

**CUIDADO À PESSOA COM
ÚLCERA VENOSA:
SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO
DA CLASSIFICAÇÃO
INTERNACIONAL PARA A
PRÁTICA DE ENFERMAGEM**

Mestre: Araceli Partelli Grasse

Orientador: Thiago Nascimento do Prado

Coorientador: Sheilla Diniz Silveira Bicudo

2017

CUIDADO À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA: SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Autores: Araceli Partelli Grasse, Sheilla Diniz Silveira Bicudo, Cândida Caniçali Primo, Cília Zucolotti, Claudia Sumaia Ferreira de Oliveira Belonia, Maria Edla de Oliveira Bringunte, Thiago Moura de Araújo, Thiago Nascimento do Prado.

Tipo da produção: Material didático/ instrucional.

Ano: 2017

Disponível em: <http://www.enfermagem.vitoria.ufes.br/pt-br/tecnica>

Publicado em:

Grasse AP, Bicudo SD, Primo CC, Zucolotti C, Belonia CS, Bringunte ME, et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com úlcera venosa. Acta Paul Enferm. 2018;31(3):280-90. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800040>

DESCRIÇÃO DO PRODUTO

Trata-se de um subconjunto terminológico com 86 diagnósticos e resultados de enfermagem e 308 intervenções para o cuidado a pessoa com úlcera venosa a partir da CIPE®, estruturado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

FINALIDADE DO PRODUTO

Contribuir para a assistência de enfermagem a pessoa com úlcera venosa.

DESENVOLVIMENTO DO PRODUTO

Os enunciados construídos foram submetidos à validação de conteúdo por consenso de juízes enfermeiros que atendem pessoas com úlcera venosa na Atenção Básica de Saúde do Município de Vitória. Após leitura individual e discussão, excluiu-se do subconjunto os seguintes diagnósticos: “Presença de

Licença Creative Commons:



2

fibrina”, “Ferida pálida”, “Ferida vermelho-escuro”, “ lcera em perna”, “Presença de hipertensão em veia”, “Inflamação”, “Edema linfático”, “Perfusão tissular prejudicada”, “Processo vascular prejudicado”, “Febre”, “Temperatura de pele perilesional alta”, “Presença de trombose venosa profunda”, “Problema com alta complexidade do regime terapêutico” e “Falta de confiança no provedor de cuidados de saúde”. Mudou-se a redação: “Ferida vermelho brilhante” foi substituído por “Presença de tecido de granulação em ferida”; “ lcera com recaída” por “ lcera com recidiva”; “Exsudato média quantidade” para “Exsudato de moderada quantidade”; “Exsudato muita quantidade” para “Exsudato de excessiva quantidade”; “Exsudato pouca quantidade” para “Exsudato de leve quantidade”; “Dor vascular” para “Dor”; “Abuso de fumo” para “Tabagismo”; e “Imagem corporal perturbada” para “Imagem corporal prejudicada”. Ainda, houve sugestões de alteração e ajustes em algumas intervenções propostas de 52 diagnósticos. Assim, a configuração final do subconjunto está descrita no quadro 1. Cabe ressaltar que, dos 25 novos diagnósticos criados, não constantes na CIPE® 2015, 18 permaneceram inalterados p s-validação, três foram excluídos e 04 sofreram alterações na redação do enunciado.

Necessidades psicobiológicas	
Necessidades Psicobiológicas - integridade cutaneomucosa	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
<p>Alergia Atrofia branca Bordas de ferida irregulares Bordas de ferida regulares Celulite Corpo Estranho em ferida Crosta em ferida Descamação em pele Eczema Epiteliza�o em bordas de ferida Eritema Esfacelo em ferida Ferida de espessura parcial</p>	<p>Ferida de espessura total Hiperemia Hipergranula�o em ferida Infiltração em bordas de ferida Integridade tissular prejudicada Macerac�o em bordas de ferida Necrose Pele hiperpigmentada Pele perilesional seca Tecido de granulação Tecido cicatricial úlcera com recidiva �lcera Venosa</p>
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar bandagem compressiva/contensiva. • Aplicar curativo de ferida. • Aplicar curativo que gere ligeira pressão em ferida. • Aplicar curativo. • Aplicar hidratante em pele. • Aplicar nitrato de prata. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da úlcera venosa. • Avaliar ferida em retorno do paciente. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. 	



- Avaliar infecção.
- Avaliar necessidade de administrar antibiótico.
- Avaliar necessidade de curativo de proteção.
- Avaliar necessidade de desbridamento da ferida
- Avaliar Pressão Arterial.
- Avaliar temperatura da pele.
- Avaliar turgor cutâneo.
- Avaliar úlcera para tomada de decisão em relação ao curativo.
- Confirmar alergia.
- Descrever as características da ferida.
- Descrever as características da úlcera.
- Descrever tamanho e profundidade da ferida.
- Documentar a história da úlcera.
- Encaminhar para atendimento médico.
- Estimular o estabelecimento de hábitos diários de higiene corporal e ambiental.
- Examinar a condição da pele.
- Fazer desbridamento
- Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas.
- Identificar mecanismo causador do eczema.
- Identificar mecanismo causador do eritema.
- Identificar mecanismo causador do hiperemia.
- Identificar surgimento de reações alérgicas decorrentes do tratamento tópico implementado.
- Incentivar o aumento da ingestão de líquidos
- Instruir sobre cuidados com a pele.
- Instruir sobre os cuidados com a ferida.
- Manter a ferida úmida.
- Monitorar a condição da pele.
- Monitorar aparência de bordas.
- Monitorar cor da pele.
- Monitorar cor, temperatura, umidade e aparência da pele.
- Monitorar edema e umidade em bordas.
- Monitorar infecção.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção da úlcera.
- Monitorar umidade em bordas.
- Orientar a higiene e o uso restrito de sabonetes agressivos à pele.
- Orientar o paciente para o curativo domiciliar.
- Orientar paciente quanto aos cuidados para prevenção de recorrência de úlcera.
- Orientar quanto ao risco de infecção.
- Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes.
- Orientar sobre o uso de hidratantes.



- Orientar sobre reação alérgica.
- Prescrever uso de hidratante em pele perilesional.
- Prescrever uso de hidratante em pele.
- Remover corpo estranho do leito da ferida;
- Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
- Solicitar exames laboratoriais para avaliação.
- Suspender uso de possíveis alérgenos.
- Tratar reação alérgica.

Necessidades Psicobiológicas - nutrição

Diagnósticos/ Resultados de enfermagem

Condição nutricional prejudicada	Ingestão de alimentos insuficiente
Estado de hiperlipidemia	Ingestão excessiva de alimentos
Estado de obesidade	Risco de déficit nutricional
Hiperglicemia	

Intervenções de enfermagem

- Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares.
- Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade.
- Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares.
- Avaliar aceitação dos alimentos.
- Calcular o Índice de Massa Corpórea para avaliar o estado nutricional.
- Calcular o Índice de Massa Corpórea.
- Discutir, Junto com o paciente, um plano de mudanças de hábitos alimentares.
- Encaminhar para atendimento médico.
- Encorajar a adesão à dieta alimentar.
- Encorajar a adesão a um plano de atividade física.
- Encorajar a adesão ao plano de mudança de hábitos alimentares.
- Encorajar ingestão conforme necessidades nutricionais e preferências alimentares.
- Estabelecer uma meta para o controle de peso.
- Identificar possíveis causas da hiperglicemia.
- Identificar possíveis causas da hiperlipidemia.
- Informar o paciente quanto à importância do plano de mudança de hábitos alimentares para o controle glicêmico.
- Informar o paciente quanto à importância do plano de mudança de hábitos alimentares para o controle lipêmico.
- Investigar possíveis causas da obesidade.
- Investigar preferências alimentares.
- Medir a altura do paciente.
- Monitorar estado nutricional.
- Monitorar glicemia capilar.
- Monitorar peso.
- Orientar o paciente a resposta à medicação.
- Orientar o paciente quanto às possíveis complicações da hiperglicemia.



- Orientar o paciente quanto às possíveis complicações da hiperlipidemia.
- Orientar o paciente sobre os resultados positivos esperados da adesão ao plano de mudança de hábitos alimentares, a curto, médio e longo prazo.
- Pesquisar o paciente.
- Solicitar exames laboratoriais para avaliação

Necessidades Psicobiológicas - regulação

Diagnósticos/ Resultados de enfermagem

Cicatrização da ferida prejudicada	Exsudato seroso
Edema periférico	Exsudato serossanguinolento
Exsudato de grande quantidade	Infecção
Exsudato de moderada quantidade	Lipodermatoesclerose
Exsudato pouca quantidade	Processo vascular prejudicado
Exsudato purulento	Risco de queda
Exsudato sanguinolento	

Intervenções de enfermagem

- Aplicar curativo de ferida.
- Avaliar evolução da cicatrização da ferida.
- Avaliar ferida em retorno do paciente.
- Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo.
- Avaliar necessidade de antibiótico.
- Avaliar necessidade de desbridamento da ferida.
- Avaliar ocorrência de trauma.
- Avaliar Perfusão Tissular periférica.
- Avaliar presença de edema.
- Avaliar presença de pulsos.
- Avaliar risco de perfusão capilar ineficaz.
- Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores.
- Descrever as características da ferida.
- Descrever as características da ferida.
- Discutir os possíveis acidentes domésticos.
- Documentar a história da ferida.
- Encaminhar o paciente à consulta médica.
- Encaminhar para atendimento médico.
- Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas.
- Incentivar o uso de dispositivos auxiliares para deambulação (muleta, andador, cadeira de rodas).
- Inspeccionar pernas quanto à integridade, hidratação e coloração.
- Instruir sobre os cuidados com a ferida.
- Manter a ferida úmida.
- Monitorar infecção.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção.
- Monitorar temperatura corporal.



- Orientar a organização do ambiente doméstico.
- Orientar paciente quanto aos cuidados para prevenção de recorrência de úlcera.
- Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes.
- Prescrever elevação das pernas em intervalos constantes.
- Prescrever o uso de terapia compressiva.
- Rastrear o risco de quedas e de outros acidentes.
- Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
- Solicitar exames laboratoriais para avaliação.
- Sugerir sapatos seguros que facilitem o andar.
- Utilizar cobertura de absorção em curativo.
- Verificar possíveis causas do edema.

Necessidades Psicobiológicas - percepção

Diagnósticos/ Resultados de enfermagem

Dor leve/ moderado/ severo	Percepção tátil prejudicada
Dor por ferida leve/ moderado/ severo	Prurido leve/ moderado/ severo
Odor fétido leve/ moderado/ severo	Risco de função neurovascular periférica prejudicada

Intervenções de enfermagem

- Administrar medicação para dor antes de cuidar da ferida.
- Aplicar curativo na ferida.
- Avaliar a necessidade de desbridamento.
- Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo.
- Avaliar intensidade da dor.
- Avaliar resposta ao manejo da dor.
- Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores.
- Descrever as características da ferida.
- Encaminhar paciente para avaliação médica, caso haja alterações vasculares periféricas.
- Encorajar o paciente a discutir sua experiência de dor.
- Encorajar o paciente a monitorar a própria dor e interferir adequadamente.
- Examinar integridade da pele.
- Examinar os pés e pernas a cada retorno: inspeção e palpação da pele, das unhas, do subcutâneo e da estrutura, palpação dos pulsos arteriais e avaliação da sensibilidade protetora plantar.
- Explicar as causas da dor.
- Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas.
- Gerenciar o controle do odor na ferida.
- Identificar a causa do prurido.
- Incentivar participação da família e paciente no controle da dor.
- Indicar uso de terapia compressiva.
- Instruir sobre cuidados com ferida.
- Investigar os fatores que aumentam a dor.



- Manter a ferida úmida.
- Molhar curativo com soro fisiológico ou água antes de remover.
- Monitorar resposta ao analgésico.
- Monitorar sinais e sintomas de infecção.
- Orientar o paciente à aplicação de hidratantes.
- Orientar o paciente a aplicar compressas frias para aliviar irritação.
- Orientar o paciente a comunicar as alterações de sensibilidade e o surgimento de qualquer tipo de lesão.
- Orientar o paciente a favorecer o repouso/ sono adequados para o alívio da dor.
- Orientar o paciente a manter unhas cortadas e não coçar a pele.
- Orientar o paciente a não usar produtos abrasivos na pele.
- Orientar o paciente com alterações nos pés sobre ajustes quanto ao tipo de sapato, tipo de atividade física e uso de dispositivos auxiliares para deambulação (muleta, andador, cadeira de rodas)
- Orientar o paciente quanto à higiene corporal da área afetada.
- Orientar o paciente sobre hábitos de higiene.
- Prescrever analgésico.
- Proporcionar métodos alternativos de alívio da dor.
- Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.

Necessidades Psicobiológicas - sono e repouso

Diagnósticos/ Resultados de enfermagem

Comportamento de repouso prejudicado	Sono prejudicado
--------------------------------------	------------------

Intervenções de enfermagem

- Avaliar causa de padrão de sono alterado.
- Encorajar descanso.
- Ensinar ao paciente técnicas de relaxamento.
- Estimular o paciente a manter o padrão de sono adequado.
- Melhorar a dor.
- Organizar atividades de vida diária de modo a permitir períodos de repouso durante o dia.
- Orientar a manter perna ulcerada elevada quando em repouso.
- Orientar o paciente a fazer modificações no ambiente (diminuir iluminação, reduzir ruídos, verificar as condições da cama e do travesseiro, verificar as condições de ventilação).
- Orientar o paciente a planejar os horários das medicações para possibilitar a não interrupção do sono.
- Orientar o paciente quanto a fatores que interferem no sono.
- Planejar com o paciente os períodos de repouso/ atividade.

Necessidades Psicobiológicas - sexualidade

Diagnósticos/ Resultados de enfermagem

Comportamento sexual prejudicado

Intervenções de enfermagem

- Avaliar o conhecimento do paciente sobre seu padrão de sexualidade.



<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar a capacidade do paciente em se ajustar ao seu estado de saúde. • Encorajar o paciente a compartilhar seus sentimentos sobre a sexualidade. • Estimular o diálogo sobre a situação com o companheiro (a). • Identificar os determinantes da atividade sexual insatisfatória. • Orientar sobre métodos contraceptivos; • Promover a prática do sexo seguro com o uso de preservativo. • Realizar aconselhamento considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus. 	
Necessidades Psicobiológicas - atividade física	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Baixo exercício físico	Mobilidade prejudicada
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a adesão ao regime de exercício proposto. • Avaliar a capacidade do paciente para realizar as atividades da vida diária. • Avaliar a necessidade de dispositivos auxiliares para deambulação. • Encorajar o paciente a realizar a atividade física de sua preferência dentro dos limites seguros, de acordo com sua condição em relação à Úlcera Venosa. • Planejar com o paciente os períodos de repouso/ atividade. 	
Necessidades Psicobiológicas - hidratação	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Autocuidado prejudicado	Ingestão de líquidos inadequada
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do paciente sobre a sua necessidade de ingestão de líquidos. • Encorajar o autocuidado. • Encorajar paciente a inspecionar a pele durante o banho. • Estimular o estabelecimento de hábitos diários de higiene corporal e ambiental. • Monitorar indicadores de hidratação. • Orientar o paciente sobre necessidade de ingestão de líquidos. • Orientar sobre cuidados de higiene considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus. • Planejar esquema de estimulação de ingestão de líquidos considerando as especificidades do caso. • Registrar ingestão de líquidos. 	
Necessidades Psicobiológicas – cuidado corporal	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Capacidade para executar a higiene prejudicada Higiene inadequada	Autocuidado prejudicado



Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar autocuidado. • Avaliar condições de higiene da família na ambiente domiciliar. • Encorajar banho antes da vinda para fazer curativo. • Encorajar hábitos de higiene considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus. • Encorajar o paciente a tomar banho. • Estimular o estabelecimento de hábitos diários de higiene corporal e ambiental. • Encorajar paciente a inspecionar a pele durante o banho. • Orientar a família/ cuidador quanto aos cuidados de higiene pessoal. • Orientar sobre cuidados de higiene considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus. 	
Necessidades Psicobiológicas - segurança física	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Abuso de álcool	Tabagismo
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o paciente a estabelecer um plano de metas para a redução do abuso de álcool. • Auxiliar o paciente a estabelecer um plano de metas para a redução do hábito de fumar. • Auxiliar o paciente a identificar os gatilhos relacionados ao desejo e ato de fumar e a forma de superá-los. • Auxiliar o paciente a identificar os momentos e as atitudes relacionados ao desejo de beber e a forma de superá-los. • Avaliar o estilo de vida e sua relação com o abuso de álcool. • Avaliar o estilo de vida e sua relação com o abuso de fumo. • Encaminhar para grupo de autoajuda. • Encorajar para grupo de autoajuda. • Identificar a rede de apoio familiar e comunitário. • Identificar desejo de parar de fumar. • Oferecer apoio para os momentos relacionados à abstinência. • Orientar sobre a possibilidade de recaídas e como superá-las. • Orientar sobre as crises de abstinência. • Orientar sobre dúvidas quanto ao uso correlato com drogas. • Orientar sobre os danos decorrentes do tabagismo. 	
Necessidades psicossociais	
Necessidades Psicossociais - liberdade e participação	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Condição social prejudicada Enfrentamento familiar prejudicado	Papel de trabalho prejudicado
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos. • Avaliar suporte social e rede de apoio (trabalho, igreja, família amigos). 	

<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com a família e paciente sobre a corresponsabilidade no tratamento sobre as reações adversas durante o tratamento. • Encaminhar a família e paciente para grupos de autoajuda e ou atendimento psicológico. • Encaminhar para equipe multiprofissional, se necessário. • Encorajar o paciente a identificar seus pontos fortes e capacidades. • Indicar equipamentos sociais comunitários para recreação e lazer. • Investigar o nível de compreensão e aceitação da família do estado de saúde atual do paciente. • Orientar sobre o estado de saúde atual do paciente. • Programar visita domiciliária. • Reforçar sobre a adesão ao tratamento à família; 	
Necessidades Psicossociais – segurança emocional, autoestima	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Angústia Ansiedade Baixa autoestima Estresse	Medo Risco de baixa autoestima Tristeza
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o paciente conforme suas necessidades. • Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos. • Avaliar atitude frente ao regime terapêutico. • Encaminhar para atendimento psicológico, se necessário. • Encaminhar para equipe multiprofissional, se necessário. • Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medo. • Encorajar o paciente a explicar suas dúvidas, anseios e dificuldades. • Encorajar o paciente a identificar seus pontos fortes e capacidades. • Encorajar o paciente a verbalizar sentimentos, percepções e medo. • Encorajar participação em atividades recreativas. • Estabelecer relação de confiança com o paciente. • Identificar os determinantes da Angústia. • Identificar os determinantes da Ansiedade. • Identificar os determinantes da Tristeza. • Incentivar a realização de atividades que promovam seu bem estar. • Investigar o contexto sociofamiliar do paciente. • Motivar o paciente para o autocuidado em domicílio • Orientar quanto a ações de manejo do estresse. • Promover a confiança do paciente no atendimento prestado • Reconhecer os diferentes momentos vivenciados pelo paciente ao receber novas orientações frente ao tratamento. • Verificar com o paciente e cuidador os fatores causadores de medo. 	
Necessidades Psicossociais - autoimagem	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Imagem corporal prejudicada	
Intervenções de enfermagem	



<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com o paciente as mudanças da imagem corporal. • Encaminhar para equipe multiprofissional, se necessário. • Identificar com o paciente os fatores que interferem em sua autoimagem. • Orientar ao paciente, cuidador e famílias as possíveis alterações físicas previsíveis durante o tratamento (uso de bandagens, curativos extensos, etc). • Reforçar autocuidado. 	
Necessidades Psicossociais - gregária e lazer	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Capacidade para realizar atividades de lazer prejudicada.	Isolamento social Risco de isolamento social
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o paciente conforme suas necessidades. • Avaliar contexto familiar e social. • Encaminhar para equipe multiprofissional, se necessário. • Encorajar participação em atividades recreativas. • Identificar com o paciente os determinantes para o isolamento social. • Identificar equipamentos sociais comunitários para recreação e lazer. • Incentivar a participação em grupos sociais e comunitários. • Planejar uma rotina diária simples, com inclusão de atividades concretas de recreação e lazer. • Programar visita domiciliária. 	
Necessidades Psicossociais- amor e aceitação	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Falta de apoio familiar Falta de apoio social	Ligação afetiva prejudicada
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o paciente conforme suas necessidades. • Acolher o paciente, cuidador e família em suas necessidades. • Avaliar contexto familiar e social. • Avaliar suporte social. • Discutir com a família e paciente sobre a corresponsabilidade no tratamento sobre as reações adversas durante o tratamento. • Encaminhar a família para grupos de autoajuda e ou atendimento psicológico. • Encaminhar para atendimento psicológico se necessário. • Encaminhar para equipe multiprofissional, se necessário. • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos. • Identificar com o paciente os determinantes para a falta de apoio social. • Incentivar a participação em grupos sociais e comunitários. • Investigar o nível de compreensão e aceitação da família do estado de saúde atual do paciente. 	



<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre o estado de saúde atual do paciente. • Programar visita domiciliar. • Reforçar sobre a adesão ao tratamento à família. 	
Necessidades Psicossociais - autorrealização	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Disposição para enfrentamento	
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para o enfrentamento. • Disponibilizar as informações pertinentes ao estado de saúde atual. • Encaminhar para equipe multiprofissional, se necessário. • Orientar a cerca de necessidade de adaptação. • Programar visita domiciliária. 	
Necessidades Psicossociais - aprendizagem	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Baixo conhecimento em saúde Comunicação enfermeiro e paciente prejudicada	Não adesão à terapia
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar esquema terapêutico às atividades sociais e de lazer. • Avaliar a tensão do paciente. • Avaliar resposta ao uso da medicação prescrita. • Descrever ao paciente plano terapêutico por escrito. • Disponibilizar as informações pertinentes ao estado de saúde atual. • Estabelecer escuta ativa. • Estimular o autocuidado. • Explicar ações e possíveis efeitos adversos dos medicamentos. • Facilitar acesso ao tratamento (marcação de consultas/retorno, adequação dos insumos e medicamentos disponíveis). • Falar calmamente com frases curtas e de fácil entendimento. • Identificar efeito colateral do regime terapêutico. • Incentivar adesão ao tratamento. • Orientar a cerca do uso de medicamentos. • Orientar dúvidas frente ao tratamento prescrito. • Programar monitoramento domiciliar com a equipe de enfermagem. • Proporcionar um ambiente e tranquilo (consultório ou domicílio). • Usar abordagem calma e segura. • Verificar se o paciente compreendeu orientações ofertadas. 	
Necessidades psicoespirituais	
Necessidades Psicoespirituais - religiosa	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Crença religiosa conflituosa	
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar práticas espirituais da pessoa. • Encorajar a frequentar cerimônias religiosas. 	



- Identificar crenças espirituais.
- Respeitar restrições alimentares vinculadas a crenças religiosas.

Quadro 1. Subconjunto terminológico CIPE® para o cuidado a pessoa com úlcera venosa

A distribuição dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem pelas necessidades humanas básicas podem ser observados no quadro 2.

Necessidades	Diagnósticos	Intervenções
Necessidades psicoespirituais		
Integridade cutaneomucosa	26	59
Nutrição	07	29
Regulação	13	38
Percepção	06	37
Sono e repouso	02	11
Sexualidade	01	08
Atividade física	02	05
Hidratação	02	09
Cuidado corporal	03	09
Segurança física	02	15
TOTAL	64	220
Necessidades psicossociais		
Liberdade e participação	03	11
Segurança emocional, autoestima	07	21
Autoimagem	01	05
Gregária e lazer	03	09
Amor e aceitação	03	15
Autorrealização	01	05
Aprendizagem	03	18
Total	21	84
Necessidades psicoespirituais		
Religiosa	01	04
Total	01	04
Total geral	86	308

Quadro 2. Distribuição dos diagnósticos e das intervenções pelas necessidades humanas básicas

Referências:

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE®.



Realização:



Apoio:



Registro:

A produção técnica foi encaminhada para o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo e para a Prefeitura Municipal de Vitória. O material encontra-se em uso na disciplina de Atenção a Saúde da Adulto do Curso de graduação em Enfermagem.

Licença Creative Commons:

