

# Validação no Brasil de Questionário de Qualidade de Vida na Doença Venosa Crônica (Questionário Aberdeen para Veias Varicosas no Brasil/AVVQ-Brasil)

## *Validation in Brazil of a Questionnaire on Quality of Life in Chronic Venous Disease (Aberdeen Varicose Veins Questionnaire for Brazil/AVVQ-Brasil)*

Flávia de Jesus Leal<sup>1</sup>, Renata Cardoso Couto<sup>1</sup>, Guilherme Benjamin Brandão Pitta<sup>1</sup>

### Resumo

**Contexto:** Há crescente interesse por instrumentos de avaliação em saúde produzidos e validados no mundo. Para sua utilização, é necessário realizar a tradução, a adaptação cultural e a validação ao idioma-alvo. No Brasil, existem poucos instrumentos que avaliem o impacto da doença venosa crônica (DVC) na qualidade de vida (QV) do indivíduo. **Objetivo:** Validar o AVVQ-Brasil. **Método:** Estudo observacional, analítico, para validação de questionário, em que 107 indivíduos com DVC responderam três vezes à versão adaptada do AVVQ para o português brasileiro. As duas primeiras aplicações foram sucessivas, com intervalo de 30 minutos (reprodutibilidade interobservador), e a terceira, após 7 a 15 dias (reprodutibilidade intraobservador). Foram avaliadas também consistência interna e validade. **Resultados:** Dos 107 participantes, 87,9% foram do sexo feminino, com idade média de 50,1 anos  $\pm$  14,7; assumiram postura em ortostatismo prolongado (57,0%) ao longo da vida e não realizam exercício físico (96,3%); observou-se Ensino Fundamental incompleto (25,2%) e pertencem à classe econômica C2 (36,4%); apresentam gravidade da doença C4 (22,4%) e C6 (23,3%) do CEAP. As reprodutibilidades inter e intraobservador do AVVQ mostraram-se excelentes. Sua consistência interna mostrou-se de excelente a moderada para a maioria dos seus domínios. As correlações de Spearman mostraram pontuação total do AVVQ, com domínio Dor e Disfunção se correlacionando negativamente com todos os domínios do SF-36. O teste de Mann-Whitney mostrou diferença estatística significativa para a pontuação total do AVVQ e domínio Complicações entre o CEAP 1, 2, 3 e o CEAP 4, 5, 6. **Conclusão:** O AVVQ está validado no Brasil e pode ser utilizado.

**Palavras-chave:** insuficiência venosa; qualidade de vida; estudos de validação.

### Abstract

**Background:** There is growing global interest in validated health assessment instruments. In order to use these instruments in different countries, it is necessary to conduct translation, cultural adaptation and validation in the target language. In Brazil, there are few instruments for assessment of the impact of chronic venous disease (CVD) on the quality of life (QoL) of patients. **Objective:** To validate the AVVQ-Brasil. **Method:** This was an analytical, observational study to validate the AVVQ questionnaire with 107 individuals with CVD. The version of the AVVQ adapted for Brazilian Portuguese was administered three times. The first two administrations were successive, with a 30-minute interval (interobserver reproducibility) and the third administration took place 7 to 15 days later (intraobserver reproducibility). Internal consistency and validity were also assessed. **Results:** A total of 107 people took part, 87.9% were female, mean age was 50.1 years  $\pm$  14.7; the majority had spent long periods standing up (57.0%) throughout their lives and did not engage in physical exercise (96.3%). Many had not completed primary education (25.2%); were members of economic class C2 (36.4%); and had disease severity class C4 (22.4%) or C6 (23.3%) on the CEAP scale. Interobserver and intraobserver reliability of the AVVQ were excellent. Internal consistency was excellent to moderate for the majority of domains. Spearman correlations showed that total AVVQ score and its Pain and Dysfunction domains were negatively correlated with all SF-36 domains. The Mann-Whitney test showed that patients with CEAP 1, 2 or 3 exhibited differences that were statistically significant from those with CEAP 4, 5 or 6 for total AVVQ scores and for Complications domain scores. **Conclusions:** The AVVQ has been validated for Brazil and can now be used.

**Keywords:** venous insufficiency; quality of life; validation studies.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL, Maceió, AL, Brasil.

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesse: Os autores declararam não haver conflitos de interesse que precisam ser informados.

Submetido em: Maio 07, 2015. Aceito em: Junho 22, 2015.

O estudo foi realizado em locais públicos de atendimento à doença venosa crônica (DVC) em Alagoas e na clínica CICATRIZA, Campina Grande, PB, Brasil.

## ■ INTRODUÇÃO

A utilização de medidas de avaliação em saúde, publicadas em outro idioma, é cada vez mais relevante no contexto internacional<sup>1</sup>. No entanto, para utilização adequada e confiável dessas medidas, como as de qualidade de vida (QV), é necessário realizar a equivalência transcultural, que consiste nos processos de tradução, adaptação cultural e validação do instrumento proposto<sup>1,2</sup>.

A tradução e a adaptação cultural não são um procedimento simples<sup>3</sup> e têm o objetivo de manter o sentido da versão original (significado, ideias, forma e valor) para o novo contexto<sup>4,5</sup>. Já a validação avalia e mede critérios específicos (climétricos), como consistência interna (capacidade de medição de um único conceito por vários itens), reprodutibilidade (capacidade de concordância de resultados, quando aplicado a indivíduo estável em diferentes momentos, por um mesmo observador – reprodutibilidade intraobservador – ou observadores diferentes – reprodutibilidade interobservador) e validade, entre outros<sup>3,6,7</sup>, que se correlacionam com a pontuação de outro instrumento considerado padrão ouro ou com outros instrumentos conceituais, na ausência do padrão ouro<sup>3</sup>.

Diante dos avanços tecnológicos relacionados à doença venosa crônica (DVC), a tendência atual é incorporar a investigação da QV à avaliação clínica, para captar seu real impacto e o alcance desses avanços na vida do indivíduo<sup>6</sup>. No entanto, poucos estudos avaliaram o impacto da DVC na QV<sup>8,9</sup>, percebendo-se uma crescente necessidade de promoção desse aspecto na vida dos indivíduos acometidos<sup>8</sup> e de análises aprofundadas sobre a magnitude desse impacto, visto que uma visão abrangente dessa influência permite uma abordagem terapêutica direcionada e mais eficiente<sup>10</sup>.

Os instrumentos de avaliação da QV para DVC, em geral, estão disponíveis na língua inglesa, a exemplo do CIVIQ (*Chronic Venous Insufficiency Questionnaire*), do VEINES-QOL/Sym (*Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study*), do AVVQ (*Aberdeen Varicose Veins Questionnaire*) e do CCVUQ (*Charing Cross Venous Ulcer Questionnaire*)<sup>9,11</sup>. Os dois primeiros, já validados para o Brasil, avaliam a DVC como um todo, enquanto o AVVQ observa a percepção do indivíduo acerca de aspectos específicos da doença e o CCVUQ, em relação à úlcera venosa, maior complicação da DVC<sup>12</sup>.

O *Aberdeen Varicose Veins Questionnaire* (AVVQ) é uma medida específica de avaliação de QV e de gravidade da DVC, sensível a aspectos inerentes à doença, focalizando seus sinais e sintomas, e avaliando

dimensões importantes comprometidas da QV<sup>9</sup>. Teve suas propriedades clinimétricas constatadas como boas, em seu país de origem<sup>13-15</sup>, sendo utilizado em vários estudos<sup>16</sup>.

Não foram encontrados na literatura estudos prévios ou em andamento sobre a validação do AVVQ para a população brasileira<sup>9</sup>. A inexistência de um instrumento confiável, reprodutível e válido no Brasil, para avaliação da QV na DVC, que permita uma visão dos seus pormenores<sup>6</sup>, motivou a validação do AVVQ, a fim de permitir avaliar os aspectos afetados pela doença e possibilitar maior detecção das alterações provocadas por determinadas intervenções, a partir da percepção do indivíduo.

## ■ MÉTODO

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sob o protocolo n.º 1108/10, sendo observacional analítica, para validação de questionário.

De amostragem não probabilística, os sujeitos foram selecionados em locais públicos de atendimento à DVC e um local privado de assistência a curativos, sendo abordados diretamente pelo pesquisador.

O tamanho da amostra baseou-se nos critérios definidos e recomendados internacionalmente para os processos de tradução, adaptação cultural e validação de questionários em saúde<sup>5,17</sup>.

O recrutamento dos indivíduos ocorreu em duas etapas distintas: etapa 1- Tradução e Adaptação Cultural, sendo recrutados dez indivíduos, e etapa 2- Validação, sendo recrutados 107 indivíduos. Os dados referentes à finalização da etapa 1 já estão publicados no *Jornal Vascular Brasileiro*, no artigo “Tradução e Adaptação Cultural do Questionário Aberdeen para veias varicosas”<sup>18</sup>, sendo descritos a seguir somente os dados da Validação do AVVQ – etapa 2.

Nessa etapa de Validação, foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com DVC comprovada por cirurgião vascular com base na classificação CEAP (clínica 1-6), através do exame clínico dos membros inferiores, sendo considerado o membro de maior classe e os classificados em 4a (pigmentação ou eczema) e 4b (lipodermatoesclerose ou atrofia branca) agrupados na Classe 4. Este sistema classifica a apresentação clínica da DVC e mede mudança na sua severidade<sup>19,20</sup>, estabelecendo: C<sub>1</sub> - telangiectasias e/ou veias reticulares; C<sub>2</sub> - veias varicosas; C<sub>3</sub> - edema; C<sub>4</sub> - hiperpigmentação e lipodermatoesclerose; C<sub>5</sub> - úlcera cicatrizada; C<sub>6</sub> - úlcera ativa<sup>10,20,21</sup>.

Foram excluídos indivíduos com faixa etária < 18 e ≥ 60 anos; com alterações cognitivas (Miniexame do estado mental); condições associadas (arterial

e linfática); diabéticos; neuropatas; com erisipela, linfangite, trombose venosa profunda aguda e úlcera de origem não venosa; distúrbios psiquiátricos e/ou quadro demencial (diagnóstico médico); sem fala ou compreensão da língua portuguesa, além de fatores que alterassem a estabilidade clínica durante o período de investigação: uso de medicação antibiótica e/ou flebotrópica; escleroterapia de membros inferiores; debridamento cirúrgico e/ou outro procedimento cirúrgico; mudanças no método de curativo, como início do uso de bota de Unna, curativo multicamadas ou curativo com medicação tópica.

Atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, foram convidados a participar durante o primeiro contato no serviço de atendimento e, ao aceitar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo então entrevistados.

Considerou-se variável primária a validação do questionário AVVQ, a partir da verificação das propriedades clinimétricas, e variáveis secundárias, a classificação clínica CEAP e os domínios do AVVQ e do SF-36. Os dados complementares investigados foram idade, gênero, escolaridade e classe econômica. Os métodos estatísticos utilizados foram alfa de Cronbach (consistência interna), coeficiente de correlação intraclasse – CCI (reprodutibilidade), coeficiente de correlação de Spearman e teste de Mann-Whitney (validade), com nível de significância de  $p < 0,05$ .

### Método de validação

A validação foi realizada a partir de três tempos (T1, T2 e T3), em que 107 indivíduos com DVC foram chamados a responder os instrumentos a seguir descritos:

1.º Tempo (T1) – formulário de coleta de dados, questionário minimal, Critério de Classificação Econômica Brasil, questionário SF-36 e versão em português do AVVQ (AVVQ-Brasil), aplicados pelo observador 1.

2.º Tempo (T2) – nova aplicação da versão em português do AVVQ (AVVQ-Brasil), 30 minutos após a primeira, pelo observador 2.

3.º Tempo (T3) – mais uma aplicação da versão em português do AVVQ (AVVQ-Brasil), 7 a 15 dias após a primeira, pelo observador 1; após essa aplicação, recebiam orientações sobre a DVC, a forma de prevenção de seu agravamento e a prática de exercícios para casa, através de palestra e recebimento de folheto educativo.

As respostas foram coletadas sob a forma de entrevista ou autoaplicação. No caso de analfabetismo, o questionário AVVQ-Brasil foi lido em voz alta pelo pesquisador, seguindo rigorosamente instruções dadas pelo autor do original, a partir de um roteiro de entrevista pré-estabelecido, que se restringiu à leitura exata da instrução, das perguntas e das opções de respostas, e à repetição das mesmas quando necessário, sem interferir no processo de resposta.

### RESULTADOS

A amostra constou de 165 pacientes com DVC. Dentre eles, dez participaram somente da Tradução e Adaptação cultural do AVVQ, 107 participaram somente da Validação do AVVQ e 48 foram excluídos, por não terem completado o AVVQ-Brasil no 2º e/ou 3º tempo de aplicação, ou por não terem atingido o ponto de corte do Miniexame do Estado Mental (MEEM).

A idade variou entre 18 e 82 anos, com média de  $50,1 \pm 14,7$ . A maioria era do gênero feminino (87,9%), assumindo ao longo da vida uma postura em ortostatismo prolongado (57,0%), que não realizava exercício físico (96,3%), com o Ensino Fundamental incompleto (25,2%), classe econômica C2 (36,4%) e gravidade C6 (23,3%).

Observou-se uma excelente reprodutibilidade interobservador e uma excelente a regular reprodutibilidade intraobservador, para os domínios do AVVQ (Tabela 1).

A consistência interna variou entre excelente ( $\alpha=0,767$ ), moderada ( $\alpha=0,544/0,294$ ) e fraca ( $\alpha=0,064$ ) (Tabela 2).

Ao avaliar a QV na DVC, a pontuação total do AVVQ e o domínio Dor e Disfunção apresentaram correlação

**Tabela 1.** Valores do coeficiente de correlação intraclasse (CCI), intervalo de confiança de 95% (IC 95%) e de  $p$  para os domínios do AVVQ entre a primeira (T1) e a segunda (T2) aplicações, 30 minutos após a primeira, e entre a primeira (T1) e a terceira (T3) aplicações, 7 a 15 dias após a primeira (n=107).

| DOMÍNIO                  | T1 – T2 |               | T1 – T3 |               | Valor de p |
|--------------------------|---------|---------------|---------|---------------|------------|
|                          | CCI     | IC 95%        | CCI     | IC 95%        |            |
| Pontuação AVVQ           | 0,953   | [0,931-0,968] | 0,857   | [0,790-0,902] | 0,000*     |
| Dor e Disfunção          | 0,923   | [0,887-0,947] | 0,893   | [0,843-0,927] | 0,000*     |
| Aparência estética       | 0,905   | [0,861-0,936] | 0,857   | [0,791-0,903] | 0,000*     |
| Extensão da varicosidade | 0,927   | [0,893-0,950] | 0,675   | [0,523-0,778] | 0,000*     |
| Complicações             | 0,946   | [0,921-0,963] | 0,893   | [0,844-0,927] | 0,000*     |

\* $p < 0,0001$ ; CCI > 0,75 (excelente). CCI = 0,40-0,75 (regular a boa). CCI < 0,40 (ruim).

negativa com todos os domínios do SF-36. O domínio Aparência Estética se correlacionou negativamente com os domínios Dor, Vitalidade, Aspectos Sociais e Saúde Mental do SF-36. Já o domínio Extensão da Varicosidade só se correlacionou com o domínio Dor do SF-36 (Tabela 3).

Ao avaliar a gravidade da DVC, demonstrou-se aumento gradativo da pontuação total do AVVQ ao modificar o CEAP, exceto no C4. Nos domínios do AVVQ, houve diferença estatística significativa para a pontuação total e para o domínio Complicações ( $p < 0,05$ ) nos diferentes grupos de CEAPs, o que não ocorreu nos demais domínios (Tabela 4).

Tabela 2. Valores do alfa de Cronbach para os domínios do AVVQ (n=107).

| Domínio                            | Alfa de Cronbach |
|------------------------------------|------------------|
| Pontuação total AVVQ (13 itens)    | 0,544            |
| Dor e Disfunção (4 itens)          | 0,767            |
| Aparência estética (2 itens)       | 0,733            |
| Extensão da varicosidade (3 itens) | 0,064            |
| Complicações (4 itens)             | 0,294            |

Valor significante: pelo menos 0,70.

Tabela 3. Correlações entre os domínios do SF-36 e do AVVQ.

| DOMÍNIOS SF-36        | DOMÍNIOS AVVQ (n=107) |                 |                    |                          |              |
|-----------------------|-----------------------|-----------------|--------------------|--------------------------|--------------|
|                       | Pontuação AVVQ        | Dor e Disfunção | Aparência estética | Extensão da varicosidade | Complicações |
| Capacidade funcional  | -0,506**              | -0,583**        | -0,087             | 0,052                    | -0,423**     |
| Aspecto físico        | -0,521**              | -0,485**        | -0,153             | -0,089                   | -0,415**     |
| Dor                   | -0,547**              | -0,485**        | -0,378**           | -0,246*                  | -0,298**     |
| Estado geral de saúde | -0,316**              | -0,395**        | -0,13              | 0,086                    | -0,267**     |
| Vitalidade            | -0,282**              | -0,447**        | -0,305**           | 0,047                    | -0,148       |
| Aspectos sociais      | -0,476**              | -0,511**        | -0,345**           | -0,089                   | -0,336**     |
| Aspectos emocionais   | -0,494**              | -0,467**        | -0,189             | -0,119                   | -0,370**     |
| Saúde mental          | -0,278**              | -0,315**        | -0,307**           | -0,059                   | -0,111       |

\*significativo a 5%. \*\*significativo a 1%. Coeficiente de correlação de Spearman: 0,75-1,00 (+ ou -) – muito boa a excelente; 0,50-0,75 (+ ou -) – moderada a boa; 0,25-0,50 (+ ou -) – razoável.

Tabela 4. Valores médios dos domínios e pontuação total do AVVQ por CEAP e valores da média e do desvio padrão para a pontuação total AVVQ e os domínios Dor e Disfunção, Aparência estética, Extensão da varicosidade e Complicações, segundo o CEAP (n=107).

| Domínios                 | CEAP  |       |       |       |       |       | CEAP 1, 2 e 3 (n=47) |      | CEAP 4, 5 e 6 (n=60) |      | Valor de p |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|----------------------|------|----------------------|------|------------|
|                          | C1    | C2    | C3    | C4    | C5    | C6    | Média                | DP   | Média                | DP   |            |
| Pontuação AVVQ           | 23,86 | 28,92 | 31,26 | 27,42 | 37,70 | 43,11 | 28,1                 | 10,6 | 35,8                 | 16,3 | 0,012      |
| Dor e Disfunção          | 19,71 | 40,33 | 57,74 | 39,14 | 52,76 | 58,01 | 40,0                 | 29,6 | 49,5                 | 34,0 | 0,159      |
| Aparência estética       | 75,95 | 71,72 | 82,12 | 73,03 | 72,85 | 50,33 | 76,8                 | 25,1 | 63,5                 | 38,0 | 0,167      |
| Extensão da varicosidade | 24,84 | 23,84 | 23,26 | 19,40 | 31,08 | 24,73 | 23,9                 | 14,4 | 23,8                 | 15,5 | 0,725      |
| Complicações             | 11,88 | 18,74 | 15,77 | 19,30 | 29,39 | 53,19 | 15,5                 | 12,5 | 35,3                 | 25,4 | 0,000*     |

\* $p < 0,0001$ ;  $p < 0,05$ .

## DISCUSSÃO

Não se pode presumir que as propriedades de teste da validação da versão original de um instrumento serão aplicáveis à versão adaptada<sup>3</sup>. Dessa forma, não sendo reprodutível e válido para a população-alvo<sup>3</sup>, não terá reconhecimento científico, demonstrando imprecisão do instrumento e a não medição do que se pretende medir<sup>22</sup>. No estudo, testaram-se a reprodutibilidade e a validade do AVVQ para torná-lo passível de aplicação à realidade da população brasileira.

De acordo com Meneses-Gaya et al.<sup>23</sup>, para o estudo da reprodutibilidade, é de fundamental importância um intervalo de tempo apropriado entre T1 e T2, pois, sendo este curto, aumentará a influência da memória; e se for longo, permitirá maiores mudanças individuais em relação ao que está sendo mensurado. Foi utilizado tempo de 30 minutos para avaliar a reprodutibilidade interobservador e de 7 a 15 dias, para a reprodutibilidade intraobservador, tempo recomendado por Terwee et al.<sup>7</sup>, buscando estabilidade clínica dos participantes durante os períodos de aplicação do AVVQ.

Maier et al.<sup>3</sup> relatam que a reprodutibilidade verifica o instrumento em ocasiões diferentes e também com diferentes avaliadores, sendo fundamental que estes sejam capazes de alcançar respostas semelhantes em sua aplicação<sup>24</sup>. Seguindo essa orientação, utilizaram-se dois observadores distintos (observadores 1 e 2) que, após treinados, aplicaram o AVVQ em momentos diferentes.

Em estudo com pessoas soropositivas, observou-se nenhuma diferença significativa entre as pontuações de instrumentos de QV administrados mediante entrevista e autoaplicação<sup>25</sup>. De acordo com Garrat et al.<sup>14</sup>, o AVVQ é autoaplicável, mas, devido aos importantes índices de analfabetismo da população brasileira, foi aplicado sob a forma de entrevista, técnica discutida com o autor do original, sendo autoaplicado somente nos indivíduos alfabetizados.

Para testar a validade, como não existia um questionário de QV específico para DVC já validado e utilizado no Brasil, comparou-se o AVVQ com o SF-36, como feito por Soárez et al.<sup>26</sup>, ao validar um questionário de QV no Brasil, e por Garrat et al.<sup>14</sup>, no processo de construção e validação do AVVQ original.

Também no teste de validade, comparou-se o AVVQ, como medida de gravidade da DVC, com a classificação CEAP (clínica), que, segundo Vasquez & Munschauer<sup>27</sup>, consiste numa descrição de informações acerca de seu diagnóstico, indicando uma reflexão das percepções dos pacientes sobre a gravidade da DVC<sup>19</sup>.

De acordo com Hora et al.<sup>28</sup>, para aplicar o alfa de Cronbach, o questionário deve estar agrupado em dimensões, validado pelo menos em outro idioma e aplicado a uma amostra significativa e heterogênea. Na verificação da consistência interna, foi utilizado o Alfa de Cronbach, pois o AVVQ é dividido em quatro domínios, validado nos idiomas inglês e holandês, sendo aplicado numa amostra significativa e heterogênea.

Os resultados indicaram excelente reprodutibilidade inter e intraobservador, com alta concordância de respostas entre suas aplicações, sugerindo clareza de seus itens e reduzindo possíveis vieses por parte dos observadores, como demonstrado por Leon et al.<sup>24</sup>. A redução da concordância intraobservador no domínio Extensão da Varicosidade para regular a boa, provavelmente ocorreu devido a erros aleatórios, como o efeito reativo das aplicações do instrumento sensibilizando o paciente e tornando este mais atento à sua condição, ou o efeito do tempo entre as aplicações, ocorrendo eventos de modificação na condição clínica e alterando as pontuações do questionário, fatos confirmados por Freitas<sup>29</sup> na validação de índice para avaliação da osteoartrite.

As correlações entre o AVVQ e o SF-36 indicaram validade para a pontuação total do AVVQ e o domínio Dor e Disfunção, com correlação negativa significativa entre os valores destes e todos os domínios do SF-36, consideradas de razoável a boa magnitude, estando as maiores correlações com os domínios Capacidade funcional ( $r=-0,506$ ;  $p<0,01$ ), Aspectos físicos ( $r=-0,521$ ;  $p<0,01$ ) e Dor ( $r=-0,547$ ;  $p<0,01$ ) do SF-36, conforme resultado encontrado por Klem et al.<sup>30</sup> e confirmado por Garrat et al.<sup>14</sup>, no estudo da versão original. Estas correlações sugerem captura dos efeitos adversos da DVC pelo AVVQ, em todos os domínios do SF-36.

O domínio Aparência estética só teve correlação significativa com os domínios Dor ( $r=-0,378$ ;  $p<0,01$ ), principalmente; Vitalidade ( $r=-0,305$ ;  $p<0,01$ ); Aspectos sociais ( $r=-0,345$ ;  $p<0,01$ ), e Saúde mental ( $r=-0,307$ ;  $p<0,01$ ) do SF-36, diferentemente do encontrado por Garrat et al.<sup>15</sup>, com correlação maior com o domínio Saúde mental do SF-36. A ausência ou redução de correlação desse domínio com os demais do SF-36 pode ter ocorrido, segundo Rosanova et al.<sup>31</sup>, porque o SF-36 não é um questionário específico para condições que afetam a estética corporal, relevante na avaliação da QV na DVC.

Para o domínio Extensão da varicosidade, só houve correlação significativa com o domínio Dor ( $r=-0,246$ ;  $p<0,05$ ) do SF-36, diferentemente de Garrat et al.<sup>15</sup>, que demonstraram correlação maior com o domínio Aspecto físico do SF-36. Isto pode ter ocorrido devido à influência de fatores, como idade e escolaridade, nos resultados, em virtude da dificuldade de compreensão das questões desse domínio. No entanto, o domínio Complicações correlacionou-se com quase todos os domínios do SF-36, sendo a maior correlação com o domínio Capacidade funcional ( $r=-0,423$ ;  $p<0,01$ ), igualmente ao encontrado por Garrat et al.<sup>15</sup>.

As correlações entre o AVVQ e as classes CEAP (clínica) indicaram aumento individual da pontuação total do AVVQ à medida que o CEAP aumentou, demonstrando medição da gravidade da DVC, declínio na QV com o agravamento da doença e capacidade de discriminar os indivíduos, exceto para o C4. Isto possivelmente ocorreu porque os indivíduos não foram classificados nas subcategorias C4(a e b), ao reproduzir o procedimento de validação do original, e também pela natureza estática do CEAP para as classes C4 e C5, interferindo na avaliação e dificultando o acompanhamento ao longo do tempo, conforme afirma Vasquez & Munschauer<sup>27</sup>. Dezotti et al.<sup>32</sup> consideram C4 indivíduos com lesão de pele intermediária, estando essa classe numa fase de transição entre a ausência e a presença da alteração de pele, o que pode ter dificultado a discriminação da QV desses indivíduos.

No domínio Complicações, foram obtidos valores mais altos da pontuação, nas classes C5 e C6, indicando menor QV nos indivíduos mais comprometidos clinicamente, semelhantemente aos dados encontrados por Moura et al.<sup>10</sup> ao compararem o SF-36 com a classificação CEAP.

A pontuação total do AVVQ apresentou consistência interna com resultado inferior ( $\alpha=0,544$ ) aos valores obtidos nos estudos de validação para o inglês ( $\alpha=0,76$ ) e o holandês ( $\alpha=0,72$ )<sup>14,30</sup>, ainda assim indicando que o AVVQ tem uma consistência interna moderada, sendo confiável e homogêneo em seus itens. Cabe ressaltar que, nesses estudos, as amostras eram muito superiores, aumentando a probabilidade de um valor de Alfa de Cronbach mais alto, conforme visto também por Gasparin et al.<sup>33</sup> em estudo de validação de outro questionário internacional.

Para os domínios do AVVQ, os resultados indicam uma consistência interna excelente para os domínios Dor e Disfunção, e Aparência estética, sendo moderada para o domínio Complicações e fraca para o domínio Extensão da varicosidade, apresentando valores do alfa de Cronbach superiores a 0,2; não foi necessária, dessa forma, a retirada de nenhum domínio ou questão, conforme relata Garrat et al.<sup>14</sup>, já que os valores do alfa de Cronbach recomendados por diversos autores na literatura devem servir como base e não como critério definitivo de classificação<sup>34</sup>.

Alguns autores referem que o impacto negativo da DVC na QV ocorre particularmente em relação aos domínios Dor, Função física e Mobilidade<sup>10</sup>. Em concordância, percebeu-se que todos os pacientes apresentaram alteração na QV geral e específica, havendo maior correlação entre o AVVQ e o SF-36 nos domínios Dor, Aspecto físico e Capacidade funcional, afirmando o encontrado por Garrat et al.<sup>14</sup>, na construção do AVVQ, e por Klem et al.<sup>30</sup>, em estudo posterior de avaliação das propriedades clinimétricas de sua versão holandesa. Isto traz fortes evidências de sua validade como uma medida de QV.

### Implicações para a pesquisa e para a prática clínica

A ideia do estudo seguiu a orientação proposta pelo sexteto mágico de pesquisa quanto à forma correta de planejamento, execução e divulgação da pesquisa<sup>35</sup>. Indicou alguns caminhos para novas investigações na apresentação de uma escala válida e confiável para uso em pesquisas na área vascular, podendo o AVVQ-Brasil (AVVQ-Br) contribuir para utilização dos dados expressos como referência em futuras pesquisas sobre revisão das propriedades clinimétricas do AVVQ e elucidação correlacional entre QV e

gravidade C4 da DVC, devido à sua relevância para pesquisadores da área e para a sociedade.

O AVVQ-Br trará apoio diagnóstico à avaliação da DVC, ao fornecer dados mensuráveis sobre o indivíduo, identificando problemas, facilitando a intervenção terapêutica e possibilitando novas estratégias de investigação da doença. Poderá ser referência de registro da mudança na QV do indivíduo com DVC, ao documentar os aspectos que sofreram essa modificação, sendo utilizado no futuro como parte da avaliação da DVC, elevando a QV ao patamar do princípio essencial para os sistemas de saúde.

### CONCLUSÃO

O questionário AVVQ se encontra validado no Brasil como uma medida de avaliação da QV e de gravidade da DVC.

### REFERÊNCIAS

- Sardinha A, Levitan MN, Lopes FL, et al. Tradução e adaptação transcultural do questionário de atividade física habitual. *Rev Psiquiatr Clin.* 2010;37(1):16-22. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000100004>.
- Lopes AD, Stadniky SP, Masiero D, Carrera EF, Ciconelli RM, Griffin S. Tradução e adaptação cultural do WORC: um questionário de qualidade de vida para alterações do manguito rotador. *Rev Bras Fisioter.* 2006;10(3):309-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552006000300010>.
- Maher CG, Latimer J, Costa LOP. A relevância da adaptação transcultural e clinimétrica para instrumentos de fisioterapia. *Rev Bras Fisioter.* 2007;11(4):245-52.
- Dewolf L, Koller M, Velikova G, Johnson CD, Scott N, Bottomley A. EORTC Quality of Life Group translation procedure. *Bruxelas: EORTC Quality of Life Group;* 2009.
- Corrêa MD, Panhoca L. Adaptação intercultural e validação do questionário para avaliação do desempenho ambiental corporativo. *G & DR.* 2010;6(1):222-30.
- Oliveira BG. Medida da qualidade de vida em portadores de marcapasso: tradução e validação de instrumento específico [tese]. Belo Horizonte: UFMG; 2003.
- Terwee CB, Bot SD, Boer MR, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(1):34-42. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>. PMID:17161752.
- 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):143-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492009000200008>.
- van Korlaar I, Vossen C, Rosendaal F, Cameron L, Bovill E, Kaptein A. Quality of life in venous disease. *Thromb Haemost.* 2003;90(1):27-35. PMID:12876622.
- Moura RMF, Gonçalves GS, Navarro TP, Britto RR, Dias RC. Correlação entre classificação clínica ceap e qualidade de vida na doença venosa crônica. *Rev Bras Fisioter.* 2010;14(2):99-105. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010005000007>. PMID:20464164.

11. Leal JAR. Como avaliar o impacto da doença venosa crônica na qualidade de vida [tese]. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2010.
12. Leal J, Mansilha A. Como avaliar o impacto da doença venosa crônica na qualidade de vida. *Angiologia e Cirurgia Vascul*. 2010;6(4):173-87.
13. Smith JJ, Garratt AM, Guest M, Greenhalgh RM, Davies AH. Evaluating and improving health-related quality of life in patients with varicose veins. *J Vasc Surg*. 1999;30(4):710-9. [http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214\(99\)70110-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214(99)70110-2). PMID:10514210.
14. Garratt AM, Macdonald LM, Ruta DA, Russell IT, Buckingham JK, Krukowski ZH. Towards measurement of outcome for patients with varicose veins. *Qual Health Care*. 1993;2(1):5-10. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2.1.5>. PMID:10132081.
15. Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Russell IT. Responsiveness of the SF-36 and a condition-specific measure of health for patients with varicose veins. *Qual Life Res*. 1996;5(2):223-34. <http://dx.doi.org/10.1007/BF00434744>. PMID:8998491.
16. Figueiredo MAM, Filho AD, Cabral AL. Avaliação do efeito da meia elástica na hemodinâmica venosa dos membros inferiores de pacientes com insuficiência venosa crônica. *J Vasc Bras*. 2004;3(3):231-7.
17. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91. <http://dx.doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>. PMID:11124735.
18. Leal FJ, Couto RC, Pitta GBB, et al. Translation and cultural adaptation of Aberdeen Varicose Veins Questionnaire. *J Vasc Bras*. 2012;11(1):34-42. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492012000100007>.
19. Kahn SR, M'lan CE, Lamping DL, Kurz X, Bérard A, Abenhaim LA. Relationship between clinical classification of chronic venous disease and patient-reported quality of life: results from an international cohort study. *J Vasc Surg*. 2004;39(4):823-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvs.2003.12.007>. PMID:15071450.
20. Launois R, Mansilha A, Jantet G. International psychometric validation of the Chronic Venous Disease quality of life Questionnaire (CIVIQ-20). *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2010;40(6):783-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvevs.2010.03.034>. PMID:20920862.
21. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. *J Vasc Surg*. 1995;21(4):635-45. [http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214\(95\)70195-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0741-5214(95)70195-8). PMID:7707568.
22. Paranhos ME, Argimon ILL, Werlang BSG. Propriedades psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em adolescentes. *Anal Psicol*. 2010;9(3):383-92.
23. Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, et al. As propriedades psicométricas do Teste de Fargerström para dependência de nicotina. *J Bras Pneumol*. 2009;35(1):73-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132009000100011>. PMID:19219334.
24. Leon V, Bosa C, Hugo C, et al. Propriedades psicométricas do Perfil Psicoeducacional Revisado: PEP-R. *Anal Psicol*. 2004;1(3):39-52.
25. Moura RMF, Gonçalves GS, Navarro TP, Britto RR, Dias RC. Adaptação transcultural do questionário VEINES/QOL-SYM: avaliação da qualidade de vida e sintomas na doença venosa crônica. *J Vasc Bras*. 2011;10(1):17-23. <http://dx.doi.org/10.1590/S1677-54492011000100004>.
26. Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(1):69-76. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892009000100011>. PMID:19341527.
27. Vasquez MA, Munschauer CE. Venous Clinical Severity Score and quality-of-life assessment tools: application to vein practice. *Phlebology*. 2008;23(6):259-75. <http://dx.doi.org/10.1258/phleb.2008.008018>. PMID:19029007.
28. Hora HRM, Monteiro GTR, Arica J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o coeficiente Alfa de Cronbach. *Produto & Produção*. 2010;11(2):85-103.
29. Freitas PJP. Adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas do Índice Auscan de osteoartrite na mão para o Brasil [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
30. Klem TMAL, Sybrandy JEM, Wittens CHA, Bot MLE. Reliability and validity of the dutch translated Aberdeen Varicose Vein Questionnaire. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009;37(2):232-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvevs.2008.08.025>. PMID:18993090.
31. Rosanova GCL, Gabriel BS, Camarini PMF, Gianini PES, Coelho DM, Oliveira AS. Validade concorrente da versão brasileira do SRS-22r com o BR-SF-36. *Rev Bras Fisioter*. 2010;14(2):121-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010005000012>. PMID:20464160.
32. Dezotti NRA, Joviliano EE, Moriya T, Piccinato CE. Correlation between the hemodynamic gain obtained after operation of primary varicose veins and chronic venous disease classification. *Acta Cir Bras*. 2011;26(Supl 2):115-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-86502011000800021>. PMID:22030826.
33. Gasparin M, Menegotto IH, Cunha CS. Propriedades psicométricas do questionário internacional - aparelho de amplificação sonora individual. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010;76(1):85-90. <http://dx.doi.org/10.1590/S1808-86942010000100014>. PMID:20339694.
34. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Lab Psicol*. 2006;4(1):65-90.
35. Pitta GBB, Roque FP, Pitta MR. O sexteto mágico da pesquisa clínica. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2009;24(2):113-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-76382009000200004>. PMID:19768287.

## Correspondência

Flávia de Jesus Leal  
Rua Prof. Vital Barbosa, 470 - Ponta Verde  
CEP 57035-400 - Maceió (AL), Brasil  
Tel.: (82) 9950-9927  
E-mail: flaviadjlf@hotmail.com

## Informações sobre os autores

FJL - Fisioterapeuta, Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Professora Assistente, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).  
RCC - Fisioterapeuta, Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Professora Assistente, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).  
GBBP - Doutor em Cirurgia Cardiovascular pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Professor Adjunto, Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

## Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: FJL, RCC, GBBP  
Análise e interpretação dos dados: FJL, RCC, GBBP  
Coleta de dados: FJL, RCC  
Redação do artigo: FJL  
Revisão crítica do artigo: FJL, RCC  
Aprovação final do artigo\*: FJL, RCC, GBBP  
Análise estatística: FJL, RCC  
Responsabilidade geral do estudo: FJL, RCC, GBBP

\*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao *J Vasc Bras*.