

# Qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com úlcera arterial

## Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con úlceras arteriales

### Quality of life and functional ability in patients with arterial ulcers

• Márcia Maria Renó Moreira<sup>1</sup> • Leila Blanes<sup>2</sup> • Fabiana da Silva Augusto<sup>3</sup> •  
 • Alfredo Gragnani Filho<sup>4</sup> • Lydia Masako Ferreira<sup>5</sup> •

•1• BSN, MS, Universidade Federal de São Paulo. Professora da Universidade do Vale do Sapucaí-Minas Gerais, Brasil. E-mail: marciamoreira@hotmail.com

•2• RN, PhD. Vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Ciência, Tecnologia e Gestão aplicados à Regeneração Tecidual, Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora Assistencial de Enfermagem do Hospital São Paulo. São Paulo, Brasil.

•3• BSN, MS, Universidade Federal de São Paulo. Gerente de Enfermagem das Clínicas Cirúrgicas do Hospital São Paulo. São Paulo, Brasil.

•4• MD, PhD. Professor Adjunto, Livre Docente, Programa de Pós Graduação em Cirurgia Translacional, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

•5• MD, PhD. Professora Titular, Programa de Pós Graduação em Cirurgia Translacional, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, Brasil.

Recibido: 14/11/2011 Aprobado: 8/12/2016

DOI: 10.15446/av.enferm.v34n2.61617



## Resumo

**Objetivo:** Avaliar a Qualidade de Vida (QV) e a capacidade funcional em pacientes com Doença Arterial Periférica (DAP) e Úlceras Arteriais (UA).

**Metodologia:** Estudo clínico descritivo e transversal, realizado no Sul de Minas Gerais, Brasil. Sessenta pacientes adultos alocados em três grupos —grupo DAP com UA, grupo DAP sem UA e grupo controle, sem DAP e sem UA— foram entrevistados, utilizando-se os questionários *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e o *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) para medir a capacidade funcional e a QV, respectivamente. Para a comparação entre os grupos, foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*.

**Resultados:** Quarenta e dois participantes (70%) são mulheres e a idade média foi de 63 anos. Os pacientes com DAP, com ou sem UA, apresentaram incapacidade funcional significativamente maior que pacientes sem DAP ( $p < 0,01$ ) nos componentes relacionados a deambulação, uso de utensílios domésticos, higiene e apreensão/sustentação de objetos. Os pacientes com DAP, com ou sem lesões, apresentaram SF-36 escores significativamente mais baixos —menor QV— nos domínios *Capacidade funcional*, *Aspectos físicos*, *Dor corporal*, *Vitalidade*, *Aspectos sociais* e *Aspecto emocional* do SF-36 em relação ao grupo controle ( $p < 0,001$ ). Também foram observadas diferenças significativas ( $p < 0,001$ ) entre o grupo controle e o grupo com DAP e UA nos domínios *Estado geral de saúde* e *Saúde mental*.

**Conclusão:** Os pacientes com DAP, com ou sem úlcera, apresentaram redução na capacidade de realização de algumas atividades cotidianas, além de baixos níveis de QV quando comparados aos pacientes sem a doença.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Doença Arterial Periférica; Úlcera Cutânea; Ferimentos e Lesões; Avaliação (fonte: DECS BIREME).

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la Calidad de Vida (CV) y la capacidad funcional en pacientes con Enfermedad Arterial Periférica (EAP) y Úlceras Arteriales (UA).

**Metodología:** Estudio clínico descriptivo y transversal, realizado en el sur de Minas Gerais, Brasil. Sesenta pacientes adultos asignados en tres grupos —grupo EAP con UA, grupo EAP sin UA y grupo de control sin EAP y UA— fueron entrevistados, para lo cual se hizo uso de las escalas *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) y el *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) que evalúan la capacidad física y la calidad de vida, respectivamente. Para las comparaciones entre los grupos, se utilizó la prueba de *Kruskal-Wallis*.

**Resultados:** Cuarenta y dos participantes (70%) son mujeres y la edad media fue de 63 años. Los pacientes con EAP, con o sin UA, presentaron limitación funcional significativamente mayor que los pacientes sin PAD ( $p < 0,01$ ) en componentes relacionados con el andar, el uso de utensilios domésticos, la higiene y el alcance/agarre de objetos. Los pacientes con PAD, con o sin lesiones, tenían puntuaciones significativamente más bajas de SF-36 —CV inferior— en las dimensiones *Función física*, *Rol físico*, *Dolor corporal*, *Vitalidad*, *Función social* y *Rol emocional* en comparación con los pacientes del grupo control ( $p < 0,001$ ). También se observaron diferencias significativas entre el grupo control y el grupo con EAP y AU en las dimensiones *Salud general* y *Salud mental*.

**Conclusión:** Los pacientes con EAP, con o sin úlcera, mostraron dificultad para realizar algunas actividades cotidianas, así como baja calidad de vida en comparación con los pacientes sin la enfermedad.

**Descriptores:** Calidad de Vida; Enfermedad Arterial Periférica; Úlcera Cutánea; Heridas y Traumatismos; Evaluación (fuente: DECS BIREME).

## Abstract

**Objective:** To assess Quality of Life (QOL) and functional ability in patients with Peripheral Arterial Disease (PAD) and Arterial Ulcers (AUS).

**Methodology:** Descriptive and cross-sectional clinical study, conducted in Southern Minas Gerais, Brazil. Sixty adult patients allocated in three groups —group PAD with AUS, group PAD without AUS, and control group, without both PAD and AUS— were interviewed using the scales *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) and *Short Form-36 Health Survey* (SF-36), which assess physical disability and quality of life, respectively. The *Kruskal-Wallis* test was used in order to compare the groups.

**Results:** Forty-two participants (70%) are women, and the mean age was 63 years old. Patients with PAD, with or without AUS, had significantly greater disability than patients without PAD ( $p < 0,01$ ) on components related to walking, use of household utensils, hygiene, and reach/grip of objects. Patients with PAD, with or without lesions, reported significantly lower SF-36 scores —lower QOL— on *Physical functioning*, *Role physical*, *Bodily pain*, *Vitality*, *Social functioning*, and *Role emotional* domains, in comparison to patients from the control group ( $p < 0,001$ ). Significant differences were also observed between the control group and the group with PAD and AUS on the *General health* and *Mental health* domains.

**Conclusion:** Patients with PAD, with or without AUS, reported difficulty in performing some activities of daily living and impaired QOL in comparison to patients without the disease.

**Descriptors:** Quality of Life; Peripheral Arterial Disease; Skin Ulcer; Wounds and Injuries; Evaluation (source: DECS BIREME).

## Introdução

A doença arterial decorre de situações que causam o estreitamento ou bloqueio das artérias para os membros, o qual resulta em baixo aporte de fluxo sanguíneo para a região e está associada a um alto risco de morbimortalidade cardiovascular (1, 2). A doença causa repercussões em quase todos os aspectos da vida das pessoas e produz significantes conseqüências físicas, psicológicas e socioeconômicas (3, 4, 5, 6, 7). Estima-se que 200 milhões de pessoas têm doença arterial em todo o mundo, condição que está presente em cerca de um terço dos pacientes hospitalizados (3, 5, 6).

Dentre as doenças arteriais, está a Doença Arterial Periférica (DAP), que ocorre predominantemente por fenômenos ateroscleróticos sistêmicos e causam obstruções arteriais, o qual pode levar ao desenvolvimento da Úlcera Arterial (UA) (8). As UAs são feridas bastante dolorosas e se desenvolvem pela redução do suprimento de sangue arterial na região (9). Estas lesões afetam principalmente os dedos dos pés e/ou áreas que sofrem maior ponto de pressão, cujas regiões mais comuns são o calcanhar, o maléolo e o tornozelo (8, 10, 11). Os fatores de risco para o desenvolvimento das UAs são tabagismo, diabetes mellitus, hiperlipidemia e hipertensão; os sintomas mais comuns são dor no membro, claudicação intermitente, atrofia da pele, perda de pêlos, pés frios e unhas distróficas (8). O principal tratamento desta condição é o reestabelecimento do fluxo sanguíneo por meio de intervenções medicamentosas, procedimentos cirúrgicos e uso de curativos apropriados (12, 13).

A alteração na marcha e a convivência com a dor persistente, principais sintomas das UAs, podem alterar o desempenho deste tipo de pacientes para realizarem as suas atividades de vida diária. Neste contexto, a capacidade funcional, situação relacionada com o grau de preservação de aptidão que o indivíduo possui para realizar suas atividades de vida diária, pode estar comprometida, o qual leva a uma série de limitações para a realização de atividades cotidianas (14, 15). Além disso, as alterações no modo de viver dos pacientes que convivem com a UA podem alterar a sua qualidade de vida (4). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a QV como a “percepção do indivíduo de sua

posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (16).

Ainda, são escassos os estudos que abordam a QV e a capacidade funcional em pacientes com UA; por isso, compreender estas condições nesta população é de grande importância para os profissionais de saúde, visto que as conseqüências desta situação requerem aceitação, adaptação e mudanças no dia-a-dia. Esses aspectos motivaram a realização deste estudo, que tem como objetivo avaliar a QV e a capacidade funcional de pacientes com DAP e UA.

## Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e primário, realizado com pessoas residentes de municípios da região do sul de Minas Gerais, Brasil. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas Dr. José Antônio Garcia Coutinho, da Universidade do Vale do Sapucaí (n° 442/05).

A casuística foi aleatorizada contando com 60 indivíduos: 20 pessoas com DAP e UA; 20 pessoas com DAP e sem lesões; e 20 indivíduos da comunidade sem DAP e sem feridas nos membros inferiores. A presença ou ausência de DAP foi confirmada a partir do Índice Tornozelo Braço (ITB), considerado de 1,00 a 1,40 como ausência de DAP e < 0,90 como presença de DAP (13). Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 30 anos; concordar em participar do estudo por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; e possuir capacidade cognitiva para responder às perguntas. Também foram considerados para a inclusão no grupo com DAP e UA o ITB < 0,90 e UA diagnosticadas por cirurgião vascular; no grupo com DAP sem UA, o ITB < 0,90 e ausência de feridas nos membros inferiores; no grupo sem DAP, o ITB variando de 1,00 a 1,40 e ausência de lesões nos membros inferiores. Todos os pacientes com ITB < 0,90 também possuíam arteriografia para a confirmação da DAP (8).

A coleta de dados foi realizada por uma das pesquisadoras por meio de entrevistas no domicílio dos participantes. Para a coleta de dados, utilizou-se um instrumento de dados sociodemográficos e clínicos, o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e o *Short Form-36 Health Survey* (SF-36). Como procedimentos, foi solicitado ao

paciente que pontuasse a resposta que julgasse mais adequada para si. Em caso de dificuldade no entendimento, a questão foi lida quantas vezes se fizesse necessária.

O instrumento para levantamento dos dados sociodemográficos e clínicos continha as variáveis *sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, grau de instrução e situação frente ao trabalho*.

O instrumento específico para avaliação de capacidade funcional, o *Health Assessment Questionnaire (HAQ)* é composto por 20 questões divididas em oito componentes, as quais indagam: 1) capacidade de vestir-se e lavar a cabeça e cabelos; 2) capacidade de levantar-se de uma cadeira sem os braços, deitar-se e levantar-se da cama; 3) capacidade de uso de talheres e copos e abrir um saco com líquidos dentro; 4) capacidade de caminhar em lugares planos e subir 5 degraus; 5) capacidade de tomar banho de chuveiro e utilizar o vaso sanitário; 6) capacidade de pegar, elevar e sustentar um pouco acima da cabeça um objeto de mais de 2,5 quilos e pegar suas roupas no chão; 7) capacidade de segurar-se e manter-se em pé em transporte público, destampar potes e abrir e fechar torneiras; e 8) capacidade de fazer compras, entrar e sair de um transporte público e utilizar utensílio de limpeza para varrer e/ou puxar a água. Cada questão é graduada de 0 a 3, sendo 0 a capacidade para realizar a atividade e 3, incapacidade de fazer a ação. O instrumento não prevê pontuação de corte e o escore final é obtido por meio da média aritmética das pontuações dos oito componentes, cujos menores valores são indicativos de melhor capacidade funcional (17). Este estudo utilizou a versão brasileira do questionário proposto por Ferraz e colaboradores (14).

Para avaliação da *QV*, foi utilizado o instrumento genérico que é composto por 36 perguntas, distribuídas em oito domínios: *capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspecto emocional e saúde mental*. Há também uma questão de avaliação comparativa entre o estado de saúde atual e o estado de saúde de um ano atrás. As pontuações dos domínios são analisadas separadamente e variam de 0 a 100, cujas maiores pontuações são indicativas de melhor *QV* (18). O *SF-36* foi adaptado à cultura brasileira e validado por Ciconelli e colaboradores, versão utilizada no presente estudo (19).

Neste estudo, os dados foram processados pelo pacote *SPSS (Statistical Package for Social Sciences)*. Para as comparações, utilizou-se o teste de análise de variância de *Kruskal-Wallis* e adotou-se 5% como nível de significância estatística ( $p < 0,05$ ).

## Resultados

Dos 60 participantes, 42 (70%) eram mulheres; 29 (48,3%) tinham idade igual ou acima de 60 anos, com idade média de 63 anos; 42 (70%) tinham o ensino fundamental; 36 (60%) eram casados; e 23 (38,2%) estavam aposentados (ver Tabela 1).

**Tabela 1.** Distribuição dos pacientes segundo as características sociodemográficas e clínicas

Variáveis	Indivíduos							
	Com DAP*				Sem DAP		Total	
	Com úlcera		Sem úlcera		Sem DAP		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Gênero</b>								
Masculino	14	70,0	14	70,0	14	70,0	42	70,0
Feminino	6	30,0	6	30,0	6	30,0	18	30,0
<b>Idade</b>								
30 a 39 anos	2	10,0	1	5,0	1	5,0	4	6,7
40 a 49 anos	0	0,0	1	5,0	1	5,0	2	3,3
50 a 59 anos	8	40,0	8	40,0	8	40,0	24	40,0
60 a 69 anos	3	15,0	4	20,0	3	15,0	11	18,3
70 a 79 anos	4	20,0	3	15,0	4	20,0	11	18,3
> 80 anos	3	15,0	3	15,0	3	15,0	9	15,0
<b>Grau de instrução</b>								
Ensino fundamental	17	85,0	14	70,0	11	55,0	42	70,0
Ensino médio	0	0,0	2	10,0	7	35,0	9	15,0
Ensino superior	0	0,0	0	0,0	1	5,0	1	1,7
Sem escolaridade	3	15,0	4	20,0	1	5,0	8	13,3
<b>Situação conjugal</b>								
Casado	10	50,0	11	55,0	15	75,0	36	60,0
Solteiro	2	10,0	4	20,0	1	5,0	7	11,7
Viúvo	7	35,0	5	25,0	2	10,0	14	23,3
Separado	1	5,0	0	0,0	2	10,0	3	5,0
<b>Situação frente ao trabalho</b>								
Aposentado	11	55,0	6	30,0	6	30,0	23	38,3
Desempregado	3	15,0	3	15,0	2	10,0	8	13,3
Prendas domésticas	4	20,0	8	40,0	7	35,0	19	31,7
Autônomo	1	5,0	0	0,0	0	0,0	1	1,7
Emprego contratado	1	5,0	3	15,0	5	25,0	9	15,0

\* DAP: doença arterial periférica

Fonte: Dados da pesquisa

Com relação aos resultados obtidos por meio do HAQ, verificou-se que as pontuações dos componentes funcionais variaram de 0,5 a 1,8 nos pacientes com DAP e UA; de 0,1 a 1,6, no grupo com DAP sem UA; e de 0 a 0,1, nos pacientes sem DAP. Com relação aos grupos, os pacientes com DAP, com ou sem UA, apresentaram menores escores nos componentes 2, 4, 5, 6, 7 e 8, indicando maior dificuldade para realizar transferências para cadeira e cama, caminhar, subir degraus, tomar banho, utilizar o vaso sanitário, pegar e elevar e objetos, entrar, manter-se em pé e sair de transporte público, abrir potes e torneiras, fazer compras e utilizar utensílios de limpeza quando comparados aos resultados do grupo sem doença arterial, com  $p < 0,01$  em todos estes itens. Não houve diferenças significantes entre os grupos nos componentes 1 e 3, os quais avaliam a capacidade de vestir-se, lavar a cabeça e cabelos, utilizar talheres e copos e abrir um saco com líquidos (ver Tabela 2).

**Tabela 2.** Escores médios do HAQ pelos componentes da escala

HAQ Componente e a capacidade avaliada	Com DAP*		Sem DAP
	Com úlcera	Sem úlcera	
1. Vestir-se e lavar a cabeça e cabelos	0,6	0,4	0,1
2. Fazer transferências para cadeira e cama	1,1	1,1	0
3. Uso de talheres e copos e abrir um saco com líquidos	0,5	0,1	0,0
4. Caminhar e subir degraus	1,4	1,6	0,0
5. Tomar banho e utilizar o sanitário	0,6	0,6	0,0
6. Pegar, elevar e sustentar objetos acima da cabeça e no chão	0,6	1,4	0,1
7. Manter-se em pé em transporte público e uso de potes e torneiras	1,6	1,5	0,0
8. Fazer compras, entrar e sair de transporte público e utilizar utensílio de limpeza	1,8	1,5	0,0

\* DAP: doença arterial periférica

**Fonte:** Dados da pesquisa

Com relação aos resultados da avaliação da QV, a média dos escores dos domínios do SF-36 variou de 12,5 a 64,4 no grupo com DAP e UA; de 13,7 a 42,4, no grupo com DAP sem UA; e de 71,2 a 95,0, no grupo sem DAP, indicando níveis baixos de QV nos pacientes com DAP e bons níveis de QV nas pessoas sem esta doença. Quando comparados os grupos, verificou-se que os pacientes com DAP, com ou sem lesões, apresentaram escores de

QV mais baixos nos domínios *Capacidade funcional, Aspectos físicos, Dor, Vitalidade, Aspectos sociais e Aspecto emocional* quando comparados com o grupo sem DAP, com  $p < 0,001$ .

Também verificou-se diferenças estatísticas ( $p < 0,001$ ) quando comparado às pontuações dos pacientes do grupo sem DAP e do grupo com DAP e UA nos domínios *Estado geral de saúde e Saúde mental* com relação às pontuações obtidas pelos pacientes com DAP sem UA, com menores escores de QV neste último grupo (ver Tabela 3).

**Tabela 3.** Escores médios do SF-36 pelos domínios

SF-36	Grupo com DAP* e com úlcera	Grupo com DAP* e sem úlcera	Grupo sem DAP*
Capacidade funcional	33,0	38,8	90,2
Aspectos físicos	12,5	13,7	95,0
Dor	41,7	37,5	77,1
Estado geral de saúde	61,6	47,6	75,8
Vitalidade	54,0	30,4	71,2
Aspectos sociais	47,2	42,4	92,5
Aspecto emocional	25,0	16,6	96,7
Saúde mental	64,4	55,0	77,3

\* DAP: doença arterial periférica

**Fonte:** Dados da pesquisa

## Discussão

A úlcera crônica de etiologia arterial é um importante problema de saúde, causada pela insuficiência arterial. É consequência da perfusão tecidual inadequada para os pés ou para as pernas. Isso se deve a um bloqueio total ou parcial do fornecimento do sangue arterial para as pernas e é denominado de doença vascular periférica (19, 20, 21).

O tratamento da úlcera arterial resulta grandes despesas e o custo pessoal dessas doenças crônico-degenerativas se reflete na perda da independência funcional e autonomia.

Esta é aqui entendida como independência funcional na capacidade de realizar atividades de vida diária e autonomia na capacidade da pessoa determinar o curso de sua vida, exercício do seu direito à autodeterminação. Nas doenças mais incapacitantes e prevalentes destaca-se hipertensão arterial, diabetes mellitus e demências (19, 20, 21).

Ao analisar os dados sociodemográficos, observou-se que as idades variavam entre 35 e 88 anos, sendo a média de idade de 63 anos. Autores descrevem que a úlcera arterial é freqüente em pacientes idosos com a doença arterial periférica (22, 31).

A longevidade pode ser um problema com repercussão séria nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social e tem importante implicação para a qualidade de vida do indivíduo idoso e seus familiares. Cada ano pode ser marcado por doenças, declínio funcional, aumento de dependência, perda de autonomia, isolamento social e depressão (21, 34, 35).

Estudos descrevem que as úlceras das extremidades inferiores de etiologia arterial ocorrem geralmente em pacientes acima de 50 anos, mas são ocasionalmente observadas em pacientes mais jovens com diabetes mellitus e hiperlipidemia (22, 31).

No presente estudo obteve-se no grupo controle 65% de pacientes hipertensos, 5% de diabéticos e 30% de ambas as doenças crônicas. Elas, porém, mantinham-se estáveis. Embora a grande maioria dos pacientes seja portador de pelo menos uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas doenças controladas e expressam satisfação na vida (21, 31, 32).

Verificou-se neste estudo que a úlcera arterial foi encontrada mais em mulheres (70%) do que em homens (30%); a provável

explicação pode ser atribuída às alterações hormonais nas mulheres desencadeadas a partir do climatério. Em mulheres, o aumento da prevalência da úlcera arterial ocorre após a menopausa, pela ausência do efeito protetor do hormônio estrógeno e, além disso, pela maior freqüência de diabetes em mulheres nessa faixa de idade. Outra questão é o fato das mulheres viverem mais do que os homens (22).

Quanto à escolaridade, os três grupos encontram-se concentrados no nível fundamental de ensino e existe um expressivo percentual de pessoas sem escolaridade (15%). A falta de instrução pode ser apontada como um dos fatores responsáveis pela ignorância em relação a determinados cuidados com a saúde (32). Tal situação, somada a outros fatores biossociais, culturais e econômicos, pode levar à adoção de um estilo de vida onde são seriamente considerados determinados fatores de risco para a doença arterial, como as doenças crônicas não transmissíveis.

Uma boa parte dos participantes da pesquisa era aposentada (35%). A aposentadoria causa impacto muito grande em relação à saúde dos idosos, afastando-se das atividades laborais, a tendência é a perda dos contatos sociais e uma deterioração física e intelectual mais acelerada. Os idosos tornam-se quase sempre mais sedentários, conseqüentemente mais expostos às doenças associadas à inatividade física (33).

Com o crescente aumento na longevidade da população, as úlceras arteriais estão se tornando comuns. Elas são para o paciente fontes de dor, inconveniências, frustrações e despesas, já que a cura não é rápida. Para que o tratamento seja bem sucedido, os pacientes devem estar motivados e incluídos no processo do cuidado (34).

Hoje, a qualidade de vida é um tema de pesquisa que não pode ser dispensado na área de saúde, uma vez que os seus resultados contribuem para aprovar e definir tratamentos e avaliar custo-benefício do cuidado prestado.

A qualidade de vida nos pacientes com úlcera arterial ainda é pouco enfatizada. Ao analisar a qualidade de vida de acordo com os domínios do SF-36, observou-se que em relação à *Capacidade funcional*, os pacientes com doença arterial e presença de úlcera estão mais comprometidos do que aqueles sem úlcera. Isso pode estar relacionado ao fato da limitação física, apesar deles sentirem em bom estado de saúde. As limitações decorrentes deste problema —andar, vestir-se, exercícios e outros— também foram observadas. No entanto, pacientes com úlcera, apesar de também ter comprometido a capacidade funcional, vivenciou por mais tempo essa condição se adaptando a ela (21-35).

No domínio *Aspectos físicos*, dos pacientes com úlcera e sem úlcera observou-se que eles demonstraram alterações significativas em relação ao grupo controle. Pode-se observar que a média do grupo controle é bem maior do que os outros dois grupos. Isto é devido ao descontentamento com eles mesmos em estar realizando o seu trabalho ou alguma atividade diária regular.

Em relação ao domínio *Dor*, observou-se que tanto os pacientes com úlcera quanto os sem úlcera apresentaram dor. Os valores dos escores em relação ao grupo controle foram significantes.

As úlceras arteriais tendem a ser mais dolorosas que as úlceras venosas. Essa dor é aumentada com a deambulação e diminuída quando em repouso. É causa de comprometimento do desempenho físico e psíquico com repercussões negativas na

vida de relação, nas atividades laborativas, sociais, familiares e de vida diária. Compromete especialmente o humor, o sono, o apetite, a atividade sexual e o lazer. Gera estresse físico, avalia a percepção do paciente em relação a sua saúde e a expectativa futura (4, 29, 30, 33).

No domínio *Estado geral de saúde*, observou-se que o grupo de pacientes sem úlcera demonstra a insatisfação do seu estado de saúde em relação aos grupos com úlcera e grupo controle. O estado geral de saúde está mais relacionado com a saúde física e um pouco menos com a saúde mental (34).

Observou-se neste estudo que o domínio *Vitalidade* dos participantes mostrou diferença significativa. Detectou-se que o grau de energia e disposição para realizar suas tarefas diárias é maior nos pacientes do grupo controle em relação aos dos grupos com doença arterial —com úlcera e sem úlcera. Este domínio está relacionado com os aspectos físicos e emocionais, ou seja: a saúde física e emocional interfere de maneira semelhante na disposição do indivíduo de realizar as suas atividades. Disto ressalta-se que parcela da população estava aposentada sem exercer um trabalho remunerado, o que pode ter interferência nos aspectos físicos e emocionais (23-35).

Ao analisar o domínio *Aspectos sociais*, observou-se que houve diferença significativa entre os grupos com úlcera e o grupo controle. Observou-se também que estes estão prejudicados devido à cronicidade da doença. O apoio familiar e de pessoas amigas faz-se necessário, o qual tem grande importância junto ao tratamento desse paciente. Uma doença pode diminuir ou anular a disposição do indivíduo em se relacionar com familiares, amigos, vizinhos e colegas; de participar de atividades sociais, de lazer e de trabalho, atividades estas realizadas de acordo com a faixa

etária, gênero, condição física, social e emocional de cada um, assim como descrito em outros estudos (27, 28, 32, 35).

No domínio *Aspecto emocional*, o escore do grupo controle é bem maior do que os outros dois grupos, tornando-o significativo. Este aspecto do SF-36 refere-se às limitações das atividades da vida diária, como consequência de algum problema emocional, como a ansiedade e depressão.

A ansiedade é uma resposta emocional e comportamental que frequentemente acompanha a dor aguda. A ansiedade no doente com dor pode resultar da doença de base e de toda gama de complicações e consequências dela advinda, da dor em si ou de ambas as situações. A ansiedade pode ser descrita como um sentimento de perigo, vago, impreciso e desagradável; uma ameaça ao bem estar físico ou mental (27, 28, 35).

A depressão agrava a vivência dolorosa. Quando não controlada, interfere significativamente na qualidade de vida do doente, pois ocasiona maior comprometimento do sono, humor e apetite; maior queixa de fadiga e apreciação negativa da vida em si mesmo; e maiores problemas no relacionamento interpessoal (23-26, 34, 35).

Em relação à *Saúde mental*, detectou-se diferença significativa entre os grupos com úlcera arterial e controle para com o grupo sem úlcera. Pode-se observar que a saúde mental está relacionada com a percepção do sentimento de ansiedade, depressão, felicidade e tranquilidade no cotidiano do indivíduo (23-26).

A saúde no idoso significa satisfação e interesse pela vida. Somam-se a várias causas de ansiedade as adaptações para as limitações físicas, emocionais e socioeconômicas, bem como os problemas que frequentemente surgem com o envelhecimento (23-26, 34, 35).

A qualidade de vida está comprometida como um todo nas pessoas com úlcera arterial e o seu escore máximo dos domínios do SF-36 não ultrapassou a média de 64,4, sem ser observado um estudo semelhante com uso do SF-36.

Nas informações obtidas pelo HAQ, observou-se que no componente 1 e 3 não houve diferença estatisticamente significativa. Os resultados revelam que os entrevistados não apresentam dificuldade para vestir-se, lavar a sua cabeça e os cabelos, cortar um pedaço de carne, levar à boca um copo ou xícara cheia de café, leite ou água, e abrir um saco de leite comum. Estas são atividades diárias que não interferem na vida destas pessoas, uma vez que para isso estão utilizando os membros superiores. Não foram encontrados estudos similares para comparar com os resultados da presente pesquisa.

Nos componentes 2, 4, 6, 7 e 8 que avaliam a capacidade funcional observou-se diferença estatística. Isto revela que os pacientes com úlcera e sem úlcera apresentaram alguma dificuldade de realizar suas atividades da vida diária em relação ao grupo controle. No componente 5, os três grupos de estudo apresentaram diferença estatística, o qual indica que eles são capazes de fazer suas atividades como lavar o seu corpo inteiro e secá-lo após o banho, sentar-se e levantar-se de um vaso sanitário, porém com certa dificuldade.

A capacidade funcional surge, portanto, como um novo paradigma de saúde. Saúde, dentro dessa nova ótica, passa a ser a resultante da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões, se comprometida, pode afetar a capacidade funcional de um idoso, em especial com doença crônica (27, 28).

## Conclusão

Na avaliação da capacidade funcional por meio do HAQ, os pacientes com DAP, com ou sem UA, apresentaram escores nos componentes que indicam maior dificuldade para realizar transferências para cadeira e cama, caminhar, subir degraus, tomar banho, utilizar o vaso sanitário, pegar e elevar objetos, entrar, manter-se em pé e sair de transporte público, abrir potes e torneiras, fazer compras e utilizar utensílios de limpeza quando comparados aos resultados do grupo sem doença arterial.

A média dos escores dos domínios do SF-36 indicaram níveis baixos de QV nos pacientes com DAP e bons níveis de QV nas pessoas sem a doença. Os pacientes com DAP, com ou sem lesões, apresentaram escores de QV menores nos domínios capacidade funcional, aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais e aspecto emocional quando comparados com o grupo sem DAP.

Esse estudo teve como limite a pequena amostra, devido à baixa ocorrência dessas úlceras na população. Torna-se necessário o desenvolvimento de novos estudos para poder comparar os resultados com pesquisas em outras regiões e culturas diferentes.

## Referências

- (1) Hiatt WR, Goldstone J, Smith SC Jr, McDermott M, Moneta G, Oka R *et al*. Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Symposium II: nomenclature for vascular diseases. *Circulation* [serial on the Internet]. 2008 [access:2016 Nov 26]; 118(25):2826-2829. Available from: doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.191171
- (2) Grenon SM, Vittinghoff E, Owens CD, Conte MS, Whooley M, Cohen BE. Peripheral artery disease and risk of cardiovascular events in patients with coronary artery disease: insights from the Heart and Soul Study. *Vasc Med* [serial on the Internet]. 2013 [access:2016 Nov 26]; 18(4):176-184. Available from: doi: 10.1177/1358863X13493825
- (3) Antonopoulos S, Kokkoris S, Stasini F, Mylonopoulou M, Lepeniotis G, Mikros S *et al*. High prevalence of subclinical peripheral artery disease in Greek hospitalized patients. *Eur J Intern Med*. 2005;16(3):187-191.
- (4) Wann-Hansson C, Hallberg IR, Klevs-gård R, Andersson E. Patients' experiences of living with peripheral arterial disease awaiting intervention: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2005;42(8):851-862.
- (5) Lacroix P, Aboyans V, Voronin D, Le Guyader A, Cautrès M, Laskar M. High prevalence of undiagnosed patients with peripheral arterial disease in patients hospitalised for non-vascular disorders. *Int J Clin Pract*. 2008;62(1):59-64.
- (6) Fowkes FG, Rudan D, Rudan I, Aboyans V, Denenberg JO, McDermott MM *et al*. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: a systematic review and analysis [serial on the Internet]. *Lancet*. 2013 [access:2016 Nov 26]; 382(9901):1329-1340. Available from: doi: 10.1016/S0140-6736(13)61249-0
- (7) Reynolds S, Galiñanes EL, Dombrovskiy VY, Vogel TR. Longitudinal outcomes after tibioperoneal angioplasty alone compared to tibial stenting and atherectomy for critical limb ischemia. *Vasc Endovascular Surg* [serial on the Internet]. 2013 [access:2016 Nov 26]; 47(7):507-12. Available from: doi: 10.1177/1538574413495467
- (8) Spentzouris G, Labropoulos N. The evaluation of lower-extremity ulcers. *Semin Intervent Radiol*. 2009;26(4):286-295.
- (9) Cooper R. Managing chronic oedema in a patient with arterial disease and leg ulceration. *Br J Community Nurs* [serial on the Internet]. 2016 [access:2016 Nov 26]; 21(Suppl 4):16-22. Available from: doi: 10.12968/bjcn.2016.21.Sup4.S16
- (10) Bartholomew JR, Olin JW. Pathophysiology of peripheral arterial disease and risk factors for its development. *Cleve Clin J Med* 2006;73(Suppl 4):8-14.

- (11) Korhonen M, Halmesmäki K, Lepäntalo M, Venermo M. Predictors of failure of endovascular revascularization for critical limb ischemia. *Scand J Surg*. 2012;101(3):170-176.
- (12) Greer N, Foman N, Dorrian J, Fitzgerald P, MacDonald R, Rutks I *et al*. Advanced wound care therapies for non-healing diabetic, venous, and arterial ulcers: a systematic review [report on the Internet]. Washington (DC): Department of Veterans Affairs; 2012 [access: 2016 Nov 19]. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0054957/pdf/PubMedHealth\\_PMH0054957.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0054957/pdf/PubMedHealth_PMH0054957.pdf)
- (13) Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, Drachman DE *et al*. 2016 AHA/ACC guideline on the management of patients with lower extremity peripheral artery disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Circulation* [serial on the Internet]. 2016 [access: 2016 Nov 26]; [Epub ahead of print]. Available from: pii: CIR.0000000000000471
- (14) Ferraz MB, Oliveira LM, Araújo PM, Atra E, Tugwell P. Crosscultural reliability of the physical ability dimension of the health assessment questionnaire. *J Rheumatol*. 1990;17(6):813-817.
- (15) Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1199-1207.
- (16) The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-1409.
- (17) Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*. 1980;23(2):137-45.
- (18) Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-483.
- (19) 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):143-150.
- (20) Sultan S, Hamada N, Soyly E, Fahy A, Hynes N, Tawfick W. Sequential compression biomechanical device in patients with critical limb ischemia and nonreconstructible peripheral vascular disease. *J Vasc Surg* [serial on the Internet]. 2011 [access: 2016 Nov 26];54(2):446-447. Available from: doi: 10.1016/j.jvs.2011.02.057
- (21) Furtado KA. Úlceras de perna: tratamento baseado na evidência. *Revista Nursing*. 2003;176:14-23.
- (22) Bright LD, Georgi S. CE credit: peripheral vascular disease: is it arterial or venous? *Am J Nurse*. 1992;92(9): 34-43/45-47.
- (23) Thompson MM, Sayers RD, Reid A, Underwood MJ, Bell PR. Quality of life following infragenicular bypass and lower limb amputation. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1995;9(3):310-313.
- (24) Albers M, Fratezi AC, DeLuccia N. Walking ability and quality of life as outcome measures in a comparison of arterial reconstruction and leg amputation for the treatment of vascular disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1996;11(3):308-314.
- (25) Johnson BF, Singh S, Evans L, Drury R, Datta D, Beard JD. A prospective study of the effect of limb-threatening ischaemia and its surgical treatment on the quality of life. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 1997;13(3):306-314.
- (26) Chetter IC, Spark JI, Scott DJ, Kent PJ, Berridge DC, Kester RC. Prospective analysis of quality of life in patients following infrainguinal reconstruction for chronic critical ischaemia. *Br J Surg*. 1998;85(7):951-955.
- (27) Delis KT, Nicolaidis AN. Effect of intermittent pneumatic compression of foot and calf on walking distance, hemodynamics, and quality of life in patients with arterial claudication: a prospective randomized controlled study with 1-year follow-up. *Ann Surg*. 2005;241(3):431-441.

(28) Chang ST, Hsu JT, Chu CM, Pan KL, Jang SJ, Lin PC *et al.* Using intermittent pneumatic compression therapy to improve quality of life for symptomatic patients with infrapopliteal diffuse peripheral obstructive disease. *Circ J.* 2012;76(4):971-976.

(29) McDermott MM, Ades P, Guralnik JM, Dyer A, Ferrucci L, Liu K *et al.* Treadmill exercise and resistance training in patients with peripheral arterial disease with and without intermittent claudication: a randomized controlled trial. *JAMA [serial on the Internet].* 2009 [access:2016 Nov 26];301(2):165-174. Available from: doi: 10.1001/jama.2008.962

(30) Lindgren H, Gottsäter A, Qvarfordt P, Bergman S. All cause chronic widespread pain is common in patients with symptomatic peripheral arterial disease and is associated with reduced health related quality of life. *Eur J Vasc Endovasc Surg [serial on the Internet].* 2016 [access:2016 Nov 26];52(2):205-210. Available from: doi: 10.1016/j.ejvs.2016.05.004

(31) Gamba MA. Úlcera arterial. Em: Jorge AS, Dantas SR (Organizadores). *Abordagem multiprofissional do tratamento de feridas.* São Paulo: Atheneu; 2005. pp. 241-246.

(32) Scholz MR. Deficiências e incapacidades de pessoas com doença arterial oclusiva crônica em membros inferiores. [Tese de Doutorado] São Paulo: Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo; 1999.

(33) Pimenta CA, Teixeira MJ. Dor no idoso. Em: Duarte YA, Diogo MJ (Organizadores). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico.* São Paulo: Atheneu; 2000. pp. 373-419.

(34) Eliopoulos C. *Enfermagem gerontológica.* 5ª edição. São Paulo: Artmed; 2001.

(35) Ramos LR. Epidemiologia do envelhecimento. Em: Freitas EV, Py L (Eds.). *Tratado de geriatria e gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. pp. 72-78.