMGRE, JOHANSSON, BERGQVIST, 2006; JONES & NELSON, 2006; JANKUNAS *et al.* 2007; PALFREYMAN, 2008).

Além da QV global, o SF- 36 mede separadamente oito domínios, sendo eles a Capacidade funcional, Dor, Aspecto físico, Estado geral de saúde, Aspecto social, Aspecto emocional, Vitalidade e Saúde mental.

Todos os domínios avaliados pelos SF-36 apresentavam baixos escores na avaliação inicial do paciente, tanto no Grupo Controle (que variou de 13,18 em Aspecto físico a 36,56 em Aspecto social) quanto no Grupo Estudo (que variou de 29,10 no Aspecto físico a 50,82 em Saúde mental). Apesar de escores relativamente altos no GE em relação à avaliação inicial no GC, foi observado que após a intervenção com o enxerto de pele, todos os domínios apresentaram, em pouco tempo, considerando ser uma ferida crônica, elevação dos domínios do SF-36 e com diferença estatística entre os grupos ($p=0,0001$).

Os escores no tratamento clínico (GC), após seis meses, variaram entre 5,16 em Aspecto físico a 24,36 em Aspecto social. No Grupo Estudo, após seis meses do enxerto de pele, os escores variaram de 63,39 em Aspecto social a 94,40 em Aspecto físico.

A literatura sobre QV pós enxerto de pele é escassa, mas tem-se observado melhora em vários aspectos da vida dos pacientes em seu convívio social, melhora em suas atividades de vida diária, entre outros benefícios, como diminuição do custo com curativos,

diminuição da ansiedade, diminuição da depressão e melhora do sono (JANKUNAS *et al.* 2007; AVANCI *et al.* 2007; TURCZYNSKI & TAIRPILA, 1999).

A autoestima é um dos elementos que, juntamente com a imagem corporal, constitui o autoconceito. Este, por sua vez, é definido como a imagem do “Eu”, ou seja, a concepção que o sujeito elabora de si mesmo a partir de suas relações com os outros. É a integração dos sentimentos conscientes e inconscientes, atitudes e percepções sobre o próprio valor, perfil e do físico (SANTOS, CESARETTI, 2000).

No presente estudo, a avaliação da autoestima foi realizada por meio da Escala de Autoestima Rosenberg/UNIFESP–EPM, em que os escores variam de 0 a 30, sabendo-se que quanto maior os escores, pior a autoestima. Na avaliação inicial em ambos os grupos, o escore médio foi igual a 25; no entanto, no GC, ao longo do período avaliado, ele se manteve e ao fim de 180 dias, houve uma discreta melhora, com escore médio igual a 22,60.

No GE, após o enxerto de pele, essa melhora foi gradativamente evidenciada pelos escores médio (30 dias = 17,54; 90 dias = 10,72; 180 dias = 5,58) e pela análise estatística ($p=0,0001$).

A avaliação da autoestima na pessoa com ferida vem se tornando cada vez mais importante e necessária, pois quando um indivíduo adquire uma lesão, ele começa a apresentar modificações em seu corpo, seus sentimentos ritmo de vida que podem causar alterações súbita em sua imagem corporal e afetar profundamente seu bem-estar mental (HENDERSON, 2006; KOUPIDIS *et al.* 2008).

O impacto das úlceras de perna na vida diária das pessoas é uma ameaça para o funcionamento físico e psicológico e isolamento social, sendo as principais as relacionados à dor e à imobilidade seguida por distúrbios do sono, falta de energia, trabalho e lazer, limitações, preocupações, frustrações e ausência de autoestima (PERSOON *et al.* 2004).

O HAQ-20 foi o instrumento utilizado para mensurar a capacidade funcional nos pacientes com úlcera venosa. Os elementos avaliados foram a capacidade que o paciente tem para se vestir, levantar, alimentar, caminhar, cuidar da higiene pessoal, alcançar objetos, apreender objetos e realizar outras atividades (FERRAZ, 1999).

Na avaliação pelo HAQ-20, os escores variaram, porém, assim como na avaliação da QV e da autoestima, os escores no GC mantiveram-se ou tiveram uma discreta melhora com o tratamento clínico. No GE, os escores em cada período de avaliação reduziram-se de forma significativa, após o enxerto de pele, em algumas situações como no

item levantar-se e alimentar-se, ficando quase completamente solucionado esse problema. No componente levantar-se, o escore médio inicial era de 2,56 e reduziu para 0,02 após 6 meses do enxerto de pele e no componente alimentar-se reduziu de 2,46 para 0,002 ($p=0,0001$).

A incapacidade na realização de uma dessas atividades (vestir-se, levantar-se, alimentar-se, caminhar, higiene pessoal, alcançar objeto) instrumentais de vida diária, além de prejudicar a vida social do paciente com ferida, pode piorar se o paciente for idoso e sem escolaridade e potencialmente implica em transtorno para ele e sua família, a qual, dependendo da atividade, terá de mobilizar maior tempo disponível, energia e recursos financeiros para suprir as demandas existentes (JAHANA & DIOGO, 2007; PONGELUPE *et al.* 2009).

A diminuição da mobilidade está associada à redução da capacidade funcional das pessoas para a realização das atividades da vida diária (AVDs) e para conduzir suas vidas de forma independente, o que gera grande impacto para o paciente, sua família e para o sistema de saúde, com consequências diretas na qualidade de vida (LIMA, LEBRÃO, DUARTE, 2005).

Na medida em que os pacientes com feridas demonstram alguma dependência em suas atividades, sejam domiciliares, de lazer, sociais e familiares, têm a sua autonomia prejudicada e tornam-se dependentes de seus familiares e amigos; isso faz com que os pacientes apresentem piora da autoestima e da autoimagem (BLANES, CARMAGNANI, FERREIRA, 2009; FARIAS *et al.* 2011, MENESES *et al.* 2011; SALOME, BLANES, FERREIRA, 2011).

A capacidade funcional declina com a idade, e é, portanto, necessário planejar estratégias que melhorem o estilo de vida desses indivíduos com ou sem ferida, principalmente em relação a um programa que proporcionem promoção e melhoria da força muscular e das articulações no tratamento da ferida, integração social dentro e fora do contexto familiar, construção de um sistema adequado de suporte a esses idosos e das pessoas com feridas. Essas ações possibilitariam minimizar a dependência desses indivíduos (COSTA, NAKATANI, BACHION, 2006; TAVARES *et al.* 2007).

A avaliação da dor em pacientes com feridas é fundamental, pois interfere diretamente na avaliação da qualidade de vida, na autoestima e na capacidade funcional (GONÇALVES *et al.* 2004; (PEÓN & DICCINI, 2005; SOUZA & MATOS, 2010 COSTA *et al.* 2011).

Nesse estudo foi utilizada a Escala Numérica de dor e o Inventário de dor McGill, onde foi observado que após a integração completa do enxerto de pele, esse sintoma já não mais estava presente em grande parte dos pacientes, ou seja, 46% (23) dos pacientes, após 90 dias de pós-operatório, não referiam dor e em 180 dias de pós-operatório, 100% dos pacientes não sentiam mais dor ($p= 00001$). No Grupo Controle, a presença de dor foi constante em todo o período do estudo.

A dor também foi avaliada pelo Questionário de Dor de McGill, sendo que 90 dias após o enxerto de pele, 2% (1) dos pacientes referiram dor sensorial e após 180 dias, não referiram dor.

Estudo desenvolvido com pacientes com úlcera crônica de perna constatou intensidade média de dor 3,1%. Na avaliação da qualidade da dor, foi utilizado o Inventário de dor McGill, em que os 63,3% dos pacientes empregaram, principalmente, descritores sensitivos latejantes, agulhada, queimação e fisgada. A dor influenciou negativamente nos padrões de sono, movimentação, locomoção e humor (GONÇALVES *et al.* 2004).

A dor é uma experiência pessoal e complexa que envolve vários componentes sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais. A multidimensionalidade de fatores relacionados a essa sintomatologia traz sérias implicações de ordem avaliativa pelos profissionais de saúde (TONIOLLI & PAGLIUCA, 2003; PEREIRA & FALEROS, 1998).

As tecnologias criadas para avaliar o fenômeno doloroso evoluíram em sincronia com a evolução das teorias neurofisiológicas, que marcaram os limites das explicações dos mecanismos de modulação do fenômeno. Continua, portanto, a busca de instrumentos de avaliação da dor que possam fornecer dados passíveis de análises comparativas por meio de medidas escalonares e que ofereçam a possibilidade de expressão da qualidade da sensação, intercambiada pela sua multidimensionalidade (TONIOLLI & PAGLIUCA, 2003).

A dor no paciente com úlcera venosa pode ser de intensidade variável. Comparando com outras feridas, como a úlcera arterial, a intensidade é menor, porém esses pacientes também sofrem com dor. Fatores sistêmicos e locais podem interferir na intensidade da dor, porém a dor devido a estase venosa é aliviada com a elevação dos membros (KRASNER, 1998; KUNIMOTO, 2001; JANKUNAS *et al.* 2004; BELDO, 2009).

A dor na ferida é descrita como mais intensa à noite, provocando distúrbios no sono e conseqüentemente afetando outros aspectos da qualidade de vida (COLLIER & HOLLINWORTH, 2000; DOUGLAS, 2001; HERBER, SCHNEPP, RIEGER, 2007;

HAREENDRAN *et al.* 2005). A preponderância da dor em úlcera venosa foi relatada com um índice de 64% (HOFMAN *et al.* 1997).

Esta pesquisa reforça a necessidade de redirecionar a atenção à saúde dos pacientes com úlcera venosa, buscando identificar nos serviços da saúde, seja nos hospitais, ambulatoriais, em atendimento domiciliar e outros, a presença de alterações físicas e emocionais.

A partir dos resultados apresentados neste estudo, torna-se imprescindível redirecionar a formação acadêmica e qualificação dos profissionais de saúde, valorizando não somente o conteúdo, mas também a prática da assistência tanto técnica como humanizada.

A busca de métodos profiláticos e terapêuticos no tratamento de feridas torna-se fundamental por meio do conhecimento do profissional associados à tecnologia, tanto para o tratamento clínico, mas em especial para o tratamento cirúrgico, que demonstrou, no presente estudo, influência positiva e recuperação dos pacientes em menos tempo, proporcionando melhora na qualidade de vida, autoestima, dor e na capacidade funcional, do paciente com úlcera venosa.

CONCLUSÃO

7 - CONCLUSÃO

Os pacientes com úlcera venosa, que foram submetidos ao enxerto de pele, apresentaram melhora na qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor.

REFERÊNCIAS

8 - REFERÊNCIAS

Abbade LPF, Lastória S. Abordagem de pacientes com úlcera de perna de etiologia venosa. *An Bras Dermatol.* 2006; 81(6): 509-22.

Aguiar ET, Pinto LJ, Figueiredo MA, Savino NS. Úlcera de insuficiência venosa crônica. *J. Vasc Bras.* 2005; 4(supl.2):195-200.

Amancio ACG, Barbieri CH, Mazzer N, Garcia SB, Thomazini JA. Estimulação ultra-sônica da integração de enxertos de pele total: estudo experimental em coelhos. *Acta Ortop. Bras.* 2006; 14(5): 276-9.

Anand SC, Dean C, Nettleton R, Praburaj DV. Health related quality of venous ulcerated patients. *Br J Nurs,* 2003; 12(1):48-59.

Andreassi A, Bilenchi R, Biagioli M, D'Aniello C. Classification and pathophysiology of skin grafts. *Clin Dermatol.* 2005;23(4):332-7.

Avanci JQ, Assis SG, Santos NC, Oliveira RVC. Adaptação transcultural de Escala de Auto-Estima para adolescentes. *Rev Psicologia: reflexão e crítica,* 2007; 20(3): 397-405.

Alvarado LC, Silva FP, Fogaça V, Belnomin RDG, Dantas SRPE. Dor relacionando a úlcera venosa crônica em pacientes ambulatorial. *Rev Estima.* 2011. 9(1):14-23.

Baptista CMC, Castilho V. Levantamento do custo do procedimento com bota de Unna em pacientes com úlcera venosa. *Rev Latino-Am Enfermagem,* 2006; 14(6): 232-45.

Barbui EC, Cocco MIM. Conhecimento do cliente diabético em relação aos cuidados com os pés. *Rev. Esc. Enferm. USP,* 2002; 36 (1): 97-103.

Beldon P. Topical dressing to manage pain in venous leg ulceration. *Br J Community Nurs.* 2009; 14(3): S8,S10.

Belezak CEQ, Junior Cavalheri G, Godoy JMP, Caffaro RA, Belezak SQ. Relação entre a mobilidade da articulação talocrural e a úlcera venosa. *J Vasc Bras.*, 2007; 6(2): 149-55.

Bergonse FN, Rivitti EA. Avaliação da circulação arterial pela medida do índice tornozelo/braço em doentes de úlcera venosa crônica. *An Bras Dermatol.*, 2006; 81(2): 131-5.

Blanes L, Carmagnani MIS, Ferreira LM. Quality of life and self-esteem of persons with paraplegia living in São Paulo, Brazil. *Quality of Life Research*, 2009; 18: 15-21.

Blomgren L, Johansson G, Bergqvist D. Quality of life after surgery for varicose veins and the impact of preoperative duplex: results based on a randomized trial. *Ann Vasc Surg.* 2006;20:30-4.

Bolton L. Compression in venous ulcer management. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing.* 2008; 35(1): 40-9.

Borges EL, Caliri MHL, Haas VJ. Revisão sistemática do tratamento tópico da úlcera venosa. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2007; 15(6): 1163-70.

Borges EL, Chianca TCM. Tratamento e cicatrização de feridas: parte I. *Rev Nursing.* 2000; 3(21): 24-9.

Bowman PH, Hogan DJ. Leg ulcers: a common problem with sometimes uncommon etiologies. *Geriatrics.* 1999; 54(3): 43-54.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas para úlceras, neurotróficas e traumáticas; Ministério da Saúde, 2002.

Brown A. Managing chronic venous leg ulcers: time for a new approach? *Journal of Wound Care*.2010; 19(2): 70-4.

Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. *Br J Surg*.1994; 81:167-73.

Carmo SS, Castro CD, Rios VS, Cerques MGA. Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. *Rev Eletrônica de Enfermagem*, 2007; 9(2): 506-17.

Carr SC. Diagnosis and management of venous ulcers. *Rev Perspex Vass Surge Endives Ther*.2008;20 (1):82-5.

Charles H. Does leg ulcer treatment improve patients quality of life? *Wound Care*. 2004; 13(6): 209-13.

Chen X, Wang XJ, Wang C, Chen H, Zhang GA. Repair non-healing wound with artificial dermis and autologous skin graff. *Zhonghus Shang ZA Zhi*. 2009; 25(6):444-7.

Chukwuemeka N E, Phillips T J. Venous ulcers. *Clinics in dermatology*. 2006;25(1):121-30.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*. 1999; 39 (3): 143-50.

Clarke MM, Lyons GM, Burke, O'Keeffe D, Grace PA. Health related quality of life during four layer compression bandaging for venous ulcer disease: a randomized controlled trial. *Crypt Rev Boomed Eng.*, 2005; 33(6):511-56.

Collier M, Hollinworth H. Pain and tissue trauma during dressing change. *Nurs Standard*. 2000; 14:71-3.

Costa EC, Nakatani AYK, Bachion MM. Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. *Acta Paul Enfem.* 2006;19(1):43-8.

Costa IKF, Melo GSM, Farias TYA, Tourinho FSV, Ender BC, Torres GV, Mendes FRP. Influence of pain on daily life of people with venous ulcers: evidence-based practice.. *Rev enferm UFPE.* 2011.;5(spe):514-21

Davis J, Gray M. Is the Unna's boot bandage as effective as a four-layer wrap for Managing venous leg ulcers? *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing.* 2005; 32(3): 152-6.

Dias ALP, Silva LD. Perfil do portador de lesão crônica de pele: fundamento a autopercepção de qualidade de vida. *Rev Esc Anna Nery,* 2006; 10(2):280-5.

Dini GM, Quaresma MR, Ferreira LM. Adaptação cultural e validação da versão Brasileira da Escala de Auto-estima Rosenberg. *Rev Soc Bras Cir Plas.,* 2004; 19(1): 41-52.

Douglas V. Living with a chronic leg ulcer: an insight into patients experiences and feelings. *J Wound Care.* 2001; 10: 355-60.

Farias EC, Blanes L, Hosbman B, Filho MM, Ferreira LM. Health related quality of life, self-esteem, and functional status of patients with leg ulcers. *Wounds.* 2011; 23(1):4-10.

Faustino AM, Caliri MHL, Reis PED. Avaliação da capacidade funcional e risco para úlcera por pressão em paciente com fratura de quadril. *Rev Estima.* 2010; 8(3): 12-6.

Ferraz MB. Tradução para o português e validação do questionário para avaliar a capacidade funcional Stanford Health Assesment Questionnaire-São Paulo [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1990.

Ferreira LM, Blanes L, Gragnani A, Veiga DF, Frederico V, Nery G B, Rocha G H R, Gomes H C, Rocha M G, Okamoto R. Cellulose dressing VS rayon dressing in skin graft donor sites:

aspects of patients health-related FQOL and self-esteem. *Wounds. A Compendium of Clinical Research and Practice.* 2009; 6: 1-2.

Finlayson K, Edwards H, Courtney M. The impact of psychosocial factors on adherence to compression therapy to prevent recurrence of venous leg ulcers. *J Clin Nurs.*, 2010; 19 (9-10): 1289-97.

Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini CM. Projeto WHOQOL-OLD: métodos e resultados de grupo focais no Brasil. *Rev Saúde Pública.*, 2003; 37(6):793-9.

Flett R, Harcourt B. Psychosocial aspects of chronic lower leg ulceration in the elderly. *West J Nurs Res.*, 1994; 16(2):183-92.

Frade MAC, Soares SC, Foss NT, Cursi IB, Ribeiro WS, Andrade FF, Santos SV. Úlcera de perna: um estudo de casos em Juiz de Fora MG (Brasil) e região. *An Bras Dermatol.* 2005; 80(1):41-6.

França LHG, Tavares V. Insuficiência venosa crônica: uma atualização. *J Vasc Bras.*, 2003; 2 (4): 318-28.

Franco D, Gonçalves LF. Feridas cutâneas: A escolha do curativo adequado. *Rev. Col. Bras Cir.* 2008; 35 (3): 203-6.

Freitas MAS, Julião MCC. Escarotomias transversais: uma nova opção cirúrgica adjuvante no tratamento de úlcera crônicas de etiologia não arterial em membros inferiores. *Rev. Acta Cirúrgica Brasileira.* 2006; 21(suplemento 4): 84-8.

Galhardo VAC, Magalhães M G, Blanes Leila, Juliano Y, Ferreira LM. Health-related quality of life and depression in older patients with pressure ulcers. *Wounds. A Compendium of Clinical Research and Practice.*, 2010; 22: 20-6.

Gonçalves MI, Santos VLCCG, Pimenta CAM, Zuzuki E, Komegae KM. Pain in chronic leg ulcers. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*. 2004; 31(5): 275-83.

Green J, Jester R. Health related quality of life and chronic venous leg ulceration: part 2. *Br J Communit Nurs*. 2010; 15(3): S4-6, S8, S10.

Guarnera G, Tinelli G, Abeni D, Di Pietro C, Sampogna F, Tabolli S. Pain and quality of life in patients with vascular leg ulcers: an Italian multicentre study *Journal of Wound Care*. 2007; 16 (8): 347 – 51.

Gunder DV, Kaufman MW, Gustafson N. Patient with chronic venous stasis ulcer. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*., 2003; 30(1):53-8.

Hareendran A, Bradbury A, Budd J, Geroulakos G, Hobbs R, Kenkre J, Symonds T. Measuring the impact of venous leg venous leg ulcers on quality of life. *J Wound Care*. 2005; 14(2):53-7.

Hedner E, Carlsson J, Kulich KR, Stigendal I, Ingelgard A, Wiklund I. An instrument for measuring health- related quality of life (DVT QOL) questionnaire. *Health and Quality of life Outcomes*. 2004;2:30.

Henderson EA. Are theories of altered body image applicable to patients with chronic wounds? *Journal of Wound Care*. 2006; 15(20):58-60.

Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2007;5:44.

Hofman D, Ryan TJ, Arnold F, Cherry GW, Lindholm C, Bjellerup M, *et a.*, Pain in venous leg ulcers. *J Wound Care*. 1997; 6(5):222-4.

Howes SK, Phillips TJ. Living with chronic venous leg ulcers: a descriptive study of knowledge and functional health status. *J Communit Health Nurs*. 2000; 17(1):1-13.

Hubbard M. Managing skin grafts and donor sites. *Ostomy Wound Management*. 2010; 56(2):8.

Jahana KO, Diogo MJD. Queda em idoso: principais causas e consequências. *Rev. Saúde coletiva*. 2007; 4(17): 148-153.

Jankūnas V, Rimdeika R, Jasenas M, Samsanavicius D. Changes in patient's quality of life comparing conservative and surgical treatment of venous leg ulcers. *Medicina (Kaunas)*. 2004;40(8):731-9.

Jankunas V, Bagdonas R, Samsanavicius D, Rimdeika R. .The influence of surgical treatment for chronic leg ulcers on the quality dynamics of the patient's life. *Acta Chir Belg*. 2007;107(4):386-96.

Jason R, Mark D. Venous ulcers. *Journal: Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*. 2006; 24(4):216-26.

Jones JE, Nelson EA. Enxerto de pele para úlcera venosa da perna (Cochrane Review). In: *La Biblioteca Cochrane Plus, Issue 3, 2008*. Oxford: Update Software.

Jones JE, Robinson J, Barr W, Carlisle C. Impact of exudate and odour from chronic venous leg ulceration. *Nurs Stand*. 2008; 22(45):53-4.

Jorgensen LN, Kallehave F, Christensen E, Siana JE, Gottrup F. Less collagen production in smokers. *Surgery*. 1998;123(4):450–5.

Kean J. The effects of smoking on the wound healing process. *Journal of Wound Care*. 2010;19(1):5-8.

Kelechi TJ, Bonham PA. Measuring venous insufficiency objectively in the clinical setting. *J Vasc Nurs*. 2008; 26(3):67-73.

Kirsner RS. Split thickness skin autografting of leg ulcers. The University of Miami Department of Dermatology's experience (1990-1993). *Dermatol Surg.* 1995; 21:701- 3.

Koupidis SA, Paraskevas KI, Stathopoulos V, Mikhailidis DP. Impact of lower extremity venous ulcers due to chronic venous insufficiency on quality of life. *Open Cardiovasc Med J.* 2008; 2:105-9.

Krasner D. Painful venous ulcers: themes and stories about living with pain suffering. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 1998; 25(3): 158-67.

Kunimoto BT. Assessment of venous leg ulcers: an indepth discussion of a literature guide approach. *Ostomy Wound Management.* 2001; 47(5):38-53.

Lima CMF, Barreto SM, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública.* 2003; 19(3): 735-43.

Lima FD, Lebrão ML, Duarte YAO. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo. *Rev Panam Salud Publica.* 2005;17 (5/6): 370-8.

Lindström D, Wladis A, Pekkari K. The thioredoxin and glutaredoxin systems in smoking cessation and the possible relation to postoperative wound complications. *WOCN.*, 2010; 1:88-93.

Longo Jr O, Buzatto SHG, Fontes OA, Miyazaki MCO, Godoy JMP. Qualidade de vida em pacientes com lesões ulceradas crônicas na insuficiência venosa de membros inferiores. *Cir Vas Angiol.* 2001;17(1):121-6.

Lopes AR, Aravites LB, Lopes MR. Úlcera venosa. *Rev Acta Médica,* 2005; 26:331-41.

Lucas LS, Martins JT, Robazzi MLCC. Life quality with lower limb ulcers- leg ulcer. Cienc Enferm. 2008; 14(1): 43-52.

Macedo EAB, Nogueira MIS, Torres SMSGSO, Torres GV. Efetividade da terapia compressiva na cicatrização de úlcera venosa: uma revisão da literatura. Rev Fiep Bulletin, 2009; 79(especial): 344-6.

Madhulika A, Aditya K. Psychodermatology: an up date. J Am Acad Dermatol. 1996; 34: 1030-46.

Maffei FHA, Lastória S, Yoshida WB, Rollo HA. In: Doença vascular periférica. Editora Medsi, Rio de Janeiro, Medsi: 2002.p.1591-602.

Martins DA, Souza AM. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em programas de saúde pública. Cogitare Enferm. 2007; 12(3): 353-7.

Mendez-Eastma S. Full-thickness skin grafting: a procedural review. Plast Surg Nurs. 2004; 24(2):41-5.

Meneses LC, Blanes L, Veiga DF, Gomes H C, Ferreira LM. Health-related Quality of Life and Self-Esteem in Patients with Diabetic Foot Ulcers: Results of a Cross-sectional Comparative Study., 2011. *Ostomy Wound Management* . 2011;57(3):36–43

Michelone APC, Santos VLGC. Qualidade de vida de adultos com câncer colorretal com e sem ostomia. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 16(6): 875-83.

Milic DJ, Zivic SS, Bogdanovic DC, Perisic ZD, Milosevic ZD, Jankovic RJ, Visnjic AM, Jovanovic BM. A randomized trial of the tubulcus multilayer bandaging system in the treatment of extensive venous ulcers. J Vasc Surg. 2007; 46(4): 750-5.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 0-0. ISSN 0034-8910.

Moraes MRS, Silva JCCB. Insuficiência venosa crônica dos membros inferiores. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 2004; 2 (4): 113-8.

Neil JA, Barrell LM. Transiting theory and its relevance to patients with chronic wounds Rehabilitation Nursing. 1998; 23(6): 295-9.

Nemeth KA, Harrison MB, Graham IA, Burke S. Pain in pure and mixed aetiology venous leg ulcers: a three phase point prevalence study. J Wound Care. 2003;12:336-40.

Nobrega WG, Melo GSM, Costa IKF, Dantas Daniela VD, Macêdo EAB, Torres GV, Mendes FRP. Mudança na qualidade de vida de pacientes com úlceras venosas atendidos no ambulatório de um Hospital Universitário. Rev enferm UFPE. 2011; 5(2): 220-27.

Nunes MDR, Dupas G, Ferreira NMLA. Diabetes na infância/adolescência: conhecimento da dinâmica familiar. Rev Eletrônica de Enfermagem. 2007; 9(1): 119-39.

O'Meara S, Cullum NA, Nelson EA. Compression for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst, 2009; 21(1): 265.

Otero LM, Zanetti ML, Teixeira CRS. Características sociodemográficas e clínicas de portadores de diabetes em um serviço de atenção básica à saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2007; 15(número especial): 768-73.

Palfreyman S, King B, Walsh B. A review of the treatment for venous leg ulcers. Br J Nurs. 2007; 16(15):6-14.

Palfreyman S. Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. Nurs Times. 2008; 104(41): 34-7.

Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C. Effect of exposure to secondhand smoke on markers of inflammation: the ATTICA study. *Am J Med.* 2004; 116(3):145–50.

Parahyba MI, Veras R, Melzer D. Incapacidade funcional entre mulheres idosas no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2005; 39(3): 383-91.

Paul JC, Pieper B, Templin TN. Itch: Association with chronic venous disease, pain, and quality of Life 2011. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing.* 2011; 38 (1): 46–54

Peón AU, Diccini S. Dor pós-operatório em craniotomia. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2005; 13(4): 489-95.

Pereira LV, Faleiros SFAE. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Rev Latino-am Enfermagem,* 1998; 6(3):77-84.

Persoon A, Heinen MM, Van VCJ, Rooij MJ, Van Kerkhof PC, Van AT. Leg ulcers: a review of its impact on daily life. *J Clin Nurs.* 2004, 13 (3) :341-54.

Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor de Mc Gill: proposta da adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enfermagem USP.* 1996; 30(3): 473-83.

Pongelupe TY, Ferraz FHA, Raposo J, Martins DW, Santos AS, Pereira CAD. Atividade assistida por animais em integrante do grupo de bem-estar e qualidade de vida do idoso de uma universidade - TAA-parte 1. *Rev Saúde coletiva,* 2009; 6(33):212-16.

Rahman GA, Adigun IA, Fadeyi A. Epidemiology, etiology and treatment of chronic leg ulcer: experience with sixty patients. *Ann Afr Med.* 2010; 9 (1): 1-4.

Ramasasthy SS. Acute Wounds. *Clin Plast Surg.* 2005;32(2): 195-208.

Ribeiro RC, Santos OLR. Considerações acerca da cicatrização e da biologia do reparo tecidual. *Cad. Dermatol,* 1997: 115(1):80-3.

Roebuck A, Furze G, Thompson DR. Health –related quality of life myocardial infaction: an interview study. *J Adv Nurs*. 2001, 34(6):787-94.

Rosa TEC. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(1): 40-8.

Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton. New Jersey: Princeton University Press. 1965.

Salgado MI, Pestroianu A, BurgarelliGL, Barbosa AJA, Alberti LN. Cicatrização conduzida e enxerto de pele parcial no tratamento de ferida. *Rev Assoc Med Bras*. 2007; 53(1): 80-4.

Salomé GM, Espósito VHC, Silva GTR. Sentimentos vivenciados pelos pacientes diabéticos com lesão no pé e com risco de amputação. *Rev Nursing*. 2007; 10(116): 45-50.

Salomé GM, Espósito VHC. O impacto da ferida para o idoso com diabetes mellitus: um estudo fenomenológico. *Rev Nursing*, 2010; 13(146): 365-72.

Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Functional capability of patients with diabetes with foot ulceration. *Acta Paul Enferm*. 2009 a; 22(4): 412-6.

Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Depressão entre pacientes com feridas crônicas. *Rev Estima*. 2009 b; 7(3):45.

Salomé GM, Donata MSP, Blanes L, Ferreira LM. Self-esteem in patients with diabetes mellitus and foot ulcers, *Journal of Tissue Viability*.2011, doi:10.1016/j.jtv.2010.12.004

Salomé GM. Avaliando lesão: práticas e conhecimentos dos enfermeiros que prestam assistência aos indivíduos com ferida. *Rev Saúde Coletiva*. 2009; 6(35): 280- 7.

Salomé GM. Processo de viver do portador com ferida crônica: atividades recreativas, sexuais, vida social e familiar. *Rev Saúde Coletiva*. 2010; 7(46): 300-4.

Santos SR, Santos IBC, Fernandes MGM, Henrique MERM. Qualidade de vida do idoso na comunidade aplicação da Escala de Flanagan. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2002; 10(6): 757-64.

Santos VLCG, Cesaretti IUR. *Assistência em Estomaterapia*. Editora Atheneu. São Paulo, 2000.

Santos RFFN, Porfírio GJM, Pitta GBB. A diferença na qualidade de vida de pacientes com doença venosa crônica leve e grave. *J Vasc. Bras*. 2009; 8(2): 143-4.

See HP, Ferreira K, Santos VLCG. Understanding pain and quality of life for patients with chronic venous ulcer. *Wounds*. 2008; 20 (11): 309-20.

Silva JLA, Lopes MJM. Educação em saúde a portadores de úlcera venosa através de atividades de grupo. *Rev Gaúcha de Enfermagem*. 2006; 27(2): 240-59.

Silva F AA, Freitas CHA, Jorge MSB, Moreira TMM, Alcântara MCM. Enfermagem em estomaterapia: cuidados clínicos ao portador de úlcera venosa. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(6): 889-93.

Smeltzer SC, Bare BG. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 10a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 275-80.

Souza MKB, Matos IAT. Percepção do portador de feridas crônica sobre sua sexualidade. *Rev. Enferm UERJ*. 2010; 18(1): 19-24.

Stacey M, Falanga V, Marston W, Moffat C, Phillips T, Sibbald RG, Vanscheidt W, Lindholm C. Compression therapy in the treatment of venous leg ulcers. *Nurs Times*. 2002;98(36):39-43.

Tavares DMS, Pereira GA, Iwamoto HH, Mizamzzi SSC, Rodrigues LR, Machado ARM. Incapacidade funcional entre idosos residentes em um município do interior de Minas Gerais. *Rev Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(1): 32-9.

Taborda ML, Teixeira KAM, Welter EQ, Weber MB, Lisboa AP. Evaluation of the quality of life and psychological distress of patients with different dermatoses in a dermatology referral center in southern Brazil. *An. Bras. Dermatol.* 2010; 85 (1): 52-56.

Thomsen T, Tonnesen H, Moller AM. Effect of preoperative smoking cessation interventions on postoperative complications and smoking cessation. *Br J Surg.* 2009;96(5):451–61.

Tiago F. Tratamento de úlceras de estase venosa com bota de Unna e carvão ativado. *Bras Enferm.*, 1996; 49(2):215-24.

Toniolli ACS, Pagliuca LMF. Tecnologia tátil para a avaliação da dor em cegos. *Rev Latino-Am- Enfermagem.* 2003; 11(2): 220-6.

Trent JT, Falabella A, Eaglstein WH, Kirsner RS. Venous ulcers: pathophysiology and treatment options. *Ostomy Wound Management.* 2005; 51(5):38-54.

Turczynski R, Tairpila E. Treatment of leg ulcers with split skin grafts; early and late results. *Scand J Plast Reconstr Hand Surg.* 1999; 33(3): 301-5.

Veloso LO, Yamada BF, Silva KB, Nascimento JC. Há diferença na qualidade de vida e sintomas depressivos entre pacientes com anemia falciforme com e sem feridas. *Rev Estima.* 2010; 8(4): 12-25.

Vila VSC, Rossi LA. A qualidade de vida na perspectiva de clientes revascularizados em reabilitação: estudo etnográfico. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2008;16(1): 7-14.

Vogeley CL, Coeling H. Prevention of venous ulceration by use of compression after deep vein thrombosis. *J Vasc Nurs*. 2000; 18(4): 123-7.

Wada A, Ferreira MC, Tuma JP, Arrunategui, G. Experience with local negative pressure (vacuum method) in the treatment of complex wounds. *Sao Paulo Med J*. 2006; 124(3): 150-3.

Ware JE, Sherbourne CD. The Mos 36- item Short- Form Health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30(6):473-83.

Woo KY, Sibbald R. G. The improvement of wound-associated pain and healing trajectory with a comprehensive foot and leg ulcer care model. *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*. 2009; 36(2):184-191.

Worley CA. It hurts when in walk: venous stasis disease differential diagnosis and treatment. *Dermatol Nurs*. 2006; 18(6):582-3.

Yamada BFA, Santos VLC. Quality of life of individuals with chronic venous ulcer. *Wounds*. 2005; 17(7): 178-89.

Yamada BFA, Santos VLCCG. Construção e validação do Índice de Qualidade de Vida de Ferrans & Powers: versão feridas. *Rev. esc. enferm. USP*. 2009; 43 (Esp):1105- 1113.

Zamboni P, Cisno C, Marchetti AF, Mazza P, Fogato L, Carandina S. Minimally invasive surgical management of primary venous ulcers, compression treatment: a randomized clinical trial. *Eur J Vascular Endovasc*. 2003; 25(4): 313-8.

Zimmet SE. Venous leg ulcers: modern evaluation and management. *Dermatol Surg*. 1999; 25:236-41.

ABSTRACT

ABSTRACT

Objective: To assess quality of life, self-esteem, functional capacity and pain in patients with venous ulcer after skin graft. **Methods:** Clinical, multicenter, analytical, prospective, comparative, controlled and non-randomized study. This study was carried out in the plastic surgery outpatient clinic of Hospital São Paulo and in the Wound Outpatient clinic at Conjunto Hospitalar de Sorocaba. The case series was formed by 50 patients in the Control Group (CG) and 50 patients in the Study Group (SG) both with diagnosis of venous ulcer and indication for skin graft. The study was approved by the Research Ethics Committee at the Universidade Federal de São Paulo, under authorization #: 0945/08. Data collection was carried out from July 2008 and December 2010. In the CG, data collection was carried out at the time patients were included in the study, and then 30, 90 and 180 days after the first collection. In the SG, the first collection was carried out in the preoperative period and then 30, 90 and 180 days after skin graft. All patients of the CG were operated on after 180 days. Inclusion criteria were: being over 18 years old and having a diagnosis of venous ulcer with referral for skin coverage with skin graft. Exclusion criteria were: Skin lesions that were not completely characterized as venous ulcer, patients with clinical conditions that contraindicated surgery, and patients that had already undergone skin graft. The instruments used for data collection were: Short Form-36, the Rosenberg self-esteem scale/UNIFESP-EPM, the Health Assessment Questionnaire-20 (HAQ-20), the Numeric Pain Scale, and the Mc Gill pain questionnaire. For statistical analysis, we have used Students' t test, Kruskal-Wallis test and the Chi-square test of independence. It was fixed in 0.05 or 5% ($p \leq 0.05$). **Outcomes:** In the initial assessment of patients with venous ulcer, the SF-36 scores were low, with a mean score of 18.10 in the CG, and 32.34 in the SG. One month after skin graft was carried out, patients in the SG presented higher scores in the SF-36 (71.38) compared to the CG (18.42). After 90 and 180 days there was also an increase in the scores of the SG compared to the CG ($p=0.0001$). Mean scores in the HAQ-20 was 2.42 in the CG and 2.65 in the SG, and in the SG there was an improvement in the scores 90 and 180 days after skin graft was carried out ($p=0.0001$). As for the Rosenberg self-esteem scale/UNIFESP-EPM, in the inclusion of patients in the study, the mean score was 25.50 in the CG, and 25.86 in the SG, and after 90 days and 180 days the SG presented better score compared to the CG ($p=0.0001$). As for pain assessment using the Numeric Scale and the McGill pain questionnaire, both groups of patients presented pain during the first data collection, however, in the SG 90 and 180 days after surgery, patients presented less pain

($p=0.0001$). **Conclusion:** Patients with venous ulcers, that underwent skin graft presented improvement in the quality of life, self-esteem, functional capacity and less pain.

APÊNDICES

APÊNDICE 1



Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Serviços de Saúde
Conjunto Hospitalar de Sorocaba

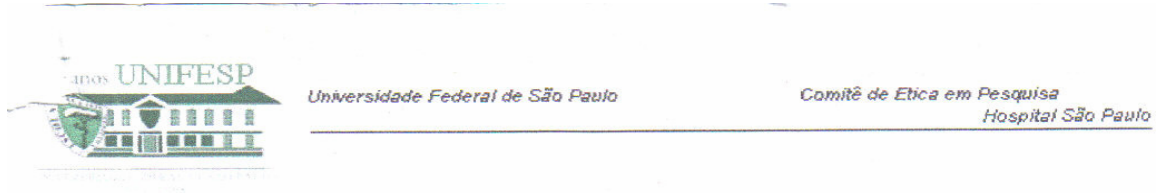


São Paulo, 06 de setembro de 2010.

Autorizamos a realização da pesquisa no Conjunto Hospitalar de Sorocaba que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sobre o número 0945/08 intitulado *Short-Form-36*, escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP-EPM, *Health Assessment Questionnaire-20* e dor em pacientes após enxerto de pele em úlcera venosa.

Renata Mucci Loureiro de Melo Torres
Diretor Técnico de Divisão de Enfermagem

APÊNDICE 2



Universidade Federal de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 11 de julho de 2008.
CEP 0945/08

Ilmo(a). Sr(a).
Pesquisador(a) GERALDO MAGELA SALOME
Co-Investigadores: Lydia Masako Ferreira (orientadora), Leila Blanes, Regina Okamoto
Disciplina/Departamento: Cirurgia Plástica/Cirurgia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo
Patrocinador: Recursos Próprios.

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: “Short-form-36, escala de auto-estima Rosenberg/UNIFESP - EPM e health assessment questionnaire-20 em pacientes pós-correção cirúrgica de úlcera venosa”.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional - questionário.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Risco mínimo, desconforto moderado, envolvendo enxerto de pele.

OBJETIVOS: Avaliar a qualidade de vida, auto-estima e capacidade funcional, em pacientes após a correção cirúrgica de úlcera venosa.

RESUMO: Este estudo será realizado no ambulatório de cirurgia plástica do Hospital São Paulo. Serão selecionados para compor o grupo controle, 50 pacientes com diagnóstico de úlcera venosa sem indicação de enxerto de pele, e para o grupo de estudo 50 indivíduos com diagnóstico de úlcera venosa com indicação de correção cirúrgica com enxerto de pele parcial ou total. A coleta de dados será realizada no pré-operatório, 3 e 6 meses após o enxerto de pele. Serão coletados dados demográficos e clínicos, avaliação da qualidade de vida pelo questionário Short Form 36 Health Survey, avaliação da auto-estima pela Escala de Auto-estima Rosenberg-EPM, questionnaire-20, Escala Numérica e Questionário de Dor de McGill.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: As pessoas com úlcera venosa necessitam de atendimento por equipe multidisciplinar, que devem prestar assistência de modo conjunto e integrado, com objetivo de melhorar a abordagem e favorecer a relação custo/efetividade, qualidade de vida, auto-estima e a capacidade funcional. O estudo dos aspectos da qualidade de vida, auto-estima e capacidade funcional após o tratamento cirúrgico destas lesões de pele, fornecerão informações relevantes, que poderão influenciar no cuidado e tratamento aos portadores de úlcera venosa.

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos a serem realizados, apresentando os instrumentos que serão utilizados na coleta de dados.

TCLE: Adequado, de acordo com a resolução 196/96.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo.

CRONOGRAMA: 24 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: Doutorado.



Universidade Federal de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: 6/7/2009 e 6/7/2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

0945/08

RECOMENDAÇÃO DO CEP: Devido ao grande número de pacientes (100) com úlceras venosas e à dificuldade de tratamento desses pacientes em UBS e outros serviços, deve ser dada ciência com urgência a Cirurgia Vascular, já que recairá sobre ela a demanda desses pacientes para tratamento adequado da doença venosa!

APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do projeto: **Short-form-36, Escala de Auto-Estima Rosenberg/UNIFESP – EPM, Health Assessment Questionnaire-20 e dor em pacientes após enxerto de pele em úlcera venosa.** As informações abaixo visam sua participação voluntária neste estudo que tem como objetivo avaliar a qualidade de vida, autoestima, capacidade funcional e dor em pacientes após correção cirúrgica com enxerto de pele em úlcera venosa. Utilizando-se os questionários Short Form-36, Escala de autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM, Health Assessment Questionnaire e Questionário de Dor de Mc Gill.

A coleta de dados será realizada no pré-operatório, três e seis meses após o enxerto de pele.

Todas as entrevistas serão realizadas pelo próprio pesquisador, em uma sala do ambulatório de Cirurgia Plástica do Hospital São Paulo e no Ambulatório de feridas do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, previamente preparado, garantindo o conforto e a tranquilidade do paciente para a emissão das respostas.

O paciente será acompanhado no pré-operatório e avaliado pelo médico em relação à indicação e ao agendamento da cirurgia.

Serão realizadas as orientações no pré-operatório quanto ao jejum e como será realizada a cirurgia, anestesia e o pós – operatório.

Todos os pacientes serão acompanhados no pós-operatório em relação aos cuidados com a área doadora e enxerto de pele, sendo os cinco primeiros dias internados no hospital, e o retorno no ambulatório a cada semana até completar 1 mês e depois o acompanhamento será mensalmente até completar seis meses e continuando o acompanhamento, se for necessário, até o paciente receber alta.

O enxerto é a retirada de uma fina camada de pele da coxa, que cicatrizar em até duas semanas, e se coloca em cima da ferida e esta integra-se e cobre toda a úlcera na perna.

Após a realização do enxerto, será utilizado como curativo primário na área receptora, um curativo contensivo para otimizar o contato do enxerto com o leito da ferida e permitir adequada angiogênese.

O repouso deve ser realizado por uma semana ou até o médico liberar. Também serão realizadas fotos em cada visita.

As informações serão analisadas em conjunto com as dos demais entrevistados (as), não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. O sigilo será assegurado em todo o processo da pesquisa, bem como no momento da divulgação dos dados, por meio de publicação em periódicos e/ou apresentação em eventos científicos. O pesquisador chama-se Geraldo Magela Salomé, que pode ser encontrado no endereço Rua Napoleão de Barros, 715 – 4º. andar. Telefone 55764118. . Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo-Rua Botucatu, 572 - 1º andar cj 14.

Acredito estar suficientemente inteirado das informações que li ou foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Eu discuti com o pesquisador Geraldo Magela Salomé sobre a minha decisão em participar neste estudo.

Ficaram esclarecidos os propósitos do estudo e os procedimentos a serem realizados. Foi esclarecido também que minha participação é isenta de despesas e que tenho a garantia do sigilo nominal e de minhas informações.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o processo, sem penalidade ou prejuízo. CIENTE.

Assinatura do (a) entrevistado (a)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste (a) entrevistado para a participação neste estudo.

Data: / /

Pesquisador

APÊNDICE 4**Dados sociodemográficos e clínicos**

Data: ____/____/____

Nome:

Endereço:

Telefone:

Dados demográficos

Idade: _____ 2 – Cor: Branco não branca 3 - Sexo: Masculino Feminino

4- Estado civil: Solteiro Casado Separado/divorciado outros

5-Escolaridade: Nunca foi à escola Ensino fundamental incompleto Ensino fundamental completo Ensino médio completo Ensino médio incompleto Ensino superior completo Ensino superior incompleto.

6- Tabagismo há: _____ anos

2 - Dados relacionados à lesão

1 - Há quanto tempo tem a úlcera venosa _____

3 - História clínica

1. Diabetes mellitus () Sim () Não

2. Hipertensão arterial () Sim () Não

3. Tem varizes () Sim () Não

4. Já teve trombose. () Sim () Não

5. Fumante () sim () não

APÊNDICE 5

Tabelas 1 e 2

TABELA 1 - Características demográficas dos pacientes dos Grupos Controle e Estudo.

Variáveis	Grupo Controle (n=50)		Grupo Estudo (n=50)		p*
	n	%	n	%	
Faixa etária					
20 – 40 anos	2	4	4	8	0,6309
41 – 60 anos	15	30	12	24	
Acima de 60 anos	33	66	34	68	
Gênero					
Feminino	26	52	26	52	1, 000
Masculino	24	48	24	48	
Cor					
Branca	38	76	42	84	0,3173
Não branca	12	24	8	16	
Estado civil					
Casado	26	52	23	46	0,2832
Solteiro	11	22	10	20	
Separado	5	10	12	24	
Viúvo	8	16	5	10	
Ocupação					
Aposentado	33	66	31	62	0,1044
Desempregado	13	26	8	16	
Outras ocupações	4	8	11	22	
Escolaridade					
Nunca foi à escola	44	88	41	82	0,7065
Ensino fundamental completo	3	6	3	6	
Ensino fundamental incompleto	2	4	2	4	
Ensino médio incompleto	1	2	4	8	

Teste Qui-Quadrado de Independência (p < 0,05).

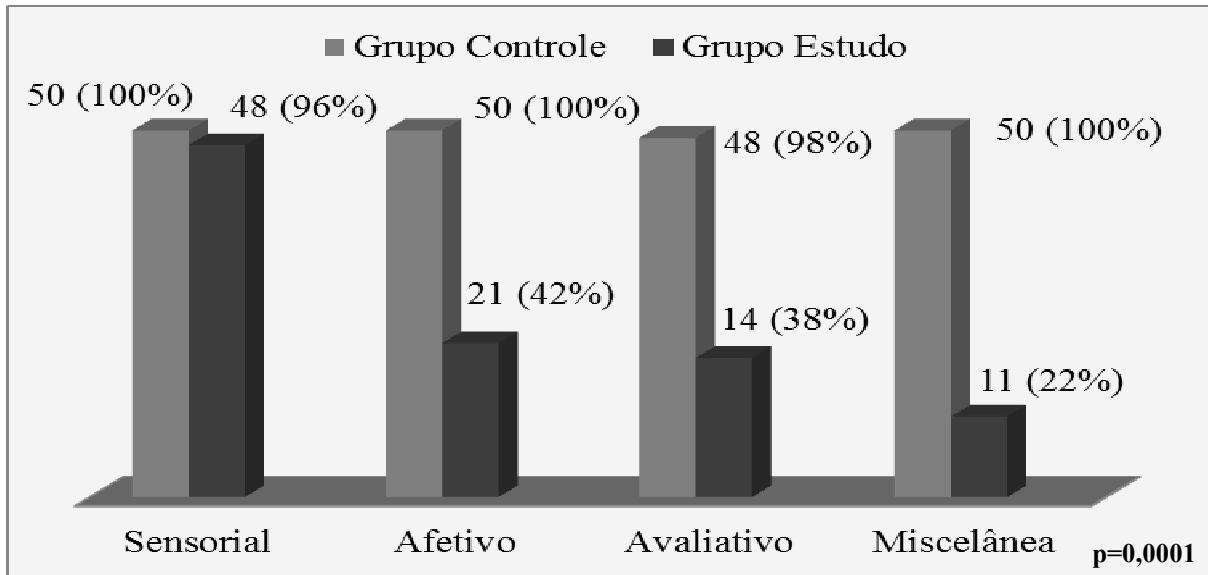
TABELA 2 - Características clínicas dos pacientes dos Grupos Controle e Estudo.

Variáveis	Grupo Controle		Grupo Estudo		p*
	n	%	n	%	
Diabetes mellitus					
Sim	35	70	21	42	0,0048
Não	15	30	29	58	
Hipertensão arterial					
Sim	12	24	22	44	0,0348
Não	38	76	28	56	
Varizes					
Sim	41	82	33	66	0,0682
Não	9	18	17	34	
Tabagismo					
Sim	38	76	29	58	0,0556
Não	12	24	21	42	

Teste Qui-Quadrado de Independência ($p < 0,05$).

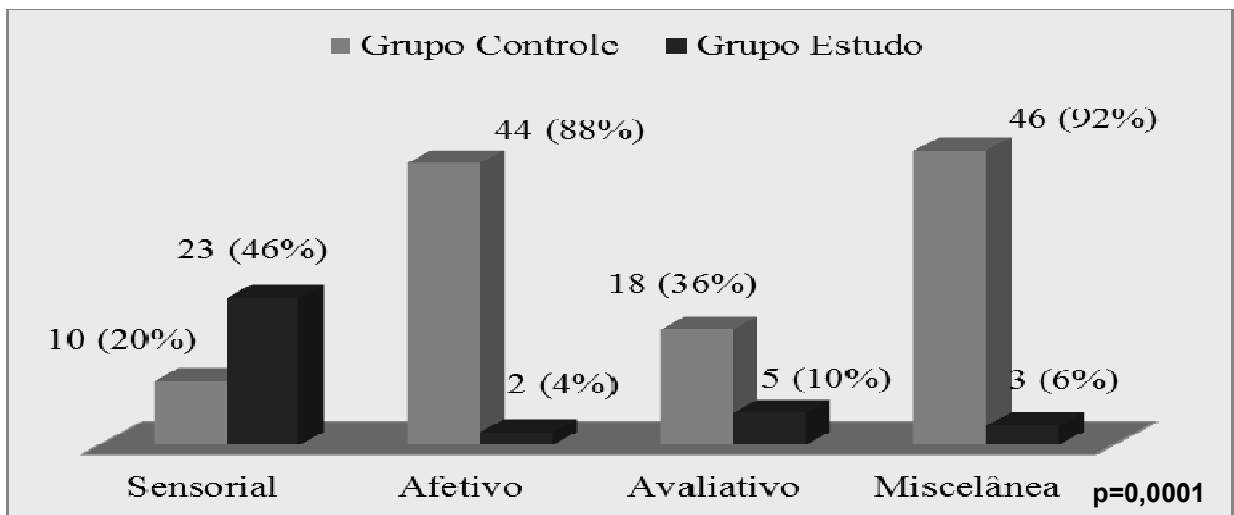
APÊNDICE 6

Figuras 5,6,7,8



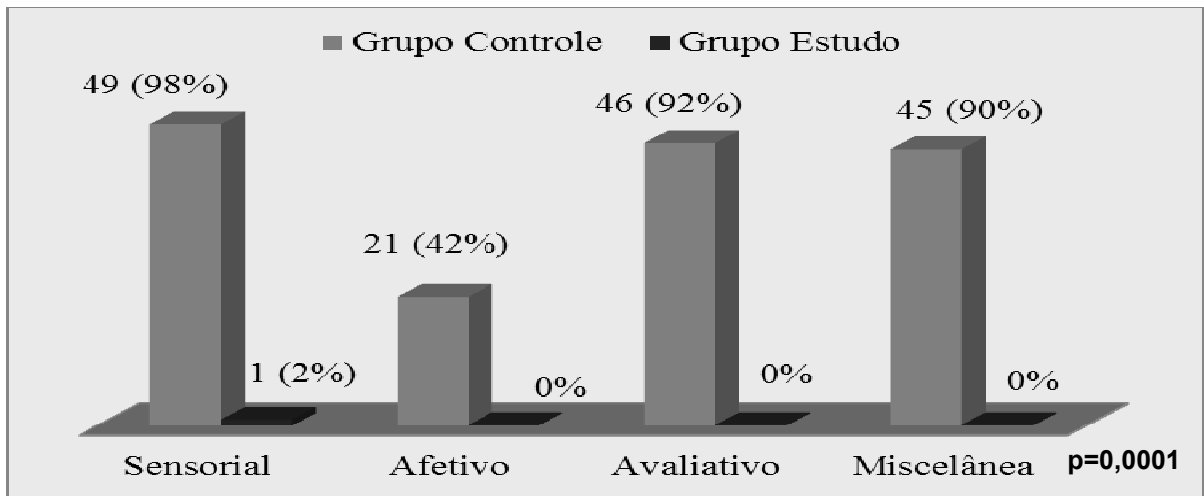
Teste t de Student e Teste *Kruskal-Wallis*

FIGURA 5 - Escore do Questionário de Dor de Mc Gill, nos Grupos Controle e Estudo, no momento da inclusão dos pacientes no estudo.



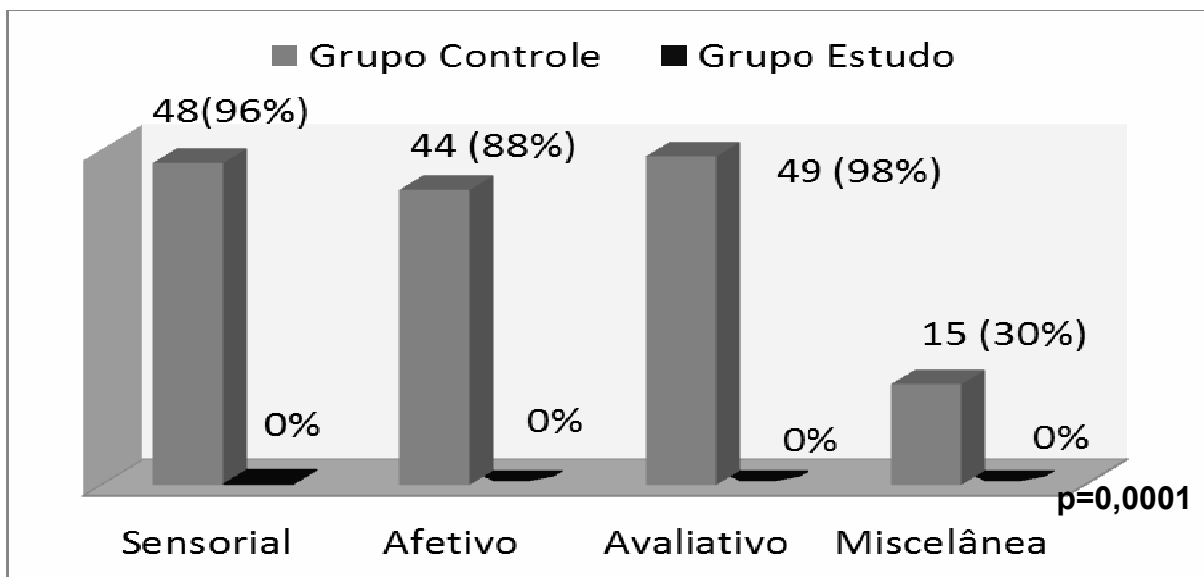
Teste t de Student e Teste *Kruskal-Wallis*

FIGURA 6 - Escore do Questionário de Dor de Mc Gill, nos Grupos Controle e Estudo, após 30 dias da inclusão dos pacientes no estudo.



Teste t de Student e Teste *Kruskal-Wallis*

FIGURA 7- Escore do Questionário de Dor de Mc Gill, nos Grupos Controle e Estudo, após 90 dias da inclusão dos pacientes no estudo.



Teste t Student e Teste *Kruskal-Wallis*

FIGURA 8 - Escore do Questionário de Dor de Mc Gill, nos Grupos Controle e Estudo, após 180 dias da inclusão dos pacientes no estudo.

ANEXOS

ANEXO 1 - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DE QUALIDADE DE VIDA SF-36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de vida SF-36

INSTRUÇÕES

Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Essas informações nos manterão inteirados de como você se sente e quão bem você é capaz de fazer suas atividades de vida diária. Responda a cada questão, marcando a resposta conforme a indicação. Caso você esteja inseguro em responder, por favor, tente explicar o melhor que puder.

1 - Em geral, você diria que sua saúde é:

(circule uma)

Excelente	Muito boa	Boa	Ruim	Muito ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua saúde em geral, agora?

(circule uma)

Muito melhor	Um pouco melhor	Quase a mesma	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3 - Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você tem dificuldade para fazer essas atividades? Nesse caso, quanto?

(circule um número em cada linha)

Atividades	Sim, muito dificulta	Sim, um pouco dificulta	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades vigorosas, que exigem muito esforço, tais como: correr, levantar objetos pesados, praticar esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como: mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos.	1	2	3
d) Subir vários lances de escada.	1	2	3
e) Subir um lance de escada.	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se.	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro.	1	2	3
h) Andar uns quarteirões.	1	2	3
i) Andar um quarteirão.	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se.	1	2	3

4 – Durante as últimas semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo em que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (necessitou de um esforço extra)?	1	2

5 – Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

(circule uma em cada linha)

	Sim	Não
a) Você diminuiu a quantidade de tempo em que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz?	1	2

6- Durante as 4 últimas semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos ou em grupo?

(circule uma)

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

(circule uma)

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8 – Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa quanto dentro de casa)?

(circule uma)

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9 - Essas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente (em relação às últimas 4 semanas).

(circule um número para cada linha)

	Todo temp o	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Por quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, cheio de força?	1	2	3	4	5	6
b) Por quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Por quanto tempo você tem se sentido tão deprimido, que nada pode animá-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Por quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo ?	1	2	3	4	5	6
e) Por quanto tempo você tem se sentido com muita	1	2	3	4	5	6

energia?						
f) Por quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Por quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Por quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Por quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10 - Durante as últimas 4 semanas, em quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes etc.)?

(circule uma)

Todo o tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

(circule um número em cada linha)

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo adoecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas.	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço.	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar.	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente.	1	2	3	4	5

Pontuação do Questionário SF-36

Questões	Pontuação
01	1=5,0 2=4,4 3=3,4 4=2,0 5=1,0
02	Soma normal
03	Soma normal
04	Soma normal
05	Soma normal
06	1=5,0 2=4,0 3=3,0 4=2,0 5=1,0
07	1=6,0 2=5,4 3=4,2 4=3,1 5=2,2 6=1,0
08	<p>Se $\underline{8} \Rightarrow 1$ e $\underline{7} \Rightarrow 1$ ===== <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Se $\underline{8} \Rightarrow 1$ e $\underline{7} \Rightarrow 2$ a 6 ===== <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Se $\underline{8} \Rightarrow 2$ e $\underline{7} = 2$ a 6 ===== <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Se $\underline{8} \Rightarrow 3$ e $\underline{7} = 2$ a 6 ===== <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Se $\underline{8} \Rightarrow 4$ e $\underline{7} = 2$ a 6 ===== <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Se $\underline{8} \Rightarrow 5$ e $\underline{7} = 2$ a 6 ===== <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Se a questão $\underline{7}$ não for respondida, o escore da questão $\underline{8}$ passa a ser o seguinte: $1 \Rightarrow 6,0$</p>
	<p>2 $\Rightarrow 4,75$</p> <p>3 $\Rightarrow 3,5$</p> <p>4 $\Rightarrow 2,25$</p> <p>5 $\Rightarrow 1,0$</p>
09	a, d e, h = valores contrários (1=6, 2=5, 3=3, 4=2, 5=1)
10	Soma Normal
11	<p>a, c = valores normais</p> <p>b, d= valores contrários (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)</p>

Cálculo da EASCALA (0 A 100)

Domínio	Questão	Limites	Varição	
e Funcional	3 (a+ b+ c+ d+ e+ f+ g+ h +i +j)	10-30	20	
Físicos	4 (a+ b +c +d)	4-8	4	
	Dor	7 + 8	2-12	10
Geral de Saúde	Estado	1 + 11	5-25	20
	Vitalidade	9 (a+ c+ g +i)	4-24	20
Sociais	Aspectos	6 +10	2-10	8
Funcional	Aspecto	5 (a+ b +c)	3-6	3
Mental	Saúde	9 (b+ c +d +f +h)	5-30	25

Escala:

Item = $\frac{[\text{Valor obtido} - \text{Valor mais baixo}]}{\text{Varição}} \times 100$

Varição

Ex: Capacidade funcional + 21

Valor mais baixo = 10

$\frac{21-10}{20} \times 100 = 55$

20

Obs: A questão n° 2 não entra no cálculo dos domínios.

Dados perdidos: Se não responder mais 50% = substituir o valor pela média.

ANEXO 2

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG/UNIFESP- EPM

Escala de Autoestima de Rosenberg/UNIFESP-EPM

Instruções para o entrevistador

Ler a página Instrução para o entrevistador para a pessoa a ser avaliada. Caso ela não compreenda as instruções, ler novamente.

O entrevistador não deve dar explicações além das contidas nas Instruções para o entrevistador. Não dar sua interpretação pessoal sobre as instruções, apenas leia novamente, até que o paciente compreenda as informações.

O local de realização das entrevistas deve ser calmo, com boa iluminação, contando apenas com a presença do entrevistador.

Não se deve alterar as sequência dos testes.

Anotar o início e o fim da avaliação, para sabermos em minutos o tempo necessário para sua aplicação.

Instruções para o entrevistado

Este questionário faz parte de um trabalho científico, em que traduzimos e validamos para o português um questionário da língua inglesa de avaliação de autoestimas.

Por autoestima queremos dizer o sentimento, o apreço, a consideração que você sente por si próprio. Em outras palavras, o quanto você gosta de si mesmo, como você se vê e o que pensa sobre si.

Neste questionário temos 10 frases afirmativas. Você deve escolher a alternativa que mais próxima está daquilo que você sente.

Concordar plenamente que dizer concordar completamente, totalmente com a afirmativa.
Discordar plenamente que dizer discordar completamente, totalmente com a afirmativa.

Como você avalia essas questões:

1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito (a) comigo mesmo (a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

2) Às vezes, eu acho que eu não sirvo para nada (desqualificado (a) ou inferior em relação aos outros)

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me sejam ensinadas).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

6) Às vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas)>

- a) Concordo plenamente

- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) das outras pessoas.

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

8) Não me dou o devido valor. Gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

9) Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um (a) fracassado(a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo(a).

- a) Concordo plenamente
- b) Concordo
- c) Discordo
- d) Discordo plenamente

Cálculo do escore da escala de autoestima UNIFESP-EPM/ Rosenberg

O cálculo é feito por meio da soma dos valores encontrados no gabarito que segue abaixo, de acordo com o resultado obtido com a aplicação do questionário ao paciente.

1) De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo (a)

0	a) Concordo plenamente
1	b) Concordo
2	c) Discordo
3	d) Discordo plenamente

2) Às vezes, eu não sirvo para nada(desqualificado ou inferior em relação aos outros).

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo
1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

3) Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.

0	a) Concordo plenamente
1	b) Concordo
2	c) Discordo
3	d) Discordo plenamente

4) Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me sejam ensinadas).

0	a) Concordo plenamente
1	b) Concordo
2	c) Discordo
3	d) Discordo plenamente

5) Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo
1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

6) Às vezes, eu realmente sinto-me inútil (incapaz de fazer as coisas).

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo
1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

7) Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível das outras pessoas).

0	a) Concordo plenamente
1	b) Concordo
2	c) Discordo
3	d) Discordo plenamente

8) Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (a). (Dar-me mais valor).

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo
1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

9) Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um(a) fracassado(a).

3	a) Concordo plenamente
2	b) Concordo
1	c) Discordo
0	d) Discordo plenamente

10) Eu tenho uma atitude positiva (pensamento, atos e ensinamento positivo) em relação a mim mesmo(a).

0	a) Concordo plenamente
1	b) Concordo
2	c) Discordo
3	d) Discordo plenamente

ANEXO 3
CAPACIDADE FUNCIONAL - STANFORD HEALTH ASSESSMENT
QUESTIONNAIRE HAQ- 20

Capacidade Funcional - Stanford Health Assessment Questionnaire HAQ- 20

Versão Brasileira do questionário de Qualidade de vida

		Sem dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Incapaz de fazer
01	Vestir-se, inclusive amarrar os botões dos seus sapatos, abotoar as suas roupas?	0	1	2	3
02	Lavar a sua cabeça e os seus cabelos?	0	1	2	3
03	Levantar-se de uma maneira ereta de uma cadeira de encosto reto e sem braços?	0	1	2	3
04	Deitar-se e levantar-se da cama?	0	1	2	3
05	Cortar um pedaço de carne?	0	1	2	3
06	Levar à boca um copo ou uma xícara cheia de café, leite ou água?	0	1	2	3
07	Abrir um saco de leite comum?	0	1	2	3
08	Caminhar em lugares planos?	0	1	2	3
09	Subir 5 degraus?	0	1	2	3
10	Lavar seu corpo inteiro e secá-lo após o banho?	0	1	2	3
11	Tomar banho de chuveiro?	0	1	2	3
12	Sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário?	0	1	2	3
13	Levantar os braços e pegar um objeto de mais ou menos 2,5	0	1	2	3

	quilos, que está posicionado um pouco acima de sua cabeça?				
14	Curvar-se para pegar suas roupas no chão?	0	1	2	3
15	Segurar-se em pé no ônibus ou no metrô?	0	1	2	3
16	Abrir potes ou vidros de conserva que tenham sido previamente abertos?	0	1	2	3
17	Abrir e fechar torneira?	0	1	2	3
18	Fazer compras na redondeza onde mora?	0	1	2	3
19	Entrar e sair de um ônibus?	0	1	2	3
20	Realizar tarefas tais como usar a vassoura para varrer e o rodo para puxar água?	0	1	2	3

Escores dos componentes:

Componente 1, Perguntas 1 e 2 => Maior escore = _____

Componente 2, Perguntas 3 e 4 => Maior escore = _____

Componente 3, Perguntas 5,6,7 => Maior escore = _____

Componente 4, Perguntas 8 e 9 => Maior escore = _____

Componente 5, Perguntas 10,11,12 => Maior escore = _____

Componente 6, Perguntas 13 e 14 => Maior escore = _____

Componente 7, Perguntas 15,16,17 => Maior escore = _____

Componente 8, Perguntas 18,19,20 => Maior escore = _____

Medida aritmética dos escores dos componentes = _____

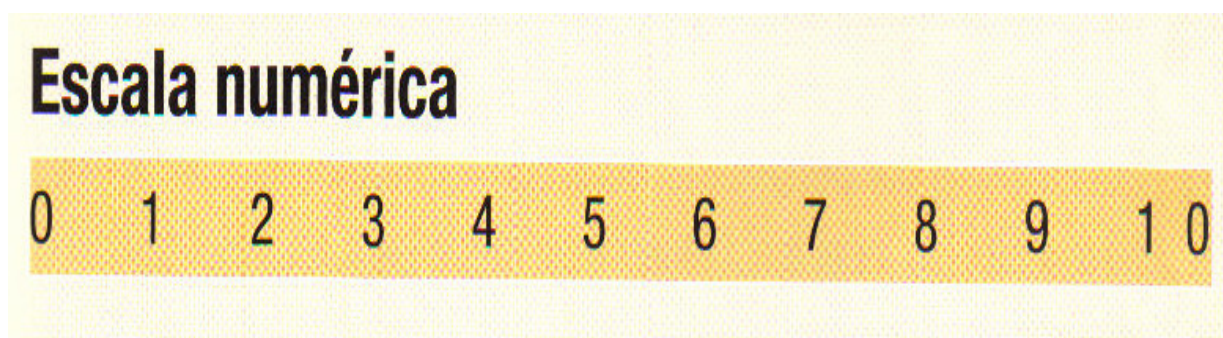
Escore do HAQ = _____

ANEXO 4

ESCALA NUMÉRICA DE DOR

Escala numérica de dor

Por meio desta régua, indique a intensidade de sua dor, escolhendo o número que melhor reflita o seu nível atual de sua dor. Sendo que 0 significa ausência de dor, 1-3 significa dor leve, 4-6 significa dor moderada e 7-10 dor intensa.



ANEXO 5
QUESTIONÁRIO DE DOR DE MCGILL

Questionário de dor de McGill

Para cada conjunto de palavras abaixo, escolha apenas uma (1) que melhor descreve a sua dor. Não é preciso escolher palavras em todos os quadros.

01	02	03	04
<input type="checkbox"/> que vai e vem <input type="checkbox"/> que pulsa <input type="checkbox"/> latejante <input type="checkbox"/> em pancada	<input type="checkbox"/> que salta aqui e ali <input type="checkbox"/> que se espalha em círculos <input type="checkbox"/> que irradia	<input type="checkbox"/> pica como uma agulhada <input type="checkbox"/> é como uma físgada <input type="checkbox"/> como uma pontada de faca <input type="checkbox"/> perfura como uma broca	<input type="checkbox"/> que corta como uma navalha <input type="checkbox"/> que dilacera a carne
05	06	07	08
<input type="checkbox"/> como um beliscão <input type="checkbox"/> em pressão <input type="checkbox"/> como uma mordida <input type="checkbox"/> em caimbra/cólica <input type="checkbox"/> que esmaga	<input type="checkbox"/> que repuxa <input type="checkbox"/> que arranca <input type="checkbox"/> que parte ao meio	<input type="checkbox"/> que esquenta <input type="checkbox"/> que queima como água quente <input type="checkbox"/> que queima como fogo	<input type="checkbox"/> que coça <input type="checkbox"/> em formigamento <input type="checkbox"/> ardida <input type="checkbox"/> como uma ferroada
09	10	11	12

<input type="checkbox"/> amortecida <input type="checkbox"/> adormecida	<input type="checkbox"/> sensível <input type="checkbox"/> dolorida <input type="checkbox"/> como um machucado <input type="checkbox"/> pesada	<input type="checkbox"/> que cansa <input type="checkbox"/> que enfraquece <input type="checkbox"/> fatigante <input type="checkbox"/> que consome	<input type="checkbox"/> de suor frio <input type="checkbox"/> que dá ânsia de vômito
13	14	15	16
<input type="checkbox"/> assustadora <input type="checkbox"/> horrível <input type="checkbox"/> tenebrosa	<input type="checkbox"/> castigante <input type="checkbox"/> torturante <input type="checkbox"/> de matar	<input type="checkbox"/> chata <input type="checkbox"/> que perturba <input type="checkbox"/> que dá nervoso <input type="checkbox"/> irritante <input type="checkbox"/> de chorar	<input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> incômoda <input type="checkbox"/> miserável <input type="checkbox"/> angustiante <input type="checkbox"/> inaguentável
17	18	19	20
<input type="checkbox"/> que pende <input type="checkbox"/> que imobiliza <input type="checkbox"/> que paralisa	<input type="checkbox"/> que cresce e diminui <input type="checkbox"/> espeta como uma lança <input type="checkbox"/> que rasga a pele	<input type="checkbox"/> fria <input type="checkbox"/> gelada <input type="checkbox"/> que congela	<input type="checkbox"/> que dá falta de ar <input type="checkbox"/> que deixa tenso <input type="checkbox"/> cruel

FONTES CONSULTADAS

FONTES CONSULTADAS

DECS - Descritores em Ciências da Saúde. <http://decs.bvs.br/> –terminologia em saúde

Ferreira LM. Elaboração e apresentação de teses. São Paulo: ed. LMP, 2008.

Houaiss A. Dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro:ed. Objetiva Ltda;2001.

ICMJE – International Committee of Medical Journals Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journal. Disponível no endereço eletrônico: <http://www.icmje.org>.

Michaelis: dicionário inglês. São Paulo: Ed. Melhoramento;2001

Terminologia Anatômica. Terminologia Anatômica Internacional. São Paulo: Ed. Manole Ltda.; 2001.248p.