

Impacto da visita domiciliar na capacidade funcional de pacientes com úlceras venosas

Impact of home visits on the functional capacity of patients with venous ulcers
Impacto de la visita domiciliar en la capacidad funcional de pacientes con úlceras venosas

Fabiana Lopes Joaquim¹, Alessandra Conceição Leite Funchal Camacho¹, Vera Maria Sabóia¹, Renata da Costa Santos¹, Lívia da Silva Firmino dos Santos¹, Glycia de Almeida Nogueira¹

¹ Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Cuidado em Saúde. Niterói-RJ, Brasil.

Como citar este artigo:

Joaquim FL, Camacho ACLF, Sabóia VM, Santos RC, Santos LSF, Nogueira GA. Impact of home visits on the functional capacity of patients with venous ulcers. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016;69(3):439-47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690308i>

Submissão: 22-04-2015

Aprovação: 28-11-2015

RESUMO

Objetivo: avaliar o impacto da visita domiciliar protocolar na capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas antes e após as orientações recebidas em domicílio. **Método:** estudo clínico experimental, randomizado não cego e controlado, desenvolvido com 32 pacientes (grupos caso e controle). Os campos de investigação foram o Ambulatório de Reparo de Feridas do Hospital Universitário Antônio Pedro e os domicílios de pacientes atendidos no referido ambulatório. A coleta ocorreu de fevereiro a junho de 2014, por meio de instrumento de avaliação da unidade de saúde, do índice de TINETTI e de roteiro de orientações a serem prestadas aos sujeitos da pesquisa que receberam visita domiciliar. **Resultados:** os participantes do grupo caso apresentaram melhora significativa e diferenciada pós-intervenção quando comparados aos do grupo controle, que se mantiveram estáveis. **Conclusão:** as orientações no contexto domiciliar foram benéficas aos integrantes do grupo caso. **Descritores:** Cuidados de Enfermagem; Úlcera Varicosa; Visita Domiciliar; Adulto; Idoso.

ABSTRACT

Objective: to assess the impact of protocol home visits on the functional capacity of adult and elderly patients with venous ulcers, before and after guidance received at home. **Method:** clinical experimental, randomized, nonblinded and controlled study, developed with 32 patients (case and control groups). Fields of research were the Wound Outpatient Care Unit of the Antônio Pedro University Hospital and households of patients treated in the outpatient unit. Data collection occurred from February to June 2014, by means of an assessment tool of the health care unit, the TINETTI index and a script for directions to be provided to study participants who received home visits. **Results:** participants in the case group showed significant and differentiated improvement post-intervention when compared to the control group, which remained stable. **Conclusion:** directions provided in the home context were beneficial to the members of the case group. **Descriptors:** Nursing Care; Varicose Ulcer; Home Visit; Adult; Aged.

RESUMEN

Objetivo: evaluar el impacto de la visita domiciliar protocolar en la capacidad funcional de pacientes adultos y ancianos con úlceras venosas antes y después de las indicaciones recibidas en domicilio. **Método:** estudio clínico experimental, randomizado no ciego y controlado, desarrollado con 32 pacientes (grupos caso y control). Los centros de investigación fueron el Ambulatorio de Curación de Heridas del Hospital Universitario Antônio Pedro y los domicilios de pacientes atendidos, a través de instrumento de evaluación de la unidad sanitaria, del índice de TINETTI y de la rutina de indicaciones a brindarse a los sujetos de la investigación que recibieron visitas domiciliarias. **Resultados:** los participantes del grupo caso presentaron mejoras

significativas y diferenciadas luego de la intervención, en comparación a los del grupo control, que se mantuvieron estables.

Conclusión: las indicaciones en el marco domiciliario resultaron beneficiosas para los integrantes del grupo caso.

Descripciones: Atención de Enfermería; Úlcera Varicosa; Visita Domiciliaria; Adulto; Anciano.

AUTOR CORRESPONDENTE Fabiana Lopes Joaquim E-mail: fabykim_enf@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A Capacidade Funcional é definida, segundo a Classificação Internacional de Comprometimento, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) da World Health Organization (WHO)⁽¹⁾, como a ausência de dificuldades no desempenho de atividades cotidianas. A avaliação desta capacidade está relacionada a aspectos como práticas de cuidado pessoal e manutenção de tarefas simples e complexas desenvolvidas rotineiramente⁽²⁾. Deste modo, torna-se importante avaliá-la em pacientes com doenças crônicas, uma vez que esta população apresenta comprometimento nesta esfera⁽³⁾.

O comprometimento da capacidade funcional provoca reclusão social, tendência ao sedentarismo, perda de autoestima e, conseqüentemente, displicência em relação ao autocuidado e afastamento da vida laborativa. Assim, no caso de indivíduos com úlceras venosas, a enfermagem deve estar atenta a esta problemática desde o surgimento da lesão⁽⁴⁻⁵⁾, pois este afastamento repercute negativamente no âmbito financeiro e gera reflexos no cuidado à saúde, uma vez que se tornam frequentes as ausências às consultas em decorrência do oneroso deslocamento até a unidade de saúde.

Faltas às consultas comprometem os cuidados prestados e dificultam o efetivo seguimento das condutas terapêuticas, o que torna fundamental a avaliação destes pacientes com vistas à elaboração de estratégias terapêuticas em prol da melhora da qualidade de vida e reinserção laboral. A enfermagem precisa estar comprometida com esses propósitos⁽⁶⁾.

Nota-se, portanto, que o enfermeiro desempenha papel extremamente importante no cuidado a úlceras venosas e sua atenção encontra-se voltada para atividades de avaliação dos custos destinados ao tratamento, da qualidade de vida, do processo de cicatrização e adoção de novas tecnologias terapêuticas para fundamentar a prática/aprofundar as questões vinculadas à assistência⁽⁷⁾. Desse modo, ao cuidar da lesão e das funcionalidades comprometidas, atende-se à Lei nº. 8.842, de 04 de janeiro de 1994 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, população amplamente acometida por úlceras venosas, no sentido de não se restringir ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não transmissíveis, mas proporcionar melhoras na funcionalidade e nas esferas biopsicossociais⁽⁸⁾.

Sob a perspectiva de não olhar não apenas a lesão, mas tudo que circunda o paciente assistido, insere-se a visita em domicílio como estratégia de atendimento domiciliar. Os objetivos principais são levar assistência e orientações sobre saúde ao indivíduo na sua própria residência, por meio de prestação de cuidados, supervisão de cuidados realizados pela família ou cuidador, coleta de dados sobre as famílias durante observação e entrevista, e orientações sobre cuidados⁽⁹⁾.

Assim, ao se evidenciar o cuidado como principal instrumento de trabalho da enfermagem, o profissional deve tratar da lesão sem relegar o aspecto educacional, que visa à recuperação, ao bem-estar e à capacitação do paciente e da família para o autocuidado domiciliar⁽¹⁰⁾. Desse modo, as orientações em saúde fornecidas pelo enfermeiro favorecem tanto o cuidado ao paciente durante o tratamento quanto as ações preventivas, entendidas como intervenção.

No que se refere às orientações, o enfermeiro procura verificar meios adaptativos que levem os pacientes à superação da sua condição clínica, projetando a recuperação efetiva e conseqüentemente melhora da qualidade de vida⁽¹¹⁾. O apoio educacional é, portanto, primordial para que as condutas adotadas em prol da recuperação sejam discutidas e gradativamente incorporadas, de modo a tornar o tratamento efetivo e satisfatório às condições biopsicossociais daqueles que são assistidos.

Trata-se de um estudo relevante, pois permite compreender que a assistência à saúde de pacientes com úlcera venosa requer um modelo holístico de cuidado, em que o ser humano seja assistido com base em suas reais necessidades. Essa proposta torna-se especialmente importante, visto que a patologia gera medo, ansiedade e expectativa em relação a prejuízo da qualidade de vida, limitação e impedimento para o exercício de atividades diárias, restrições sociais e profissionais, assim gerando elevados custos sociais e econômicos. O fato das feridas crônicas perdurarem por anos, provocando perdas na autoestima de seus portadores e condições incapacitantes, reafirma a importância do suporte profissional a este paciente ser oferecido de forma holística⁽¹²⁾.

Diante do exposto, o presente estudo tem o objetivo de avaliar o impacto da visita domiciliar (VD) protocolar na capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas antes e após orientações recebidas durante a VD.

MÉTODO

Aspectos éticos

O desenvolvimento do estudo atendeu à Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que, por meio de suas competências legais, estabelece diretrizes e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP).

Desenho, local do estudo e período

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo clínico experimental, randomizado não cego e controlado. Foi desenvolvido em dois diferentes campos de investigação: o Ambulatório de Reparo de Feridas do HUAP localizado em Niterói/RJ e os domicílios de pacientes atendidos no referido ambulatório. A

coleta de dados ocorreu de fevereiro a junho de 2014, devido à demanda ambulatorial.

População ou amostra: critérios de inclusão e exclusão

O estudo contou com 32 participantes. Constituíram critérios de inclusão no estudo: pacientes adultos e idosos com úlceras venosas em um ou ambos os membros inferiores, que apresentassem condições cognitivas para seguir as orientações recomendadas durante o período do estudo, visto que o setor atende pacientes com déficit cognitivo, e consentiram a participação voluntária na pesquisa. Já os critérios de exclusão foram: pacientes adultos e idosos com úlceras arteriais; pé diabético; falta de adesão às normas assistenciais propostas, além do não comparecimento contínuo às consultas agendadas de enfermagem.

Após a seleção dos participantes, realizou-se um sorteio para definir quais deles integrariam o grupo caso e o grupo controle, por meio do *software* Biostat 5.0. Sorteio realizado por um estatístico, com o objetivo de evitar o viés de seleção, sendo alocadas 16 pessoas em cada um dos grupos.

Protocolo do estudo

Para o grupo caso, o protocolo adotado foi a realização de visita domiciliar para a execução de curativos, seguida de orientações voltadas a tratamento e prevenção das úlceras venosas - limpeza da ferida, curativos, alimentos e nutrientes necessários à cicatrização, terapias compressivas elásticas e inelásticas, uso de meias elásticas para a prevenção de recidivas e elevação dos membros inferiores para melhora do retorno venoso. Já o grupo controle recebeu visitas domiciliares para a realização de curativos, porém sem orientações adicionais àquelas recebidas no contexto ambulatorial. A reavaliação dos participantes ocorreu após 15 dias da visita domiciliar.

Para coleta de dados, optou-se por utilizar: o instrumento da Unidade de Saúde para avaliação de clientes com úlceras venosas elaborado com base nos dados sociodemográficos dos pacientes, registros referentes ao tempo de tratamento e número de recidivas; a Escala de avaliação de equilíbrio e marcha (Índice de TINETTI); e roteiro desenvolvido para registro das orientações a serem prestadas aos sujeitos da pesquisa que recebessem visita domiciliar.

Análise dos resultados e estatística

A análise dos resultados envolveu análise estatística descritiva e análise inferencial, sendo a primeira apresentada sob a forma de tabela, e as informações coletadas expressas pela frequência (n) e percentual (%) para dados categóricos, e pela média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo, para dados numéricos.

A análise inferencial foi composta dos seguintes testes: Teste de χ^2 ou exato de Fisher, Teste *t* de Student e Teste de Mann-Whitney, para verificar eventual diferença significativa nas variáveis basais sociais, demográficas e do Índice de TINETTI entre os grupos (caso e controle); Teste de McNemar, para analisar a evolução antes e após a intervenção em cada grupo, sendo aplicado também para as questões individuais; e o Teste dos postos sinalizados de Wilcoxon, aplicado para avaliar as pontuações das respectivas escalas.

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney também com vistas a verificar a existência de diferença significativa no delta das pontuações das escalas que compõem o Índice de TINETTI (escala de avaliação de equilíbrio e escala de avaliação de marcha) entre os grupos

O critério de determinação de significância adotado no estudo foi o nível de 5% (α); poder do teste estatístico de 80% ($1-\beta$) e aumento esperado na pontuação no grupo com intervenção relativamente "moderado", conhecido como *tamanho do efeito* (TE \approx 1).

RESULTADOS

A Tabela 1 fornece a análise descritiva sociodemográfica e clínica dos grupos caso e controle por meio da frequência (n),

Tabela 1 – Análise das variáveis sociodemográficas e clínicas segundo os grupos caso e controle, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2014

Características	Categorias	Grupo caso (n = 16)		Grupo controle (n = 16)		Valor de <i>p</i> ^a
		n	%	n	%	
Sexo	Feminino	10	62,5	8	50,0	0,48
	Masculino	6	37,5	8	50,0	
Idade (anos) *		60,1 ± 9,7		66,9 ± 11,6		0,08
Escolaridade	Analfabeto funcional	1	6,3	1	6,3	0,99
	1º grau	9	56,3	8	50,0	
	2º grau	5	31,3	6	37,5	
	3º grau	1	6,3	1	6,3	
Estado Civil	Solteiro	3	18,8	2	12,5	0,63
	Casado	6	37,5	9	56,3	
	Divorciado	3	18,8	1	6,3	
	Viúvo	4	25,0	4	25,0	
Cidade	Niterói	8	50,0	7	43,8	0,78
	São Gonçalo	6	37,5	8	50,0	
	Itaboraí	2	12,5	1	6,3	
Tempo de Tratamento	6m a 1 ano	4	25,0	6	37,5	0,85
	1 a 5 anos	1	6,3	1	6,3	
	> 5 anos	11	68,8	9	56,3	
Nº de recidivas	Nunca	5	31,3	8	50,0	0,45
	1 a 4x	7	43,8	4	25,0	
	5x ou +	4	25,0	4	25,0	

Notas: ^a = teste de χ^2 ou exato de Fisher; * = expressa pela média ± DP e comparada pelo teste *t* de Student para amostras independentes.

do percentual (%) e do correspondente nível descritivo (Valor de p) do teste de Qui-quadrado (χ^2) ou exato de Fisher. A idade foi expressa pela média \pm desvio padrão (DP) e comparada pelo teste t de Student para amostras independentes.

As Tabelas 2 e 3 apresentam os dados referentes ao grupo caso, e as de número 4 e 5, ao grupo controle. Todas as tabelas apresentadas a seguir (2, 3, 4 e 5) fornecem a frequência (n) e o percentual (%) das questões do Índice de TINETTI nas escalas de equilíbrio e marcha antes e depois da intervenção nos grupos caso e controle, respectivamente, e o correspondente nível descritivo (Valor de p) do teste de McNemar. As

pontuações parciais e totais foram expressas pela mediana (mínimo – máximo) e analisadas pelo teste dos postos sinalizados de Wilcoxon.

A análise dos deltas absolutos (depois – antes da intervenção) obtidos pelas pontuações do índice de TINETTI (escalas de equilíbrio e marcha) segundo os grupos (caso e controle), assim como o correspondente nível descritivo (Valor de p) do teste de Mann-Whitney, indicam que o grupo caso apresentou delta da pontuação do equilíbrio ($p = 0,001$), da marcha ($p = 0,0002$) e do Índice de TINETTI total ($p = 0,0001$) significativamente maior que do grupo controle.

Tabela 2 – Escala de avaliação de equilíbrio do Índice de TINETTI antes e depois da intervenção no grupo caso, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2014

Domínios da Escala de Avaliação do Equilíbrio	Resposta	Antes		Depois		Valor de p ^a
		n	%	n	%	
D1. Equilíbrio sentado	Ruim	3	18,8	0	0	0,25
	Boa	13	81,2	16	100	
D2. Levantando	Ruim	0	0,0	0	0,0	0,50
	Regular	13	81,2	11	68,8	
	Boa	3	18,8	5	31,2	
D3. Tentativas de levantar	Ruim	0	0,0	0	0,0	0,25
	Regular	7	43,8	4	25,0	
	Boa	9	56,2	12	75,0	
D4. Assim que levanta	Ruim	9	56,3	3	18,8	0,05
	Regular	2	12,5	4	25,0	
	Boa	5	31,3	9	56,2	
D5. Equilíbrio em pé	Ruim	3	18,8	1	6,3	0,15
	Regular	5	31,2	5	31,3	
	Boa	8	50,0	10	62,5	
D6. Teste dos três tempos	Ruim	3	18,8	3	18,8	0,31
	Regular	3	18,8	2	12,5	
	Boa	10	62,5	11	68,8	
D7. Olhos fechados	Ruim	5	31,2	2	12,5	0,25
	Boa	11	68,8	14	87,5	
D8. Girando 360° (passos)	Ruim	3	18,8	2	12,5	1
	Boa	13	81,2	14	87,5	
D8. Girando 360° (equilíbrio)	Ruim	4	25,0	3	18,8	1
	Boa	12	75,0	13	81,2	
D9. Sentando	Ruim	2	12,5	1	6,2	0,60
	Regular	6	37,5	7	43,8	
	Boa	8	50,0	8	50,0	
Pontuação do equilíbrio *		11,5 (3 - 16)		13,5 (4 - 16)		0,004

Notas: ^a = teste de McNemar; * = expressa pela mediana (mínimo - máximo) e comparada pelo teste dos postos sinalizados de Wilcoxon.

Tabela 3 – Escala de avaliação da marcha do Índice de TINETTI antes e depois da intervenção no grupo caso, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2014

Domínios da Escala de Avaliação da Marcha	Resposta	Antes		Depois		Valor de p^a
		n	%	n	%	
D10. Início da marcha	Ruim	10	62,5	3	18,8	0,016
	Boa	6	37,5	13	81,2	
D11a. Comprimento dos passos (pé direito)	Ruim	1	6,2	1	6,2	1
	Boa	15	93,8	15	93,8	
D11a. Altura dos passos (pé direito)	Ruim	2	12,5	2	12,5	1
	Boa	14	87,5	14	87,5	
D11b. Comprimento (pé esquerdo)	Ruim	1	6,2	1	6,2	1
	Boa	15	93,8	15	93,8	
D11b. Altura dos passos (pé esquerdo)	Ruim	2	12,5	2	12,5	1
	Boa	14	87,5	14	87,5	
D12. Simetria dos passos	Ruim	4	25,0	3	18,8	1
	Boa	12	75,0	13	81,2	
D13. Continuidade dos passos	Ruim	6	37,5	4	25,0	0,50
	Boa	10	62,5	12	75,0	
D14. Direção	Ruim	1	6,2	0	0	0,25
	Regular	8	50,0	7	43,8	
	Boa	7	43,8	9	56,2	
D15. Tronco	Ruim	2	12,5	0	0,0	0,25
	Regular	5	31,3	6	37,5	
	Boa	9	56,3	10	62,5	
D16. Distância dos tornozelos	Ruim	1	6,2	0	0	1
	Boa	15	93,8	16	100	
Pontuação da marcha *		9 (2 - 11)		10 (4 - 11)		0,002
Pontuação total - Índice de TINETTI *		20 (5 - 27)		24 (9 - 27)		0,0005

Notas: ^a = teste de McNemar; * = expressa pela mediana (mínimo - máximo) e comparada pelo teste dos postos sinalizados de Wilcoxon.

Tabela 4 – Escala de avaliação de equilíbrio do Índice de TINETTI antes e depois da intervenção no grupo controle, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2014

Domínios da Escala de Avaliação do Equilíbrio	Resposta	Antes		Depois		Valor de p^a
		n	%	n	%	
D1. Equilíbrio sentado	Ruim	0	0	0	0	NP
	Boa	16	100	16	100	
D2. Levantando	Ruim	1	6,3	1	6,3	0,31
	Regular	12	75,0	11	68,8	
	Boa	3	18,8	4	25,0	
D3. Tentativas de levantar	Ruim	1	6,3	1	6,3	1
	Regular	4	25,0	4	25,0	
	Boa	11	68,8	11	68,8	

Continua

Tabela 4 (conclusão)

Domínios da Escala de Avaliação do Equilíbrio	Resposta	Antes		Depois		Valor de p^a
		n	%	n	%	
D4. Assim que levanta	Ruim	5	31,3	5	31,3	1
	Regular	2	12,5	2	12,5	
	Boa	9	56,3	9	56,3	
D5. Equilíbrio em pé	Ruim	3	18,8	3	18,8	1
	Regular	2	12,5	2	12,5	
	Boa	11	68,8	11	68,8	
D6. Teste dos três tempos	Ruim	3	18,8	3	18,8	1
	Regular	3	18,8	3	18,8	
	Boa	10	62,5	10	62,5	
D7. Olhos fechados	Ruim	4	25,0	4	25,0	1
	Boa	12	75,0	12	75,0	
D8. Girando 360° (passos)	Ruim	4	25,0	4	25,0	1
	Boa	12	75,0	12	75,0	
D8. Girando 360° (equilíbrio)	Ruim	4	25,0	4	25,0	1
	Boa	12	75,0	12	75,0	
D9. Sentando	Ruim	0	0	0	0	1
	Regular	5	31,2	5	31,2	
	Boa	11	68,8	11	68,8	
Pontuação do equilíbrio *		13 (2 - 16)		13 (2 - 16)		1

Notas: ^a = teste de McNemar; NP: não processa o teste estatístico; * = expressa pela mediana (mínimo - máximo) e comparada pelo teste dos postos sinalizados de Wilcoxon.

Tabela 5 – Escala de avaliação da marcha do Índice de TINETTI antes e depois da intervenção no grupo controle, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, 2014

Domínios da Escala de Avaliação da Marcha	Resposta	Antes		Depois		Valor de p^a
		n	%	n	%	
D10. Início da marcha	Ruim	5	31,2	5	31,2	1
	Boa	11	68,8	11	68,8	
P11a. Comprimento dos passos (pé direito)	Ruim	4	25,0	4	25,0	1
	Boa	12	75,0	12	75,0	
D11a. Altura dos passos (pé direito)	Ruim	5	31,2	5	31,2	1
	Boa	11	68,8	11	68,8	
D11b. Comprimento (pé esquerdo)	Ruim	3	18,8	3	18,8	1
	Boa	13	81,2	13	81,2	
D11b. Altura dos passos (pé esquerdo)	Ruim	9	56,2	9	56,2	1
	Boa	7	43,8	7	43,8	
D12. Simetria dos passos	Ruim	7	43,8	7	43,8	1
	Boa	9	56,2	9	56,2	
D13. Continuidade dos passos	Ruim	6	37,5	6	37,5	1
	Boa	10	62,5	10	62,5	

Continua

Domínios da Escala de Avaliação da Marcha	Resposta	Antes		Depois		Valor de p*
		n	%	n	%	
D14. Direção	Ruim	2	12,5	2	12,5	1
	Regular	6	37,5	6	37,5	
	Boa	8	50,0	8	50,0	
D15. Tronco	Ruim	1	6,3	1	6,3	1
	Regular	5	31,3	5	31,3	
	Boa	10	62,5	10	62,5	
D16. Distância dos tornozelos	Ruim	0	0	0	0	NP
	Boa	16	100	16	100	
Pontuação da marcha *		7,5 (0 - 11)		7,5 (0 - 11)		1
Pontuação total - Índice de TINETTI *		21,5 (2 - 27)		21,5 (2 - 27)		1

Notas: * = teste de McNemar; NP: não processa o teste estatístico; * = expressa pela mediana (mínimo - máximo) e comparada pelo teste dos postos sinalizados de Wilcoxon.

DISCUSSÃO

A caracterização das variáveis sociodemográficas dos grupos caso e controle identificou que 56,2% dos participantes da pesquisa são do sexo feminino e 43,8% do masculino. A predominância do sexo feminino para o desenvolvimento de úlceras venosas está relacionada aos hormônios femininos e à gravidez⁽¹³⁻¹⁴⁾. De acordo com estes autores, os distúrbios hormonais predispoem à insuficiência venosa crônica e, conseqüentemente, à formação de úlceras venosas.

Os valores referentes à idade apontam média de 63,5 anos, estando 46,9% na faixa etária de 40 a 59 anos e 53,1%, de 60 a 79 anos. A Insuficiência Venosa Crônica apresenta elevação de incidência a partir da terceira década de vida, acometendo indivíduos em plena maturidade e ativos no que diz respeito às atividades laborais⁽¹⁵⁾. Esta afirmação é observada em nosso estudo, visto que 46,9% dos participantes são adultos (40 a 59 anos), o que gera preocupação em decorrência da dificuldade de cicatrização das lesões ulcerativas, levando os seus portadores ao afastamento das atividades laborais ou até mesmo à aposentadoria.

A insuficiência venosa crônica e as ulcerações estão relacionadas à presença do fator etiológico - a insuficiência venosa desencadeada pela hipertensão venosa. Assim, a hipertensão venosa pode ser ocasionada na população que apresentar um ou mais dos seguintes fatores de risco: incompetência valvular, que impede o fluxo retrógrado; falência do músculo da panturrilha, resultando em esvaziamento venoso incompleto; trombose venosa profunda; múltiplas gestações, edema, obesidade, ascite, anomalia congênita, traumatismos graves nos membros inferiores ou tumores; insuficiência cardíaca congestiva e estilo de vida ou laboral sedentário⁽¹⁶⁾.

Quanto à escolaridade, evidencia-se o baixo grau de ensino dos participantes: 6,3% analfabetos funcionais; 53,1% com o 1º grau; 34,3% com o 2º grau; e 6,3% com o 3º grau completo. Esses achados não diferem de outros estudos realizados em contexto ambulatorial⁽¹⁷⁻²¹⁾. É importante estar atento ao grau de instrução do sujeito atendido, pois a baixa

escolaridade pode interferir na compreensão da patologia, assimilação do processo de cuidado, aplicabilidade das intervenções relacionadas ao tratamento das lesões e mudança de conduta e atitude no âmbito domiciliar⁽²²⁾.

A maioria das pessoas com úlceras venosas não recebe apoio familiar durante o tratamento e sofre com a discriminação dos familiares⁽¹¹⁾. Nesse sentido, a predominância de pessoas casadas em nosso estudo evidencia o apoio dos companheiros diante da patologia, visto que as alterações ocasionadas pela lesão, tais como mudança no estilo de vida e isolamento decorrentes da dor, dificuldade de locomoção e alterações na aparência física, podem gerar crises familiares, abandono do companheiro e a conseqüente depressão do sujeito com úlcera venosa.

Em relação ao município de domicílio dos participantes, predominou a cidade de Niterói (46,9%), seguida por São Gonçalo (43,8%) e Itaboraí (9,3%). Em virtude do Ambulatório de Reparo de Feridas do HUAP ser o local onde os participantes são acompanhados, atenção especial deve ser conferida à capacidade funcional, visto que precisam se deslocar de sua moradia por horas para buscar atendimento.

O elevado número de pacientes oriundos de outros municípios que realizam consultas de enfermagem no Ambulatório de Reparo de Feridas do HUAP se deve aos seguintes motivos: o setor ser referência no tratamento de lesões crônicas em Niterói/RJ, o atendimento ser prestado por equipe multidisciplinar, e o município de origem destes pacientes não possuir ambulatório de referência para o tratamento deste tipo de lesão⁽¹⁹⁾.

Os dados da pesquisa evidenciaram que 62,5% dos participantes encontram-se em tratamento há mais de 5 anos, o que reitera o fato do tratamento das lesões ser difícil e prolongado⁽²³⁾. Quanto ao número de recidivas, 40,6% nunca tiveram a lesão cicatrizada, 34,4% apresentaram recidiva de 1 a 4 vezes, e 25% recidivas 5 vezes ou mais no período em que estavam sob tratamento.

Os elevados casos de recidivas nas úlceras venosas decorrem da falta de acompanhamento por angiologistas pós-cicatrização, da não realização de cirurgias e de outros fatores,

como a ausência de colaboração dos pacientes quanto a medidas preventivas⁽²⁴⁾.

Desse modo, ao avaliar os grupos antes e após intervenção, verificou-se que o grupo caso apresentou melhora após intervenção nos domínios: equilíbrio sentado, levantando, tentativas de levantar, assim que levanta, equilíbrio em pé, teste dos três tempos, olhos fechados, girando 360°, sentando, início da marcha, simetria dos passos, continuidade dos passos, direção, tronco e distância dos tornozelos. Nos domínios comprimento e altura dos passos não houve alteração percentual pós-intervenção.

Após análise estatística, evidenciou-se a presença de melhoras significativas nos domínios: assim que levanta e início da marcha, o que significa que mesmo havendo melhoras nos demais domínios, estas não foram significativas no nível de 5%, adotado nesta pesquisa.

O grupo controle apresentou melhora no domínio levantando após reavaliação. Os domínios equilíbrio sentado e distância do tornozelo apresentaram 100% de resposta positiva a este item na avaliação e reavaliação, demonstrando a impossibilidade dos participantes melhorarem neste quesito. Nos demais domínios do instrumento de coleta não houve variação, ou seja, o grupo controle não demonstra variação significativa e encontra-se estável.

Destaca-se que os participantes do grupo caso apresentaram melhora significativa e diferenciada pós-intervenção quando comparados ao grupo controle, que se manteve estável.

O Índice de TINETTI ajuda a estimar o risco e nível de proteção contra queda, porém este risco dependerá das condições em que vive ou se encontra o indivíduo estudado no momento da queda e da presença de fatores intrínsecos e extrínsecos contribuindo para a dificuldade de equilíbrio e marcha⁽²⁵⁾. Assim, os ganhos percentuais no Índice de TINETTI após intervenção indicam melhora motora nos quesitos equilíbrio, marcha e consequente melhor qualidade de vida⁽²⁶⁾ do sujeito pesquisado.

O estudo apresentou como limitação para sua realização a ausência de receptividade por parte de alguns participantes, visto que muitos se demonstraram receosos por não residirem em locais seguros, o que poderia colocar em risco a segurança do profissional ao visitá-los. Outra limitação diz respeito ao restrito número de artigos em bases nacionais e internacionais que viessem a contribuir para a discussão do objetivo proposto, fato que ressalta a importância de serem desenvolvidas novas pesquisas relacionadas à capacidade funcional de sujeitos com úlceras venosas, proporcionando maior acervo aos pesquisadores, profissionais e estudantes da área da saúde, visto que apresenta elevada incidência e prevalência populacional.

A principal contribuição deste estudo para o campo da pesquisa científica em úlceras venosas e para a enfermagem foi identificar a efetividade das orientações voltadas ao

tratamento e à prevenção das úlceras venosas sobre a capacidade funcional. Este achado torna-se especialmente relevante uma vez que a redução ou ausência de tal capacidade podem comprometer a realização de atividades diárias, laborais e de lazer, afetando significativamente a qualidade de vida.

Quanto aos avanços para a área do conhecimento, estes envolvem a produção e o aprimoramento do cuidado de enfermagem na prevenção de agravos decorrentes das úlceras venosas, por meio da construção e adoção de novas intervenções técnicas no cuidado de enfermagem e saúde. Tais ações objetivam a recuperação e a reabilitação não somente do sujeito, mas da família envolvida no processo de cuidar.

CONCLUSÃO

Este estudo avaliou o impacto da visita domiciliar (VD) protocolar na capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas antes e após as orientações recebidas durante a VD, por meio da Escala de avaliação de equilíbrio e marcha (Índice de TINETTI).

Ao utilizar a caracterização clínica dos participantes do grupo caso para comparar o antes e o depois da intervenção, por intermédio do Índice de TINETTI, evidenciaram-se melhoras significativas no grupo caso. A caracterização clínica dos participantes do grupo controle no comparativo antes e depois da intervenção, de acordo com o Índice de TINETTI, permite observar que não há variação significativa nas questões e pontuações de equilíbrio, marcha e total da escala de TINETTI, indicando absoluta estabilidade no grupo.

A utilização do Índice de TINETTI como instrumento de pesquisa permitiu demonstrar que o grupo caso apresentou delta da pontuação do equilíbrio ($p = 0,001$), da marcha ($p = 0,0002$) e do Índice total ($p = 0,0001$) significativamente maior que do grupo controle, ou seja, os resultados estatísticos apresentados constatarem melhora na capacidade funcional do grupo caso significativamente maior que do controle.

Em síntese, pode-se evidenciar que o Índice de TINETTI expressou o comprometimento da capacidade funcional de adultos e idosos com úlceras venosas, demonstrando melhora significativa no grupo caso quando comparado ao controle, que se manteve absolutamente estável.

Com base nos resultados que avaliaram o impacto da visita domiciliar (VD) protocolar na capacidade funcional de pacientes adultos e idosos com úlceras venosas e demonstraram que as intervenções no contexto domiciliar foram benéficas aos participantes do grupo caso, recomenda-se a adoção das intervenções adotadas a pacientes em tratamento de úlceras venosas, objetivando o monitoramento e a melhora da capacidade funcional.

REFERÊNCIAS

- Alves LC, Leite IC, Machado CJ. The concept and measurement of functional disability in the elderly population: a literature review. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2008[cited 2015 Apr 11];13(4):1199-207. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>
- Viana FP, Lorenzo AC, Oliveira ÉF, Resende SM. [Functional independence measure in daily life activities in elderly with encephalic vascular accident sequels in the Sagrada Família

- Gerontologic Complex of Goiania]. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2008[cited 2014 Oct 12];11(1):17-28. Available from: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1809-98232008000100003&lng=pt&nrm=iso Portuguese.
3. Alves LC, Leimann BCQ, Vasconcelos MEL, Carvalho MS, Vasconcelos AGG, Fonseca TCO, et al. The effect of chronic diseases on functional status of the elderly living in the city of São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2007[cited 2014 Oct 12];23(8): 1924-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>
 4. Reis LA, Torres GV. [Influence of chronic pain in the functional capacity of institutionalized elderly]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Oct 12];64(2):274-80. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a09v64n2.pdf> Portuguese.
 5. Salomé GM, Ferreira, LM. Quality of life in patients with venous ulcers treated with Unna's boot compressive therapy. *Rev Bras Cir Plást* [Internet]. 2012[cited 2014 Oct 12];27(3):466-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rbcpl/v27n3/en_24.pdf
 6. Camacho ACLF, Santos RC, Joaquim FL, Louredo DS, Moraes IM, Silva EA. Comparative study about the functional capacity of adult and elderly patients with venous ulcers. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2015[cited 2015 Sept 14];7(1):1954-66. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3505/pdf_1434
 7. Silva FAA, Freitas CHA, Jorge MSB, Moreira TMM, Alcântara MCM. [Nursing in stomatherapy: clinical care for the patient with varicose ulcer]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2009[cited 2014 Oct 12];62(6):889-93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a14v62n6.pdf> Portuguese.
 8. Fernandes MTO, Soares SM. The development of public policies for elderly care in Brazil. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012[cited 2015 Sept 14];46(6):1493-501. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/en_29.pdf
 9. Lacerda MR, Giacomozzi CM, Oliniski SR, Truppel TC. [Home health care: modalities that ground its practice]. *Saude Soc* [Internet]. 2006[cited 2015 Apr 11];15(2):88-95. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n2/09.pdf> Portuguese.
 10. Romanzini AE, Jesus APM, Carvalho E, Sasaki VDM, Damiano VB, Gomes JJ. [Nursing guidelines for patients on self care and signs and symptoms of infection of surgical site for hospital discharge of reconstructive cardiac surgery]. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2010[cited 2015 Apr 11];14(2):239-43. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/112> Portuguese.
 11. Costa IKF, Nóbrega WG, Costa IKF, Torres GV, Lira ALBC, Tourinho FSV, et al. [People with venous ulcers: a study of the psychosocial aspects of the adaptive model of Roy]. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 06];32(3):561-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n3/18.pdf> Portuguese.
 12. Waidman MAP, Rocha SC, Correa JL, Brischiliari A, Marcon SS. [Daily routines for individuals with a chronic wound and their mental health]. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 06];20(4):691-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf> Portuguese.
 13. Macedo EB, Torres GV, Oliveira AA, Medeiros RS, Silva DN, Souza AG. Cost-effectiveness of compression therapy in people with venous ulcers. *Rev Enferm* [Internet]. 2013[cited 2014 Jul 01];7(spe):6101-7. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4580/pdf_3721
 14. Fradique C, Pupo A, Quaresma L, Palma-Rosa A, Fernandes M, Silva G, et al. Úlcera flebotática-estudo prospectivo de 202 doentes. *Acta Med Port* [Internet]. 2011[cited 2014 Jul 01];24(1):71-80. Available from: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/341/111>
 15. Santos RFFN, Porfírio GJM, Pitta GBB. [Differences in the quality of life of patients with mild and severe chronic venous disease]. *J Vasc Bras* [Internet]. 2009[cited 2014 Oct 15];8(2):143-7. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a08v8n2> Portuguese.
 16. Medeiros ABA, Frazão CMFQ, Tinôco JDS, Paiva MGMN, Lopes MVO, Lira ALBC. Venous ulcer: risk factors and the Nursing Outcomes Classification. *Invest Educ Enferm* [Internet]. 2014[cited 2015 Apr 11];32(2):252-9. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n2/v32n2a08.pdf>
 17. Malaquias SG, Bachion MM, Sant'Ana SMSC, Dallarmi CCB, Lino JRS, Ferreira PS. [People with vascular ulcers in out patient nursing care: a study of sociodemographic and clinical variables]. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012[cited 2014 Jun 30];46(2):302-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a06v46n2.pdf> Portuguese.
 18. Camacho ACLF, Santos RC, Joaquim FL, Abreu CPM. Evaluation of functional capacity in care of tissue injuries of adults and elderly patients. *Rev Pesqui Cuid Fundam* [Internet]. 2014[cited 2014 Jun 01];6(1):17-26. Available from: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2651/pdf_1038
 19. Oliveira BGRB, Nogueira GA, Carvalho MR, Abreu AM. [The characterization of patients with venous ulcer followed at the Outpatient Wound Repair Clinic]. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2012[cited 2014 Aug 08];14(1):156-63. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a18.pdf> Portuguese.
 20. Angélico RCP, Oliveira AKA, Silva DDN, Vasconcelos QLDAQ, Costa IKF, Torres GV. Socio-demographic profile, clinical and health of people with venous ulcers treated at a university hospital. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2012[cited 2014 Jun 03];6(1):62-8. Available from: <https://sigaa.ufrn.br/sigaa/verProducao?idProducao=2331430&key=55e977595f19c90eb6a83381ed103b6a>
 21. Nóbrega WG, Melo GSM, Costa IKF, Dantas DV, Macêdo EAB, Torres GV, et al. Changes in patients' quality of life with venous ulcers treated at the outpatient clinic of a university hospital. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 03];5(2):220-7. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1478/1751>
 22. Azoubel R, Torres GV, Silva LWS, Gomes FV, Reis LA. Effects of the decongestive physiotherapy in the healing of venous ulcers. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2010[cited 2014 Jun 03];44(4):1080-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/07.pdf> Portuguese.

- scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/en_33.pdf
23. Belczaki SQ, Gornati VC, Aun R, Sincos IR, Fragoso H. Treatment of varicose ulcer of the lower limbs by surgery and Unna boot: savings for the Brazilian healthcare system. *Einstein* [Internet]. 2011[cited 2014 Jun 26];9(3):377-85. Available from: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1984-Einstein_v9n3_377-385_ingles.pdf
 24. Reis DB, Peres GA, Zuffi FB, Ferreira LA, Poggetto MTD. [Care for people with venous ulcers: the perception of nurses in the family health strategy]. *REME Rev Min Enferm* [Internet]. 2013[cited 2015 Apr 11];17(1):108-12. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/582> Portuguese.
 25. Gai J, Gomes L, Nóbrega OT, Rodrigues MP. Factors related to falls of elderly women residents in a community. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2010[cited 2014 Oct 17];56(3):327-32. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/en_v56n3a19.pdf
 26. Muñoz PL, Gómez CG, Costa SP. [Physical therapy treatment in multiple sclerosis: a clinical case report]. *Fisioterapia* [Internet] 2005[cited 2014 Jun 06];27(1):30-40. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563805734131> Spanish.
-