

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

ARACELI PARTELLI GRASSE

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

VITÓRIA
2017

ARACELI PARTELLI GRASSE

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, área de concentração “Cuidado e Administração em Saúde” e linha de pesquisa “O Cuidar em Enfermagem no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientador: Prof. Dr. Thiago Nascimento do Prado

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Sheilla Diniz Silveira Bicudo

VITÓRIA
2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, ES, Brasil)
Bibliotecário: Rafael Lima de Carvalho – CRB-6 MG-002926/O

G768c Grasse, Araceli Partelli, 1981 -
Cuidado à pessoa com úlcera venosa : Subconjunto terminológico da
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem / Araceli Partelli
Grasse - 2017.
170 f. : il.

Orientador: Thiago Nascimento do Prado.
Coorientador: Sheilla Diniz Silveira Bicudo.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do
Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Classificação. 2. Diagnósticos de Enfermagem. 3. Ferimentos e
Lesões. 4. Processo de Enfermagem. 5. Registros de Enfermagem.
6. Úlcera varicosa. I. Prado, Thiago Nascimento do. II. Bicudo, Sheilla Diniz
Silveira. III. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da
Saúde. IV. Título.

CDU: 61



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Ata da Sessão de Defesa de Dissertação de Mestrado em Enfermagem da aluna
Araceli Partelli Grasse

Aos vinte e nove dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezessete, na sala de webconferência da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG/UFES), foi instalada a sessão pública para julgamento da dissertação elaborada pela mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, matriculada sob número 2015231029, intitulado: "CUIDADO À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA: SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®)". Após a abertura da sessão, o professor Thiago Nascimento do Prado, orientador e presidente da banca julgadora, deu seguimento aos trabalhos, apresentando os demais examinadores, os professores doutores: Sheilla Diniz Silveira Bicudo (coorientadora), Maria Edla de Oliveira Bringunte (titular interno), Thiago Moura de Araújo (titular externo), Cândida Caniçali Primo (suplente interno) e Carolina Maia Martins Sales (suplente externo). Foi dada a palavra a autora, que expôs seu trabalho e, em seguida, ouviu-se a leitura dos respectivos pareceres dos integrantes da banca. Terminada a leitura, procedeu-se à arguição e respostas da aluna. Ao final, a banca, reunida em separado, resolveu APROVADA a (o) mestranda (o), entretanto, o presidente da banca informou que a (o) aprovada (o) somente terá direito a retirada de documentos na secretaria e ao título de Mestre após entrega da versão final de sua dissertação, em papel e meio digital, à Secretária do Programa. Nada mais havendo a tratar, foi encerrada a sessão e lavrada a presente ata que será assinada por quem de direito. Vitória, 29 de setembro de 2017.

Considerações da banca de defesa:

A temática é relevante e atual. Os objetivos foram alcançados com métodos adequados. Os resultados trazem impactos importantes para a assistência e ensino de enfermagem. Forte- leem também a integração academia-serviço. O prof. Dr. Thiago Moura de Araújo participou na webconferência. A banca fez sugestões técnicas metodológicas que foram aceitos pela mestranda.

Prof. Dr. Thiago Nascimento do Prado
Orientador

Profª. Drª. Maria Edla de Oliveira Bringunte
Titular interno

Profª. Drª. Sheilla Diniz Silveira Bicudo
Coorientadora

Profª. Drª. Cândida Caniçali Primo
Suplente Interno

Prof. Dr. Thiago Moura de Araújo
Titular externo

Araceli Partelli Grasse
Mestranda

Profª. Drª. Carolina Maia Martins Sales
Suplente externo

À Ísis, por, ainda que involuntariamente, ter nadado nesse mar revolto do mestrando junto a mim, por me apresentar ao maior amor do universo, por ser razão de energia e alegria e por suportar as minhas ausências... Muito amor!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, que me ampara, me sustenta, me socorre nos momentos de desespero e incertezas, pela vida e pelo dom da sabedoria.

Ao meu amor, companheiro e amigo, **Wallace**, por caminhar ao meu lado, por todo o incentivo para que eu busque os meus sonhos, por compreender minhas ausências e oferecer apoio logístico para as minhas longas horas de estudo... O seu apoio foi fundamental, parte desta conquista é sua também! Te Amo!

Aos meus amados pais, **Nilton e Zeninha**, pelo amor incondicional, pelos valores passados a mim, base da minha vida, e pelos incentivos permanentes. Amo vocês!

À minha sogra, **Lucy**, por todo o carinho dispensado a mim, pelas horas dedicadas aos cuidados da minha filha permitindo que eu estudasse, ainda que recém-parida. A você, meu carinho, profunda admiração e eterna gratidão.

Aos meus amados familiares, são muitos, aqui representados pelos irmãos, **Alcione e Gustavo**, e irmã, **Adriana**, pelos mais carinhosos incentivos, pela alegria e por todo amor dispensado a mim, sempre! Amo vocês!

Ao meu querido orientador e amigo, **Prof. Thiago Prado**, pela generosidade e humildade dispensadas ao ensinar, pela dedicação ao estudo, pelas boas conversas, por apostar no meu potencial e por me lembrar sempre de quão fascinante é o “descobrir” pela metodologia do “pesquisar”... Você é um ser humano especial! Obrigada...

À querida **Prof^a. Sheilla Bicudo** que, mesmo antes de ser minha coorientadora, foi meu exemplo enquanto enfermeira, dona de um conhecimento invejável, respeitada e admirada em sua prática, pela generosidade, doçura e delicadeza ao ensinar... Tenho muito ainda o que aprender com a senhora. Gratidão!

Ao **Programa de Pós Graduação em enfermagem da UFES**, em especial aos **servidores** e todos os **professores** do programa. Sou muito agradecida pela oportunidade de aprender, pela atenção e pelo carinho sempre dispensados a mim.

Aos queridos professores que compõem minha banca avaliativa, **Prof. Thiago Moura**, pela disponibilidade e atenção de sempre; **Prof^a. Edla Bringuente**, por ser

sempre um exemplo a ser seguido; **Prof^a. Carolina Sales** por aceitar este desafio e **Prof^a. Cândida Primo**, por me direcionar e acreditar que eu seria capaz quando até eu mesma duvidei. Os senhores fazem jus ao título de “Professor” que carregam.

À **Prefeitura Municipal de Vitória**, representada pelas minhas **chefias**, pela liberação do trabalho nos dias dedicados ao mestrado.

Ao **grupo de cuidados com a pele**, em especial à amiga, **Enf^a. Cláudia Sumaia**, pelo acolhimento e todo conhecimento que, generosamente, a mim foi ofertado!

Aos **enfermeiros** que, prontamente, atenderam ao meu pedido e participaram como **juízes** nesta pesquisa. Obrigada pelas horas dedicadas!

Aos **amigos** de turma do mestrado e os amigos da vida, vocês permitiram que esse caminho fosse trilhado com mais leveza.

À querida amiga, **Enf^a. Cília Zucolotti**, por ser sempre parceira, estar junto desde os remotos devaneios de cursar um mestrado e por toda a ajuda e incentivo ofertados nesse período. Você é brilhante!

Aos **colegas de trabalho** da US Gilson Santos, por compreenderem, acreditarem, torcerem e permitirem que eu me ausentasse da unidade em busca do conhecimento.

Por fim, aos **usuários** que se submeteram aos meus cuidados nesses 10 anos de Estratégia Saúde da Família, em especial os com feridas, por confiarem a mim as suas dores, do corpo e da alma, sendo incentivo permanente na minha busca por conhecimento. Espero que este estudo melhore as suas vidas!

Vivo a realização de um sonho... Muita gratidão!

os sintomas ou os sofrimentos geralmente considerados inevitáveis e incidentes na doença muitas vezes não são sintomas da doença em tudo, mas de algo bem diferente - da falta de ar fresco, de luz ou de calor, de calma, de limpeza ou de pontualidade e cuidado na administração de dieta, de cada um ou de todos estes...

Florence Nightingale, 1859

Grasse, A. P. **Cuidado à pessoa com úlcera venosa:** Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo. 2017

RESUMO

Introdução: As úlceras venosas são graves problemas de saúde, haja visto a sua alta prevalência na população mundial, serem de tratamento longo, com alta recidiva e causando incapacidades, sofrimento, gastos financeiros e prejuízos à qualidade de vida das pessoas que as portam. Organizar a assistência de enfermagem por meio do Processo de Enfermagem para essa prioridade de saúde implica em melhoria da qualidade do cuidado prestado. **Objetivos:** Elaborar o Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) para o cuidado à pessoa com úlcera venosa orientado pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta. Construir enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa orientado pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta. Validar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções propostas para o cuidado à pessoa com úlcera venosa. Estruturar o Subconjunto terminológico CIPE[®] o cuidado à pessoa com úlcera venosa orientado pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa metodológica que seguiu os seguintes passos. 1) Identificação e validação das evidências empíricas relacionadas à úlcera venosa descritas na literatura, por meio de uma revisão integrativa de literatura com busca nas bases de dados. 2) Mapeamento das evidências com os termos da CIPE[®]. 3) Elaboração dos enunciados de Diagnósticos, Resultados e intervenções de enfermagem e construção das Definições Operacionais. 4) Validação de conteúdo por consenso dos enunciados construídos de Diagnóstico, Resultados e Intervenções de enfermagem com juízes. 5) Organização e estruturação do Subconjunto CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa. **Resultado:** 86 diagnósticos e 308 resultados de enfermagem validados pelo grupo de juízes enfermeiros. **Produto:** Subconjunto terminológico da CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa. **Conclusão:** A CIPE[®] evidenciou-se como uma taxonomia compatível e aplicável à clínica do enfermeiro, com potencial para a organização do processo de trabalho. Há a perspectiva de parceria para inclusão a uma disciplina de graduação de enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, assim como incorporação ao Prontuário Eletrônico para utilização dos Enfermeiros da Atenção Básica de Saúde do Município de Vitória.

Descritores: Classificação. Diagnósticos de Enfermagem. Ferimentos e Lesões. Processo de Enfermagem. Registros de Enfermagem. Úlcera varicosa.

Grasse, A. P. **The Care to the Person with Varicose Ulcer: Terminological Subset of the International Classification for Nursing Practice.** Master's Degree Dissertation. Federal University of Espirito Santo. 2017

ABSTRACT

Introduction: Venous ulcers are a serious health issue, considering its high prevalence among the world population, its long treatment, with high relapse rates, and causing incapacitation, suffering, financial expenditure, and harm to the quality of life of the people who suffer from them. To organize the Nursing assistance through the Nursing Process for this healthcare priority implies an improvement in the quality of the care offered. **Objectives:** To elaborate the Terminological Subset of the International Classification for Nursing Practice (ICNP[®]) for the care to the person with venous ulcer, guided by the theory of the Basic Human Needs of Wanda Aguiar Horta. To build up Nursing diagnostic statements, results and interventions of ICNP[®] for the care to the person with venous ulcer guided by the theory of the Basic Human Needs of Wanda Aguiar Horta. To validate the statements of diagnostics, results and interventions proposed for the care of the person with venous ulcer. To structure the Terminological Subset ICNP[®] for the care to the person with venous ulcer, guided by the theory of the Basic Human Needs of Wanda Aguiar Horta. **Methodology:** We carried out a methodological research through the following steps. 1) To identify and validate the empirical evidence related to venous ulcers described in literature, through an integrative revision of the literature with a search of the databases. 2) To map the evidence with the terms of ICNP[®]. 3) To elaborate the statements of Nursing Diagnostics, Results and Interventions and the construction of Operational Definitions. 4) To validate the content of the statements of Nursing Diagnosis, Results and Interventions built through a consensus of judges. 5) The organization and structure of the Subset ICNP[®] for the care of the person with venous ulcer. **Result:** 86 Nursing diagnoses and 308 results validated by the group of Judge Nurses. **Product:** A terminological Subset of ICNP[®] for the care of the person with venous ulcer. **Conclusion:** The ICNP[®] was evidenced as a compatible taxonomy applied to the Nurse clinic, with a potential for the process of work organization. There is the prospect of a partnership for inclusion in a nursing undergraduate course at the Universidade Federal of Espírito Santo, as well as incorporation into the Electronic Health Record for the use of the Primary Health Care Nurses in Vitória.

Keywords: Classification. Nursing Diagnosis. Wounds and Injuries. Nursing Process. Nursing Records. Varicose Ulcer.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo Sete Eixos da CIPE [®]	27
Figura 2	Passos metodológicos para a construção do Subconjunto CIPE [®]	45
Figura 3	Estratégia para seleção dos artigos	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação das Necessidades Humanas Básicas	33
Quadro 2	Distribuição dos artigos selecionados para compor o estudo por base de dados, revista de publicação, país e ano de publicação ...	46
Quadro 3	Distribuição das evidências empíricas destacadas	47
Quadro 4	Diagnósticos de enfermagem por evidência empírica	54
Quadro 5	Descrição das definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem	59
Quadro 6	Distribuição das intervenções de enfermagem pelos diagnósticos de enfermagem	67
Quadro 7	Subconjunto terminológico CIPE [®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa	94
Quadro 8	Distribuição do número de Diagnósticos de Enfermagem pelas Necessidades Humanas Básicas.....	103

LISTA DE SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CCC	Classificação Clínica dos Cuidados
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ISO	International Organization Standardization
ITB	Índice de pressão tornozelo-braço
IVC	Insuficiência venosa crônica
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MESH	Medical Subject Headings
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NIC	Nursing Interventions Classification
NILT	Nursing Interventions Lexicon Terminology
NOC	Nursing Outcomes Classification
PCDS	Patient Care Data Set
PE	Processo de Enfermagem
RI	Revisão Integrativa
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SOBEND	Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica
SOBEST	Sociedade Brasileira de Estomaterapia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	TEMPORALIDADE DA AUTORA	14
1.2	PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	15
2	REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1	ASPECTOS CONCEITUAIS EM ÚLCERA VENOSA	18
2.2	O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO A PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA	22
2.3	A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE®)	26
2.4	DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE®	28
3	OBJETIVOS	31
3.1	OBJETIVO GERAL	31
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	32
4.1	A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS SUBSIDIANDO AÇÕES INTEGRAIS DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA	32
5	METODOLOGIA	35
5.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	35
5.2	IDENTIFICAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS CONTIDAS NA LITERATURA RELACIONADAS À ÚLCERA VENOSA	35
5.3	MAPEAMENTO CRUZADO DAS EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS COM OS TERMOS CONSTANTES NA CIPE® PARA ELABORAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICO/RESULTADO DE ENFERMAGEM E CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS	37
5.4	ELABORAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	38
5.5	PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO SUCONJUNTO CIPE® PARA O CUIDADO À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA POR JUÍZES	39
5.6	ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO SUCONJUNTO CIPE® PARA O CUIDADO À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA POR JUÍZES	41
5.7	CENÁRIO	41
5.8	ASPECTOS ÉTICOS	42
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
6.1	PRODUÇÃO TÉCNICA	43

6.2	EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS RELACIONADAS À ÚLCERA VENOSA	45
6.3	ELABORAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS/ RESULTADOS DE ENFERMAGEM	54
6.4	ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	58
6.5	ELABORAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	66
6.6	VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM POR JUÍZES	86
6.7	ESTRUTURAÇÃO DO SUBCONJUNTO DA CIPE® PARA O CUIDADO À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA SEGUNDO O REFERENCIAL TEÓRICO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS	93
6.8	ARTIGO	104
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	125
	APÊNDICES	132
	ANEXOS	164

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMPORALIDADE DA AUTORA

O objeto deste estudo foi definido a partir de inquietações emergidas durante minha atuação como enfermeira de Unidade de Saúde da Família, no Município de Vitória – ES, atendendo pessoas com as mais diversas injúrias cutâneas.

Nessa caminhada assistencial, por muitas vezes, senti-me despreparada para a atuação e orientação de cuidados à pessoa com esse tipo de lesão, e pude observar, por meio de conversas informais, que vários colegas também relatavam a mesma deficiência. Logo, despertou-me o interesse por dedicar-me à leitura de artigos científicos e discussão de casos com outros enfermeiros.

Aplicando meus estudos na prática clínica na atenção a pessoas com feridas, em especial com úlceras venosas, pude perceber o reconhecimento tanto da equipe a qual pertenço quanto de usuários do serviço em relação ao meu trabalho, o que me incentiva e me encoraja a galgar estudos mais profundos acerca da temática.

No ano de 2015, fui convidada pela técnica, Enfermeira Cláudia Sumaia, que é referência em feridas da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, vinculada ao Comitê Municipal de Controle de Infecção a compor um Grupo de Trabalho de enfermeiros que tem como temática “feridas”. O “Grupo de Cuidados com a Pele” é formado por, além da técnica de referência em feridas, enfermeiros lotados nas Unidades de Saúde e Pronto-Atendimentos Municipais que foram convidados por trabalharem com a temática de feridas, enfermeiras representantes da Gerência da Atenção Básica e enfermeira responsável pelo processo de compra de material médico-hospitalar e cirúrgico-curativo. O grupo tem por objetivos desenvolver protocolos e manuais para o atendimento de enfermagem a pessoas com feridas, discutir o processo de compra de materiais e insumos para cuidados com a pele e a disponibilização de material para curativos domiciliares.

Essa experiência reforçou a necessidade de me aprofundar nos estudos a cerca da assistência a pessoas com ferida, buscando evidências científicas que pautassem a prática profissional.

1.2 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

No Brasil, apesar dos registros ainda serem escassos, as úlceras se constituem como sério problema de saúde pública, já que se tem elevado número de pessoas acometidas por essa condição, onerando o serviço público e interferindo na qualidade de vida desses indivíduos (OLIVEIRA; BENJAMIM, 2008).

As úlceras crônicas, independente de sua etiologia, são graves problemas de saúde, já que causam incapacidade, sofrimento, gastos financeiros, isolamento social, dentre outros (DIAS *et al.*, 2013a; GREEN *et al.*, 2014).

Entre 70 a 90% das úlceras de perna são de etiologia venosa. As úlceras venosas possuem uma prevalência na população mundial de em torno de 1% a 1,5% (O'DONNELL *et al.*, 2014; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015). Acomete em especial mulheres idosas (DIAS *et al.*, 2013c; TORRES *et al.*, 2014). Além de terem tratamento longo em virtude de sua etiologia, são de alta recidiva, entre 70% (SILVA; MOREIRA, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2016). Os poucos estudos epidemiológicos a respeito da prevalência de úlcera venosa na população brasileira indicam acometer aproximadamente 3% da população e incidir mais em mulheres acima de 60 anos (MAFFEI *et al.*, 1986; DIAS *et al.*, 2013c; TORRES *et al.*, 2014).

O tratamento dessas lesões é de custo alto e dispendioso, tanto por consumirem recursos para os cuidados, quanto por gerarem incapacidades nas pessoas acometidas. Nos Estados Unidos, são gastos anualmente 2,5 bilhões de dólares com o tratamento para pessoas com úlcera venosa, e no Reino Unido, é estimado um custo anual de 300 à 600 milhões de libras esterlinas (O'DONNELL *et al.*, 2014).

A conduta do profissional assistente será fundamental para evolução da ferida, já que a escolha dos cuidados ofertados podem contribuir para a melhora ou para a piora do quadro clínico (OLIVEIRA; CASTRO; GRANJEIRO, 2013).

A enfermagem, desde a sua concepção, tem na sua prática rotineira o cuidado a pessoas com feridas. A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 501 de 2015 regulamenta a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas, competindo ao enfermeiro “Realizar curativos, coordenar e supervisionar a equipe de enfermagem na prevenção e cuidado às feridas”, dá autonomia ao enfermeiro para “abertura de consultório de enfermagem para a prevenção e cuidado às feridas” e diz que “o procedimento de prevenção e cuidado às feridas deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem” (COFEN, 2015).

Sistematizar a assistência de enfermagem possibilita garantir qualidade de atendimento, contudo essa sistematização ainda não parece estar incorporada à prática (NUNES, 2006; MARTINS; SOUZA, 2007).

A Resolução do COFEN nº 358 de 2009 impõe a obrigatoriedade da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras e discorre que o Processo de Enfermagem (PE) organiza-se em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, sendo estas a coleta de dados ou histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento de enfermagem, a implementação e a avaliação de enfermagem. Determina, ainda, que “a execução do processo de enfermagem deve ser registrado formalmente” além de ser uma atividade privativa do enfermeiro (COFEN, 2009).

O PE é estruturalmente o que sustenta a SAE, já que é uma tecnologia que indica a adoção de um método a se seguir, necessita estar fundamentado em um arcabouço teórico e exige conhecimento técnico-científico para seu uso (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

As teorias de enfermagem vêm fortalecer e fundamentar a prática da SAE e do PE. McEwen e Wills (2016) afirmam que a escolha e o emprego de uma teoria de enfermagem, entendida como um conjunto de princípios capazes de explicar e orientar ações, pode proporcionar uma forma sistemática de colher dados, tornar a prática de enfermagem racional e coordenar o cuidado, de modo que ele seja menos fragmentado e fazendo da enfermagem uma ciência do cuidado humano.

Para a implementação do PE faz-se necessária a utilização de sistemas de classificação para a prática de enfermagem que auxiliem na construção de

afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e, dentre as taxonomias, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) mostra-se apropriada, principalmente quando direcionada a uma população ou prioridade de saúde específicas, representadas pelos subconjuntos terminológicos (ICN, 2008; ARAÚJO; NÓBREGA; GARCIA, 2013).

Não consta na página de internet do Conselho Internacional de Enfermeiros, responsável pelas publicações da CIPE®, subconjunto terminológico destinado à pessoa com úlcera venosa.

Frente ao exposto, justifica-se o objetivo da pesquisa de elaborar o Subconjunto terminológico CIPE® para o cuidado à pessoa com úlcera venosa, considerando que, além de se tratar de uma prioridade de saúde, a organização do PE implica diretamente na qualidade da assistência prestada, contribuindo para uma evolução favorável das úlceras de perna, prevenção de recidiva e consequente melhora de vida das pessoas que as portam.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS EM ÚLCERA VENOSA

Ferida pode ser conceituada como qualquer lesão que implique em uma solução de continuidade da pele, membrana mucosa ou qualquer outra estrutura do corpo, causada por agente físico, químico ou biológico (BORGES *et al.*, 2008; DEALEY, 2008). Num processo de cicatrização normal, ocorre uma sequência de eventos com o objetivo de restaurar a superfície tegumentar. Quando a lesão acomete apenas parte da superfície da pele, a cicatrização se dá por reepitelização, já quando a profundidade da lesão compromete toda a espessura da pele, para a sua restauração, é necessário uma coordenação entre hemostasia e inflamação, para controle de sangramento e com o recrutamento de macrófagos e neutrófilos, reepitelização com formação de tecido de granulação para contração da ferida, e remodelação do tecido cicatricial (IRION; BARROS; SOUZA, 2005; BORGES *et al.*, 2008).

Quando há incapacidade de uma ferida evoluir pelas fases de cicatrização descritas, tem-se uma cicatrização anormal, acarretando na cronicidade da lesão, podendo manifestar-se tanto na fase de inflamação como na fase de proliferação (IRION; BARROS; SOUZA, 2005).

As úlceras crônicas de perna acometem as extremidades dos membros inferiores e são assim caracterizadas quando não cicatrizam num período de seis semanas (BERGQVIST; LINDHOLM; NELZÉN, 1999). Quanto à sua etiologia, podem ser de várias causas, contudo as mais comuns são as de origem venosa, arterial ou mista (venosa e arterial). As úlceras venosas têm sua predominância entre 70 a 90% das úlceras de perna (ABBADE; LASTÓRIA, 2006; SANTOS; PORFÍRIO; PITTA, 2009; BORGES, 2011).

As úlceras arteriais são resultado da inadequada perfusão sanguínea nos tecidos de pés ou pernas, o que pode ocorrer por ação de algumas doenças, como a arteriosclerose, quando há endurecimento das paredes das artérias, associada à

formação de placas no revestimento interno dos vasos, estreitando o lume e causando a isquemia em tecidos distais à obstrução, ocorrendo a necrose (IRION; BARROS; SOUZA, 2005; DEALEY, 2008).

A insuficiência venosa crônica (IVC) é a principal causa da úlcera venosa. Ela surge quando há incompetência do sistema venoso dos membros inferiores em realizar o retorno venoso, seja por incompetência valvular, disfunção dos músculos da panturrilha, que quando exercitados são responsáveis por estimular o fluxo sanguíneo venoso, obstrução do fluxo venoso por trombose ou pela associação desses fatores, que levam à hipertensão venosa (FRANÇA; TAVARES, 2003; DEALEY, 2008; BORGES, 2011).

A IVC é um problema de saúde comum na população e sua incidência aumenta com a idade, muito provavelmente em decorrência das modificações fisiológicas e das alterações no sistema vascular na pessoa idosa (SILVA *et al.*, 2016). Nos Estados Unidos, estima-se que 2,5 milhões de pessoas sofrem de IVC e, destes, 20% desenvolvem úlcera venosa (O'DONNELL *et al.*, 2014).

A trombose venosa profunda, obstruindo o fluxo sanguíneo, é a causa mais comum de hipertensão venosa, que também tem como outras condições predisponentes múltiplas gravidezes, edema, obesidade, ascite, anomalias congênitas, traumatismos, insuficiência cardíaca congestiva e sedentarismo (BORGES, 2011).

Quando as válvulas das veias perforantes estão incompetentes, há refluxo sanguíneo nos vasos mais distais, causando lesão e levando à formação de veias varicosas. Essa hipertensão venosa crônica gerada provoca estase venosa e edema. Outro fator predisponente ocorre quando o músculo da panturrilha, que funciona como uma bomba propulsora, não consegue esvaziar completamente as veias durante a deambulação e tem-se o acúmulo de sangue com hipertensão venosa (BORGES, 2011).

O edema, rico em proteínas, gerado pela hipertensão venosa pode favorecer o aparecimento de celulite e erisipela quando, na presença de pequenas fissuras ou ferimentos e picadas de insetos, os germes infectantes se instalam. Alguns **distúrbios tróficos** também estão presentes com a IVC, como a **hiperpigmentação** da pele, quando há lesões nas paredes endoteliais dos capilares com consequente

extravasamento de hemácias – que serão degradadas em hemossiderina - para o líquido intersticial, dando coloração castanho-azulada ou marrom-acinzentada; a **dermatite de estase** com **eritema, edema** e **descamação na pele** que podem levar a microfissuras e a **lipodermatoesclerose** caracterizada pelo endurecimento e escurecimento da pele, gerados pela cronicidade do edema, levando ao depósito de fibrina e de mediadores inflamatórios na derme. Todas essas anormalidades vasculares que acometem o sistema tegumentar podem culminar no aparecimento da úlcera venosa (BORGES, 2011).

Ainda não se tem exatidão para explicar a patogênese da úlcera venosa. Contudo, algumas teorias estão descritas. A mais aceita delas é a **teoria clássica**, que defende que a hipertensão crônica no interior dos vasos danifica as suas paredes. Essas lesões aumentarão a permeabilidade capilar, permitindo a saída de macromoléculas do lúmen para a pele – principalmente fibrinogênios, hemácias, plaquetas e outras. Além disso, outros componentes também serão liberados, como os neutrófilos, monócitos, eosinófilos, radicais livres, prostaglandinas, interleucinas, fator ativador de plaquetas e outros que desencadearão uma inflamação crônica tissular. Esse processo provocará alterações cutâneas como edema, eczema, hiperpigmentação e a lipodermatoesclerose, favorecendo a incidência da úlcera (BORGES, 2011).

Outra teoria que se propõe a explicar o aparecimento da úlcera venosa é a teoria de **cuff de fibrina** dizendo que a pressão elevada constante causa a formação de vários pequenos capilares ou torna os capilares existentes tortuosos, alargando os poros intersticiais, provocando o extravasamento de fibrinogênio, que se polimerizará em fibrinas insolúveis, formando uma bainha (*cuff*) ao redor dos capilares da derme, que funcionará como um manguito e impedirá a difusão do oxigênio e nutrientes para o tecido, resultando em morte tecidual e ulceração (FRANÇA; TAVARES, 2003; BORGES, 2011; SCEMONS; ELSTON, 2011).

A **teoria dos leucócitos** ou *White cell trapping theory* postula que a hipertensão causa a redução da velocidade do fluxo sanguíneo pelo sistema capilar, favorecendo o depósito de leucócitos na parede do endotélio. Esses leucócitos entrariam em contato com moléculas de adesão, sendo ativados e liberando citoquinas e radicais livres no leito venoso, provocando uma reação inflamatória, causando danos

celulares que levariam à morte do tecido e ulceração (FRANÇA; TAVARES, 2003; BORGES, 2011; SCEMONS; ELSTON, 2011).

A **teoria de bloqueio de fatores de crescimento** sugere que o fibrinogênio e outras macromoléculas que saem dos capilares permeáveis se aglutinariam ou aprisionariam os fatores de crescimento e outras substâncias necessárias para a manutenção da integridade do tecido normal e cicatrização, propiciando o aparecimento e a manutenção da úlcera (FRANÇA; TAVARES, 2003; BORGES, 2011; SCEMONS; ELSTON, 2011).

A úlcera venosa é caracterizada por ser de desenvolvimento lento, ocorrer com maior frequência na face medial da região distal da perna, próximo ao maléolo medial, de tamanho médio a grande, geralmente superficial, acometendo epiderme e derme, exsudativa, mais comumente apresentando-se seroso ou serossanguinolento, seu leito rico em tecido de granulação e esfacelos, iniciando de forma espontânea ou traumática, estando presente o edema, o eczema, a hiperpigmentação e a lipodermatoesclerose (FRANÇA; TAVARES, 2003; SCEMONS; ELSTON, 2011).

O tratamento para essas lesões, por ser de longo período, tem custo operacional alto, tanto individual quanto no investimento de tempo e trabalho das equipes de saúde (SILVA; MOREIRA, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2016).

Todavia, os custos ao indivíduo com úlcera venosa não são facilmente mensuráveis, pois a sua presença pode levar ao isolamento social, à diminuição da autoestima, à alteração na imagem corporal, ao convívio com a dor, dentre outros prejuízos importantes a várias dimensões da qualidade de vida (DIAS *et al.*, 2013; ARAÚJO *et al.*, 2016).

Frente ao exposto, a conduta do profissional que cuida de pessoas acometidas por essas lesões será de fundamental importância. A elaboração do plano de cuidados de enfermagem deve ser adequado a todas as necessidades dessa clientela de modo a promover a assistência integral, com práticas assistenciais que busquem incluir o usuário no seu plano terapêutico e que o compreenda como um ser total dotado de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais (SILVA *et al.*, 2016).

2.2 O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO A PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA

Nos primórdios, a prática de cuidados em feridas era empírica, relacionada a costumes, o que foi se modificando com os avanços do conhecimento científico e tecnológico. O tratamento de feridas caminhou junto com a história da construção da enfermagem enquanto profissão, já que esta sempre esteve no papel de principal cuidadora de lesões. Nessa crescente evolução, destaca-se a importância da autonomia do cuidado, respaldada por regulamentações da prática, protocolos e diretrizes clínicas (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

O tratamento de feridas é uma especialidade da enfermagem, reconhecida pela Sociedade Brasileira de Estomaterapia (SOBEST) e pela Sociedade Brasileira de Enfermagem Dermatológica (SOBEND), garantindo autonomia e impetrando responsabilidades (FERREIRA; BOGAMIL; TORMENA, 2008).

Em 2015, o COFEN, por meio da resolução nº 501, regulamentou a competência da equipe de enfermagem no cuidado às feridas. Estabelece ao enfermeiro: o cuidado direto às feridas de maior complexidade; a realização do debridamento instrumental, autolítico, químico ou mecânico; a prescrição de medicamentos/coberturas; a avaliação do estado nutricional; a utilização de tecnologias comprovadas na prevenção e cuidado às feridas; dentre outros. Ainda, essa resolução confere ao enfermeiro a possibilidade de “abertura de consultório de enfermagem para a prevenção e cuidado às feridas de forma autônoma e empreendedora” e destaca que “o procedimento de prevenção e cuidado às feridas deve ser executado no contexto do Processo de Enfermagem” (COFEN, 2015).

Cabe ao enfermeiro, na atenção integral à pessoa com lesão, o papel de executor, orientador e supervisor nos cuidados às feridas (COFEN, 2015). Para que esse processo seja eficaz, é imprescindível que o enfermeiro faça uma avaliação precisa de todos os aspectos que interferem no processo de cicatrização, desde as

patologias de base, perpassando pelos nutricionais, infecciosos, medicamentos e educativos (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008), e aqueles em especial que comprometem a pessoa com úlcera venosa.

A enfermagem tem demonstrado interesse em buscar evidências científicas para solucionar problemas complexos da prática assistencial, entre eles o tratamento de feridas, na busca por cursos de capacitação e estudos. Contudo ainda evidencia-se a falta de conhecimento dos profissionais quanto aos cuidados, mecanismos de ação e resultados decorrentes do uso de produtos para o tratamento de lesões, além de que, em alguns momentos, há ausência de recursos materiais, trabalho interdisciplinar e treinamentos específicos para que se preste um atendimento de qualidade (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Um estudo realizado em um hospital de ensino público no Espírito Santo com o objetivo de avaliar o conhecimento dos enfermeiros sobre a avaliação e tratamento de feridas e descrever a prática clínica no cuidado com feridas por meio de entrevistas a 55 enfermeiros demonstrou que 92,7% apresentaram conhecimento regular ou inadequado sobre o tema, concluindo que a maioria dos enfermeiros apresenta grau de conhecimento inferior ao desejado em relação aos cuidados a pessoa com feridas (FARIA *et al.*, 2016).

Em relação aos cuidados à pessoa com úlcera venosa, um estudo em Évora, Portugal, destacou excelente nível de conhecimento autorreferido dos enfermeiros que atuam nos cuidados de saúde primários daquela cidade, nos aspectos relativos a fisiopatologia, sinais e sintomas, conduta terapêutica, critérios na escolha do curativo, orientação do usuário no tratamento e cuidados com a lesão (TORRES, 2011). Todavia, na Atenção Básica brasileira, estudo realizado com usuários adultos com úlcera venosa, atendidos nas Unidades de Saúde da Família de uma cidade da Zona da Mata de Minas Gerais, concluiu que o manejo clínico ofertado pelos enfermeiros difere do que é preconizado na literatura científica, evidenciando a necessidade de capacitação permanente desses profissionais (SILVA *et al.*, 2012). Percebe-se que, internacionalmente, há um adiantamento em relação às práticas brasileiras, fato que destaca a situação socioeconômica como diferencial (JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015).

A abordagem a pacientes com úlcera venosa precisa ser holística e integral, já que a etiologia é complexa, com vários fatores associados e que interferem diretamente na qualidade de vida dessas pessoas (TORRES *et al.*, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2016). Deve considerar fatores locais, sistêmicos e externos que incidem no aparecimento da ulceração e interferem no processo de cicatrização. As melhores práticas de enfermagem para pessoas com úlcera venosa relacionam-se à avaliação geral do paciente, avaliação da perna e da úlcera quanto às suas características, abrindo destaque para a realização do índice de pressão tornozelo-braço (ITB), documentação dos achados clínicos, cuidados de limpeza da lesão e da pele perilesional, indicação de medicamentos e coberturas, uso de terapia compressiva tanto para cicatrização quanto para prevenção de recidiva e avaliação da necessidade de encaminhamentos para equipe multiprofissional (BORGES, 2011).

Além de capacitações, sistematizar a assistência pode garantir qualidade de atendimento. Alguns estudos mostram que ainda é incipiente a prática da SAE no Brasil para o atendimento a pessoas portadoras de úlceras (NUNES, 2006; MARTINS; SOUZA, 2007).

Sistematizar a assistência pressupõe um conjunto de ações sequenciais para que se alcance determinado fim, possibilitando a escolha do melhor método disponível do ponto de vista científico, fundamentando a tomada de decisão e garantindo registro adequado da assistência prestada (COFEN, 2009).

A SAE para pessoas com úlceras deve ser executada no contexto do PE, compreendendo que este é um instrumento metodológico e sistemático para a prestação do cuidado (COFEN, 2015). Dessa forma, se propõe a organizar a assistência por meio de etapas definidas, a saber: histórico de enfermagem (com a finalidade de obter informações a respeito do processo de saúde e doença), diagnóstico de enfermagem (interpretação e agrupamento das informações colhidas), planejamento (determinação dos resultados que se pretende alcançar e das intervenções de enfermagem que serão executadas mediante os diagnósticos), implementação (realização das intervenções planejadas) e avaliação (verificação das mudanças ocorridas, de alcance ou não dos resultados planejados e da necessidade de mudança ou adaptação nas etapas do PE) (COFEN, 2009).

O PE deve estar fundamentado num arcabouço teórico e filosófico que oriente a coleta de dados e organize o raciocínio clínico do enfermeiro para estabelecer os diagnósticos, definir as ações que serão implementadas e as metas a serem alcançadas (COFEN, 2009; MCEWEN; WILL, 2016).

Nesse sentido, a consulta de enfermagem para a pessoa com úlcera venosa deve ser subsidiada por uma teoria que compreenda o ser humano na sua integralidade, como parte do universo, sujeito a equilíbrios e desequilíbrios nas suas relações.

Dentro do PE, na etapa que se destina ao diagnóstico, o enfermeiro deve agrupar e interpretar dados colhidos na etapa anterior, o histórico de enfermagem, representando com mais exatidão as respostas do indivíduo, família ou comunidade ao processo saúde e doença, de onde serão indicadas as intervenções para que se alcance um resultado esperado (COFEN, 2009).

Os julgamentos clínicos para as tomadas de decisão pelos enfermeiros nos cuidados a pessoa com úlcera venosa são complexos. Diagnósticos errôneos levam a escolhas de tratamento incorretos, impactando nas taxas de cicatrização e qualidade de vida. Um estudo no Reino Unido feito com enfermeiros de um serviço básico de saúde demonstrou que o nível de precisão de diagnóstico foi insatisfatório, fato que pode ser explicado pela adoção de estratégias de decisão baseadas em experiências individuais, não podendo ser extrapoladas para o coletivo (ADDERLEY; THOMPSON, 2015).

Uma forma de se minimizar a indicação de diagnósticos imprecisos é utilizando-se de taxonomias ou classificações de enfermagem que objetivam padronizar a linguagem de enfermagem e auxiliar no raciocínio clínico.

2.3 A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE[®])

Dentro as terminologias desenvolvidas no mundo para apoiar o registro e a análise de enfermagem, podem ser citadas a Classificação Clínica dos Cuidados (CCC); a CIPE[®], a classificação de diagnósticos de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA); a classificação das intervenções de enfermagem – Nursing Interventions Classification (NIC); a classificação dos resultados de enfermagem – Nursing Outcomes Classification (NOC); o conjunto de dados mínimos do cuidado ao paciente – Patient Care Data Set (PCDS) e o léxico e terminologia para intervenções de enfermagem – Nursing Interventions Lexicon Terminology (NILT). As mais usuais no Brasil são CIPE[®], NANDA, NIC e NOC (FULY; LEITE; LIMA, 2008).

A CIPE[®] é uma terminologia que se propõe a nomear, classificar e vincular fenômenos que descrevem a prática de enfermagem, julgando necessidades humanas e sociais por meio dos diagnósticos de enfermagem, que exigirão ações e intervenções para produzir resultados de enfermagem (GARCIA, 2016).

Em 1996 o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), órgão responsável pela concepção e desenvolvimento da CIPE[®], publica a primeira versão dessa taxonomia, a Versão Alfa, seguidas pelas versões Beta (em 1999) e Beta 2 (em 2001). Essas versões estavam estruturadas em duas classificações (a de fenômenos e a de ações de Enfermagem) e um total de 16 eixos. A versão 1.0, divulgada em 2005, abarca uma única estrutura de classificação, organizada em sete eixos, o modelo 7 eixos (Figura 1), que permite acesso rápido a agrupamentos de enunciados preestabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, os chamados catálogos ou subconjuntos CIPE[®], direcionados a clientelas, prioridades de saúde ou fenômenos de enfermagem (GARCIA, 2016).

Assim, o eixo Foco seria uma área de atenção de interesse da Enfermagem; o eixo Julgamento, uma opinião clínica ou determinação relacionada ao foco; o Cliente, a quem se destina o diagnóstico e a intervenção; A Ação, um processo aplicado a um cliente; Os Meios seria um método para se realizar uma intervenção; A Localização,

uma orientação anatômica e espacial de um diagnóstico ou intervenção de Enfermagem; e, o Tempo, o momento, período, intervalo ou duração de uma ocorrência (ICN, 2008).

Figura 1 – Modelo Sete Eixos da CIPE®.



Fonte: Garcia; 2016.

Na construção de um enunciado de diagnóstico ou resultado, faz-se necessária a inclusão de um termo do eixo Foco e um termo do eixo Julgamento, podendo incluir termos de todos os eixos de acordo com a necessidade. Para um enunciado de intervenção de enfermagem inclui-se um termo do eixo Ação e pelo menos um termo do eixo Alvo (Trata-se de um termo de qualquer eixo, exceto do eixo julgamento), podendo-se incluir termos de quaisquer eixos, conforme necessidade (ICN, 2008).

Além do modelo 7 eixos, o CIE também considera para a construção dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem a ISO 18104:2014 – Modelo de Terminologia de Referência para a Enfermagem, da *International Organization Standardization* (ISO). Considera diagnóstico de enfermagem “um título atribuído a um achado, evento, situação ou outro aspecto da saúde, resultantes de uma coleta de dados, para indicar que são considerados pela(o) enfermeira(o) e pelo sujeito do cuidado como sendo merecedores de

atenção”. Pode ser expresso como um julgamento sobre um foco (deve-se ter um descritor para o julgamento e um descritor para o foco) ou como uma expressão simples de um achado clínico.

No intuito de facilitar a documentação da prática e simplificar o uso da classificação CIPE[®], o CIE estimula a elaboração de subconjuntos terminológicos, que são conjuntos de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem direcionados a determinadas condições de saúde, especialidades de saúde ou contextos de cuidados ou fenômenos de enfermagem. As prioridades de saúde estabelecidas pelo CIE para o desenvolvimento dos subconjuntos estão distribuídas em três áreas, sendo condições de saúde (ex. diabetes, saúde mental), especialidades de saúde ou contextos de cuidados e fenômenos de Enfermagem (ICN, 2008).

Compreende-se que pessoas com úlcera venosa fazem parte de uma clientela prioritária para a prática de enfermagem. Assim, criar um subconjunto CIPE[®] destinado a esses pacientes pode ser importante para a qualificação da assistência de enfermagem prestada a essa população.

2.4 DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE SUBCONJUNTOS TERMINOLÓGICOS DA CIPE[®]

Compreendendo a complexidade da aplicabilidade da CIPE[®] nos diferentes cenários, o CIE passou a incentivar o desenvolvimento de subconjuntos e, em 2008, por meio de uma cartilha, propôs dez passos para sua construção: 1) identificar a categoria de clientes e prioridade de saúde; 2) documentar a significância da prioridade de saúde e do grupo de clientes selecionados; 3) comunicar-se com o CIE; 4) utilizar-se do modelo de sete eixos para a construção dos enunciados de diagnóstico, resultado e intervenção; 5) utilizar-se de revisão de literatura no auxílio para identificar enunciados de diagnóstico, resultado e intervenção; 6) desenvolver aplicações de suporte ou instrumentos de documentação com o objetivo de orientar a prática para o uso do catálogo; 7) validar os enunciados propostos com a clientela a que se destina e com enfermeiros expertises; 8) adicionar, eliminar ou rever

enunciados após orientação do passo de validação; 9) submeter o catálogo proposto à avaliação do CIE; e 10) auxiliar o CIE na divulgação do catálogo (ICN, 2008).

Em 2010, Coenen e Kim propuseram outra metodologia para o desenvolvimento de subconjuntos baseada em seis passos: 1) identificação da clientela ou prioridade de saúde; 2) coleta de termos e conceitos; 3) mapeamento entre os conceitos identificados e a CIPE[®]; 4) modelagem de novos conceitos; 5) finalização do subconjunto; e 6) disseminação do subconjunto (CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017).

Pautando-se nos dois modelos anteriores, Cubas e Nóbrega (2015) descreveram um terceiro modelo para o desenvolvimento de um subconjunto terminológico CIPE[®], devendo seguir quatro etapas: 1) identificar os termos relevantes para a clientela ou a prioridade de saúde; 2) mapeamento cruzado dos termos identificados com os termos da CIPE[®]; 3) construção dos enunciados de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem; e 4) estruturação do subconjunto. Identificar a clientela a que se destina ou a prioridade de saúde, escolher um modelo teórico que estruture e justificar a sua importância para a enfermagem são pré-requisitos para a construção do subconjunto.

O CIE incentiva a utilização de diversas metodologias para a construção de um subconjunto. Contudo, há uma necessidade de se detalhar os passos metodológicos utilizados, já que, quando não descritos, comprometem a sua reprodução (CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017).

A fim de disseminar a utilização internacional da CIPE[®], a partir de 2003, o CIE passa a desenvolver centros para pesquisas e desenvolvimento da CIPE[®]. São instituições, associações ou grupos semelhantes que, acreditados pelo CIE, contribuem para a pesquisa e o desenvolvimento da CIPE[®], fortalecendo a enfermagem, seja em âmbito local, regional ou global. Atualmente, existem 13 centros espalhados pelo mundo, sendo um destes o Centro para Pesquisa e Desenvolvimento da CIPE[®] da Universidade Federal da Paraíba, localizado na cidade de João Pessoa, Paraíba (GARCIA, 2016).

Esse centro vem apoiando estudos para o desenvolvimento de subconjuntos CIPE[®] em programas de pós-graduação, a partir da produção de dissertações e teses.

Exemplos de subconjuntos elaborados até o momento: pacientes com insuficiência cardíaca congestiva; dor oncológica; pessoas idosas institucionalizadas; pessoas idosas na comunidade; e pessoas com diabetes mellitus na atenção especializada. Ainda, estão em andamento à validação do subconjunto para dor oncológica e a elaboração de subconjuntos para: adultos com sepse; mulheres no contexto de vulnerabilidade ao HIV; e pessoas com estomia de eliminação intestinal. O referido Centro também apoia a produção de estudos na temática dentro de outros programas, sendo: o de acompanhamento do desenvolvimento da criança de 0 a 3 anos de idade e para crianças e adolescentes vulneráveis à violência doméstica, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP); o de Enfermagem em Cuidados Paliativos para um morrer com dignidade, na Universidade Federal da Bahia (UFBA); o de cuidado para com as pessoas com eventos adversos pós-vacinação, na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCR); e os para idosos na Atenção Primária e para idosos com traumas musculoesqueléticos de membros inferiores, na Universidade Estadual do Ceará (UECE) (CARVALHO; CUBAS; NÓBREGA, 2017).

Por meio de uma busca à página de internet do ICN verifica-se a existência dos subconjuntos terminológicos CIPE® sobre Enfermagem Comunitária; Cuidados Paliativos; Enfermagem em Desastres; Cuidado de Crianças com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS); Indicadores de Resultados de Enfermagem; Manejo da Dor Pediátrica; Cuidados de Enfermagem Pré-natal; e Parceria com Indivíduos e Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento. Neste mesmo site há menção dos seguintes subconjuntos terminológicos em andamento: Cuidados a Clientes Pediátricos Hospitalizados; Cuidados Especiais em Creche; Saúde Mental de Adultos Hospitalizados; Cuidados no pós-cirúrgico de substituição total de quadril; e Prevenção de Úlcera por Pressão (ICN, 2017).

Dessa forma, compreendendo a relevância para as práticas de enfermagem no cuidado às pessoas com úlcera venosa, já mencionadas nesse estudo, a não existência de subconjunto para esta clientela, justifica-se a criação do catálogo, acreditando-se estar em consonância com os pilares estabelecidos pelo CIE para o desenvolvimento da CIPE® e o desenvolvimento da enfermagem.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Elaborar o Subconjunto terminológico CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa orientado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem da CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa orientado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta.
- Validar os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções propostas para o cuidado à pessoa com úlcera venosa.
- Estruturar o Subconjunto terminológico CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa orientado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 A TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS SUBSIDIANDO AÇÕES INTEGRAIS DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA

As teorias são pressupostos, princípios capazes de explicar fenômenos de interesse da enfermagem para orientar a assistência. Assim, objetivam fortalecer a enfermagem enquanto uma ciência aplicada à prática e uma ciência humana. Podem incorporar conceitos de saberes de ciências estruturadas, que convergem com valores da profissão (MCEWEN; WILL, 2016).

O fortalecimento da enfermagem enquanto profissão, disciplina e ciência acentua-se a partir da década de 1950, com a apropriação por essa categoria da primeira teoria de enfermagem descrita por Florence Nightingale, em 1859, nas suas *Notes on Nursing*, evoluindo ao longo desses anos (GEORGE, 2000; MCEWEN; WILL, 2016).

As teorias na enfermagem podem ser classificadas em grandes teorias, quando são mais complexas, abstratas e de maior âmbito; em teorias de médio alcance, quando são práticas, específicas para certas situações, mais concretas; ou ainda teorias práticas ou microteorias, quando referem-se a fenômenos específicos, menos complexos (MCEWEN; WILL, 2016).

No Brasil, na década de 1970, iniciou-se um movimento com Wanda de Aguiar Horta, enfermeira pioneira e visionária, quando esta apresenta a sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas, desenvolvida a partir da teoria da motivação humana, de Maslow, que se fundamenta nas necessidades humanas básicas. Seu livro foi publicado em 1979, sofrendo atualização para o contexto atual da enfermagem (HORTA, 2011).

Para Horta (2011), a enfermagem é um serviço prestado ao ser humano e é parte integrante da equipe de saúde. A enfermagem é a ciência de assistir o ser humano no atendimento das suas necessidades básicas, para que ele evolua na independência dessa assistência, ensinando o autocuidado. Portanto, para o

completo bem-estar do ser humano, as suas necessidades básicas precisam ser atendidas.

A Teoria de Motivação Humana, de Abraham Maslow, psicólogo norte-americano, criador da Hierarquia das Necessidades, postula que o indivíduo só procura satisfazer as suas necessidades de um nível quando há um mínimo de satisfação no nível anterior. Esse mínimo varia de indivíduo para indivíduo. Contudo, nunca há satisfação completa, caso contrário, não haveria motivação. Essas necessidades foram hierarquizadas em cinco níveis: fisiológicas, de segurança, de amor, de estima e de autorrealização. Apesar de ter se inspirado em Maslow, Wanda Horta adota a classificação de João Mohana, distribuída em três dimensões, apresentadas no Quadro 1: as psicobiológicas, as psicossociais e as psicoespirituais (HORTA, 2011).

Quadro 1 – Classificação das Necessidades Humanas Básicas.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS
Oxigenação	Segurança
Hidratação	Amor
Nutrição	Liberdade
Eliminação	Comunicação
Sono e repouso	Criatividade
Exercício e atividades físicas	Aprendizagem
Sexualidade	Sociabilidade
Abrigo	Recreação
Mecânica Corporal	Lazer
Motilidade	Espaço
Cuidado corporal	Orientação no tempo e espaço
Integridade cutaneomucosa	Aceitação
Integridade física	Autorrealização
Regulação	Autoestima
Locomoção	Participação
Percepção	Autoimagem
Ambiente	Atenção
Terapêutica	
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
Religiosa ou teológica, ética ou de filosofia de vida	

Fonte: a autora, adaptado de Horta, 2011.

As Necessidades Humanas Básicas são compreendidas como estados de tensão que podem causar desequilíbrio homeostático/homeodinâmico, sendo a estabilidade vital ao ser humano. O desequilíbrio gera problemas de enfermagem, exigindo cuidados de enfermagem objetivando atender às necessidades prejudicadas. (HORTA, 2011).

Horta (2011) traz como princípios que a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano, que é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio, que todo cuidado de enfermagem é preventivo, curativo e para reabilitação, que a enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e uma comunidade e que a enfermagem reconhece o ser humano como elemento participante ativo no seu autocuidado.

Esse foi o modelo escolhido para ofertar aporte teórico na organização do subconjunto terminológico CIPE® para o cuidado à pessoa com úlcera venosa, haja vista ser uma teoria muito utilizada nesse tipo de estudo (CLARES; FREITAS; GUEDES, 2014) e mostra-se aplicável para pessoas com úlcera venosa, já que o seu objeto dialoga com as necessidades básicas afetadas nesses indivíduos. O modelo de Horta permite a organização da coleta de dados baseado nas Necessidades Humanas Básicas e possibilita também a definição das necessidades afetadas em relação aos problemas de enfermagem que exigem intervenção e a evolução de enfermagem. Essa teoria sustentará o PE.

5 METODOLOGIA

5.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo buscou elaborar o Subconjunto terminológico CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa, sendo esse subconjunto considerado um instrumental tecnológico para a prática da enfermagem. Portanto, trata-se de um estudo metodológico, pois busca o desenvolvimento, a validação e a avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (POLIT; BECK, 2011; LACERDA; COSTENARO, 2016).

No estudo metodológico, devem ser seguidas as seguintes etapas: definição do que deve ser representado; definição dos itens a serem pesquisados e posteriormente representados; desenvolvimento de instruções para o uso do instrumento; e testes de confiabilidade e validade (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

Para o desenvolvimento das definições dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, utilizaram-se os seguintes passos metodológicos: 1) identificação e validação das evidências empíricas relacionadas à úlcera venosa descritas na literatura; 2) mapeamento das evidências com os termos da CIPE[®]; 3) elaboração dos enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e construção das definições operacionais; 4) validação dos enunciados construídos de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem com juízes; e 5) organização e estruturação do Subconjunto CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa.

5.2 IDENTIFICAÇÃO DAS EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS CONTIDAS NA LITERATURA RELACIONADAS À ÚLCERA VENOSA

A fim de identificar as evidências empíricas para a prática de enfermagem sobre a pessoa com úlcera venosa dispostas na literatura, fez-se a Revisão Integrativa (RI).

A RI de literatura permite uma síntese dos principais estudos publicados a cerca do assunto, auxiliando na tomada de decisão para a prática baseada em evidência científica (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; POLIT; BECK, 2011). Foram seguidas as seis etapas sugeridas na literatura para a produção da RI, a saber: seleção da questão de pesquisa, seleção de amostragem, informações a serem extraídas dos estudos ou coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para nortear a escolha dos estudos, foi feita a seguinte pergunta: **Quais as evidências empíricas apresentadas na pessoa com úlcera venosa?**

Os artigos científicos foram buscados nas bases de dados científicas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), como também na Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Para a busca na BVS foram utilizados os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), cruzando-os por meio do operador booleano AND: “**Úlcera Varicosa**” e “**Enfermagem**”, em inglês: “**Varicose Ulcer**”, “**Nursing**”, e, em espanhol: “**Úlcera Varicosa**”, “**Enfermería**”. Para a busca na CINAHL foram utilizados termos “Medical Subject Headings” (MESH): “**Varicose Ulcer**”, “**Nursing**”. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: ter resumo disponível, estar em português, inglês ou espanhol; e publicados entre 2012 e 2016. Como critérios de exclusão foram tidos: relatos de casos, teses, monografias, manuais e trabalhos que não apresentavam manifestações clínicas da úlcera venosa.

Os títulos e resumos foram lidos por dois pesquisadores diferentes quando foram aplicados os critérios de exclusão. Havendo divergências, foram sanadas por consenso, chegando à seleção final dos textos para leitura na íntegra.

Foi realizada, por dois pesquisadores de forma independente, a extração manual das evidências empíricas importantes para a prática de enfermagem, aqui

entendidas como um conjunto de características comprovadas através de estudos relacionados à pessoa com úlcera venosa (POLIT; BECK, 2011). Destaca-se que as evidências foram extraídas de todo o artigo, exceto da introdução e da metodologia.

As evidências identificadas passaram por um processo de análise pela pesquisadora e mais outros dois pesquisadores, um enfermeiro estomaterapeuta e uma enfermeira que atende pessoas com úlcera venosa na atenção básica de saúde. Quando alguns termos destacados foram excluídos por não estarem dentro do domínio da enfermagem ou não serem úteis na prática profissional, outros foram agrupados e normatizados quanto à grafia de modo a facilitar o cruzamento com os termos da CIPE®.

5.3 MAPEAMENTO CRUZADO DAS EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS COM OS TERMOS CONSTANTES NA CIPE® PARA ELABORAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE DIAGNÓSTICO/RESULTADO DE ENFERMAGEM E CONSTRUÇÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS

Findada a etapa de definição das evidências, iniciou-se a construção dos enunciados de diagnóstico e resultados de enfermagem através do cruzamento das evidências empíricas, com os termos da CIPE® versão 2015.

O mapeamento cruzado tem por objetivo ajustar os termos à padronização da enfermagem, e, para tal, é necessário que se determine semelhanças e diferenças entre os termos com os da base de referência, aqui a CIPE® 2015, ligar esses termos e agrupar os novos termos (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

Baseando-se no Modelo 7 Eixos, para cada evidência empírica selecionou-se um termo constante no eixo Foco e um termo do eixo Julgamento, com a inclusão de termos adicionais quando necessário, dos eixos Foco, Julgamento ou de outros eixos. Ainda, foram criados novos diagnósticos/resultados de enfermagem quando não encontrados na CIPE®, versão 2015.

Nessa construção, também considerou-se a norma ISO 18.104:2014 - Informática em saúde: estruturas categoriais para representação de diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem em sistemas terminológicos, onde um diagnóstico de enfermagem pode ser expresso tanto como um foco junto a um descritor para julgamento ou um achado clínico (ISO, 2014).

Para cada diagnóstico foi estabelecida a sua respectiva definição operacional, com o objetivo de descrever o conceito do termo relacionado à evidência empírica encontrada na pessoa com úlcera de perna e, para tal, consultou-se livros da área, artigos científicos, manuais, livros textos da enfermagem e dicionários.

Terminologia, classicamente, objetiva a descrição dos objetos em suas especificidades, para que nenhum objeto se confunda com outro objeto, reunindo os termos empregados em uma área técnica ou científica. A definição canônica, utilizada para a construção das definições operacionais do presente estudo, forma-se pelo “termo que representa o objeto” + verbo ser + “artigo definido ou indefinido” + “classe a que pertence o objeto” + “características da espécie” (GARCIA, 2016).

5.4 ELABORAÇÃO DOS ENUNCIADOS DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Para cada diagnóstico de enfermagem foram elaborados um bloco de enunciados de intervenções de enfermagem, considerando o Modelo 7 Eixos, quando utilizou-se um termo do eixo Ação e um termo Alvo, que pode pertencer a qualquer um dos eixos, exceto do eixo Julgamento. Além do mapeamento cruzado com a CIPE®, versão 2015, também foi considerada a norma ISO 18.104:2014, com um descritor para ação e pelo menos um descritor para alvo, exceto quando o alvo é o próprio sujeito do registro, podendo ser qualificado por tempo ou período em que a ação ocorre. Para tal, foram utilizados livros de referência na área de úlcera venosa e de enfermagem, além da experiência da pesquisadora.

5.5 PROCESSO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO SUCONJUNTO CIPE® PARA O CUIDADO À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA POR JUÍZES

O subconjunto de diagnósticos/resultados/intervenções de enfermagem foi submetido à validação de conteúdo por consenso através de juízes enfermeiros da Atenção Básica do Município de Vitória que atendem pessoas com úlcera venosa.

O processo de validação busca verificar a legitimidade de algo, indicar se o instrumento, de fato, mede aquilo que se propõe a medir. O presente estudo buscou a validação de conteúdo porque preocupou se as questões descritas representam o universo de todas as questões relacionadas ao assunto (POLIT; BECK, 2011; CUBAS; NÓBREGA, 2015; LACERDA; COSTENARO, 2016).

A validação por consenso segue um modelo retrospectivo de validação, quando utiliza-se da experiência dos enfermeiros a respeito de problemas de saúde para identificar os diagnósticos de enfermagem (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

A escolha dos juízes enfermeiros deu-se por conveniência, por indicação da pesquisadora, dos orientadores e da enfermeira estomaterapeuta, referência em feridas, coordenadora do grupo de cuidados com a pele da Prefeitura de Vitória, tendo como critérios trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Vitória e atender pessoas com úlcera venosa.

Pode ser uma limitação do estudo o grupo de juízes serem de apenas um município, já que limita-se há uma única realidade, todavia, justifica-se pela importância de se ter um encontro presencial a fim de apresentar o estudo, a CIPE® e a teoria das Necessidades Humanas Básicas e exaurir a discussão para validação por consenso.

Para a validação por enfermeiros, é importante que estes tenham familiaridade com as características diagnósticas a serem testadas (CUBAS; NÓBREGA, 2015). Nesse estudo, portanto, a amostragem por conveniência torna-se adequada, já que é útil quando se quer um tipo de participantes em potencial (POLIT; BECK, 2011).

Os juízes selecionados foram contatados via carta convite (APÊNDICE A), quando foram esclarecidos do propósito da pesquisa e quando foi indicado hora e local para participação no grupo, caso aceitassem o convite. Foram convidados 13 enfermeiros, além da coordenadora do grupo de cuidados com a pele, intencionando-se compor um grupo pequeno e homogêneo que facilitasse a metodologia proposta.

Solicitou-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e ofertou-se, nos 30 minutos iniciais do encontro, uma breve orientação a respeito da pesquisa, da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, como também da CIPE[®].

Dando continuidade, foi entregue aos participantes um formulário (APÊNDICE C) do subconjunto terminológico CIPE[®], organizado dentro do referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Horta e, para cada enunciado de diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem, um espaço para assinalar a concordância ou não do juiz quanto à relação com a pessoa com úlcera venosa. A parte final do formulário continha o quadro para a caracterização dos juízes. Foi entregue, também, formulário contendo as definições operacionais dos diagnósticos.

Ofertou-se um tempo de uma hora para leitura do material. Após isso foram discutidos somente os itens em que havia discordância e, por consenso, tomadas as decisões de permanecer com o enunciado, retirar o enunciado ou reescrevê-lo. Destaca-se que os enunciados foram considerados válidos na presença de 100% de consenso.

O tempo estimado para essa ação foi de uma hora e meia.

A discussão foi gravada em suporte áudio e, posteriormente, a pesquisadora escutou cuidadosamente quando procedeu a redação das alterações propostas.

Findado o grupo, as alterações foram redigidas pela pesquisadora e socializadas com os participantes via correio eletrônico, que tiveram o tempo de sete dias para leitura e apontamentos quanto à redação.

5.6 ORGANIZAÇÃO E ESTRUTURAÇÃO DO SUCONJUNTO CIPE® PARA O CUIDADO À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA POR JUÍZES

Segundo o CIE, não há um modelo teórico ou conceitual específico para a organização do catálogo CIPE®, podendo ser estabelecido pelo enfermeiro que o elabora (ICN, 2008). Assim, os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem propostos foram organizados sob a ótica do referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Para Cubas e Nóbrega (2015), nessa etapa final de estruturação do subconjunto terminológico da CIPE®, devem ser seguidas as orientações do CIE. O subconjunto deverá conter uma mensagem aos leitores, a importância deste para a enfermagem, a inserção da enfermagem no modelo teórico escolhido, a lista de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, um tutorial de utilização do subconjunto, um instrumento de aplicação para estudos clínicos e a bibliografia utilizada (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

5.7 CENÁRIO

O cenário para o desenvolvimento do estudo é a Atenção Básica de Saúde do Município de Vitória.

Vitória, capital do Estado do Espírito Santo, integra a Região Metropolitana da Grande Vitória, juntamente com os municípios de Serra, Cariacica, Viana, Vila Velha, Fundão e Guarapari. Na territorialização administrativa, Vitória se divide em oito Regiões (Centro, Santo Antônio, Bento Ferreira, Maruípe, Praia do Canto, Continental, São Pedro e Jardim Camburi) e 79 Bairros (VITÓRIA, 2015).

O Sistema Municipal de Saúde de Vitória se organiza sobre bases territoriais, onde a distribuição dos serviços segue uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, compreendendo o território de saúde para muito além de uma delimitação

geográfica, como um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem as suas relações sociais, trabalham, cultivam as suas crenças e a sua cultura (VITÓRIA, 2015).

O Município de Vitória, no que se refere à sua Atenção Básica em saúde, divide-se em seis Regiões (Continental, Maruípe, Centro, Santo Antônio, São Pedro e Forte São João). São 30 UBS: sendo quatro UBS sem Estratégia Saúde da Família (ESF), três com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e 23 com ESF. São 78 Equipes de Saúde da Família e quatro equipes de Estratégia de Agente Comunitário de Saúde, ofertando uma cobertura de 80% da população (VITÓRIA, 2015).

Vale destacar que o município dispõe de aproximadamente cem enfermeiros distribuídos nas UBS, na sua maioria profissionais com vínculo empregatício estatutário (VITÓRIA, 2016).

5.8 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa está contida num estudo mais abrangente que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o título de “Instrumento para a implantação do Processo de Enfermagem à Pessoa com Úlcera de Perna”, de CAAE nº 61423516.7.0000.5060 (Anexo A), conforme Resolução nº 466/2012. Os dados, junto aos juízes do processo de validação, foram colhidos mediante assinatura em duas vias do TCLE (APÊNDICE B). Garantindo a confidencialidade do estudo, os Juízes estão identificados como J1, J2 e assim sucessivamente, por ordem de assinatura do TCLE e abordagem feita pelos pesquisadores.

Ainda, para que a pesquisa pudesse ser desenvolvida no Município de Vitória, foi submetida à apreciação da Secretaria Municipal de Saúde, recebendo Carta de anuência (Anexo B).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 PRODUÇÃO TÉCNICA

Título: Cuidado à pessoa com úlcera venosa: Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Equipe técnica: Enf^a. Araceli Partelli Grasse, Prof^a. Sheilla Diniz Silveira Bicudo e Prof. Thiago Nascimento do Prado.

Introdução: As úlceras venosas são graves problemas de saúde, haja vista sua alta prevalência na população mundial, serem de tratamento longo, com alta recidiva e causando incapacidades, sofrimento, gastos financeiros e prejuízos à qualidade de vida das pessoas que as portam. Organizar a assistência de enfermagem, por meio do Processo de Enfermagem, para essa prioridade de saúde implica em melhoria da qualidade do cuidado prestado.

Descrição do produto: Trata-se de um subconjunto terminológico da CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa que, para elaboração, seguiu-se as seguintes etapas: 1) identificação e validação das evidências empíricas relacionadas à úlcera venosa descritas na literatura; 2) mapeamento das evidências com os termos da CIPE[®]; 3) elaboração dos enunciados de Diagnósticos, Resultados e intervenções de enfermagem e construção das Definições Operacionais; 4) validação dos enunciados construídos de Diagnóstico, Resultados e Intervenções de enfermagem com juízes; e 5) organização e estruturação do Subconjunto CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa após a validação dos diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem elaborados pela autora e dos incluídos como sugestões dos especialistas.

Tipo e Natureza da produção técnica: Tecnologia assistencial sob a forma de material instrucional.

Meio de divulgação: () impresso () meio magnético () meio digital () filme () hipertexto () outro (x) vários

Finalidade do produto: Contribuir para a assistência de enfermagem à pessoa com úlcera venosa, sendo referência para a documentação dos cuidados prestados, oferecendo uma linguagem unificada, e favorecendo a reflexão a cerca da prática de enfermagem a essa clientela.

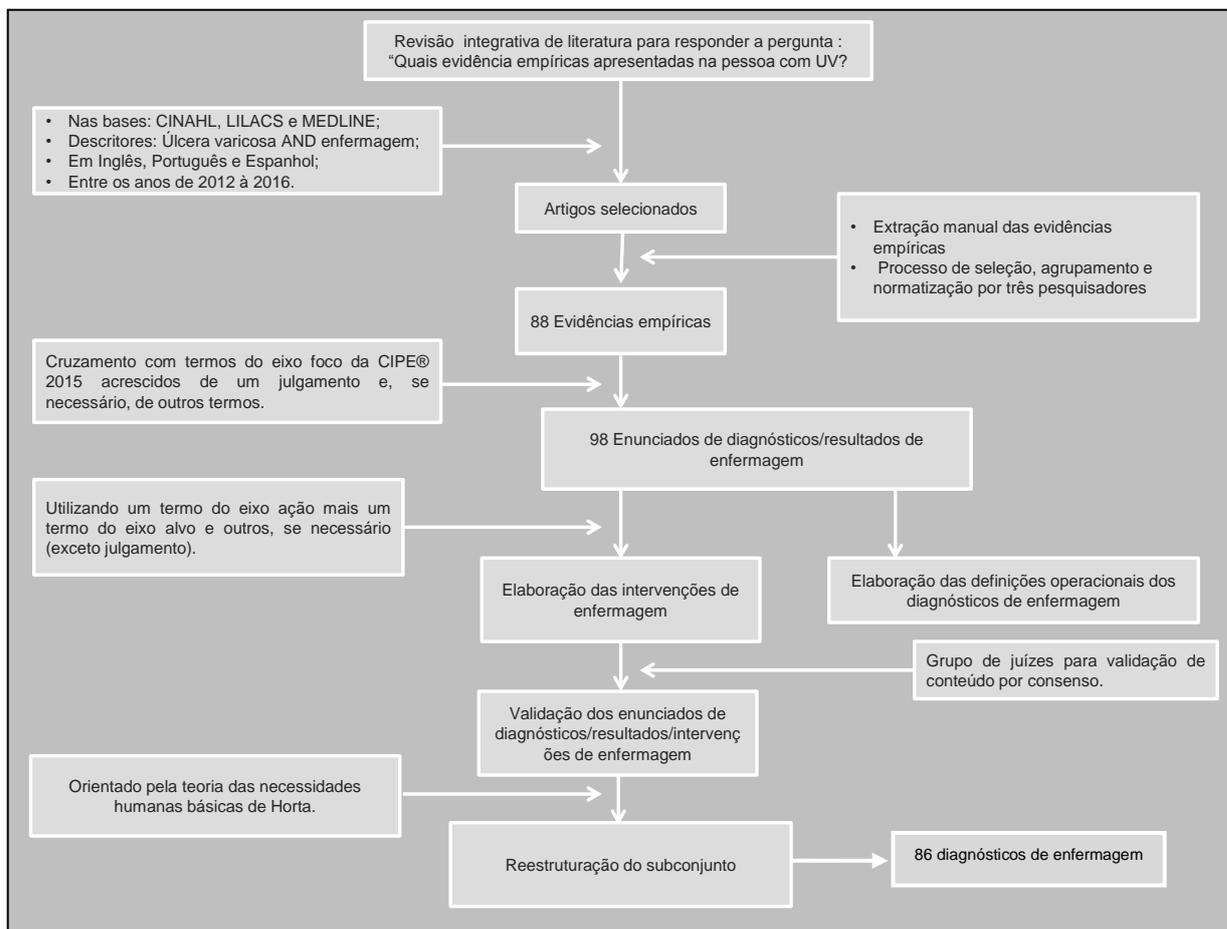
Contribuições e possíveis impactos à prática profissional: Apoiar o julgamento clínico do enfermeiro no cuidado à pessoa com úlcera venosa para a tomada de decisão e organização do processo de enfermagem.

Registro do produto: Será solicitado registro de Direitos Autorais do subconjunto junto à Biblioteca Nacional, segundo as normas preconizadas pela instituição:

1. Via da obra intelectual com todas as páginas numeradas e rubricadas pelos autores;
2. Encadernada e preferencialmente impressa em papel A4;

Para a construção do subconjunto seguiram-se os passos metodológicos expostos na Figura 2. Primeiro identificaram-se as evidências empíricas relacionadas à úlcera venosa descritas na literatura por meio de uma Revisão Integrativa. Após, fez-se o cruzamento das evidências encontradas com os termos da CIPE[®] para a elaboração dos enunciados de Diagnósticos, Resultados e intervenções de enfermagem, bem como da construção das Definições Operacionais, respeitando-se as orientações do CIE. Seguiu-se com a validação de conteúdo dos enunciados de Diagnóstico, Resultados e Intervenções de enfermagem construídos com juízes, por consenso. Por fim, foi feita a organização e estruturação do Subconjunto CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa sustentado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta.

Figura 2 – Passos metodológicos para a construção do subconjunto CIPE®



Fonte: a autora.

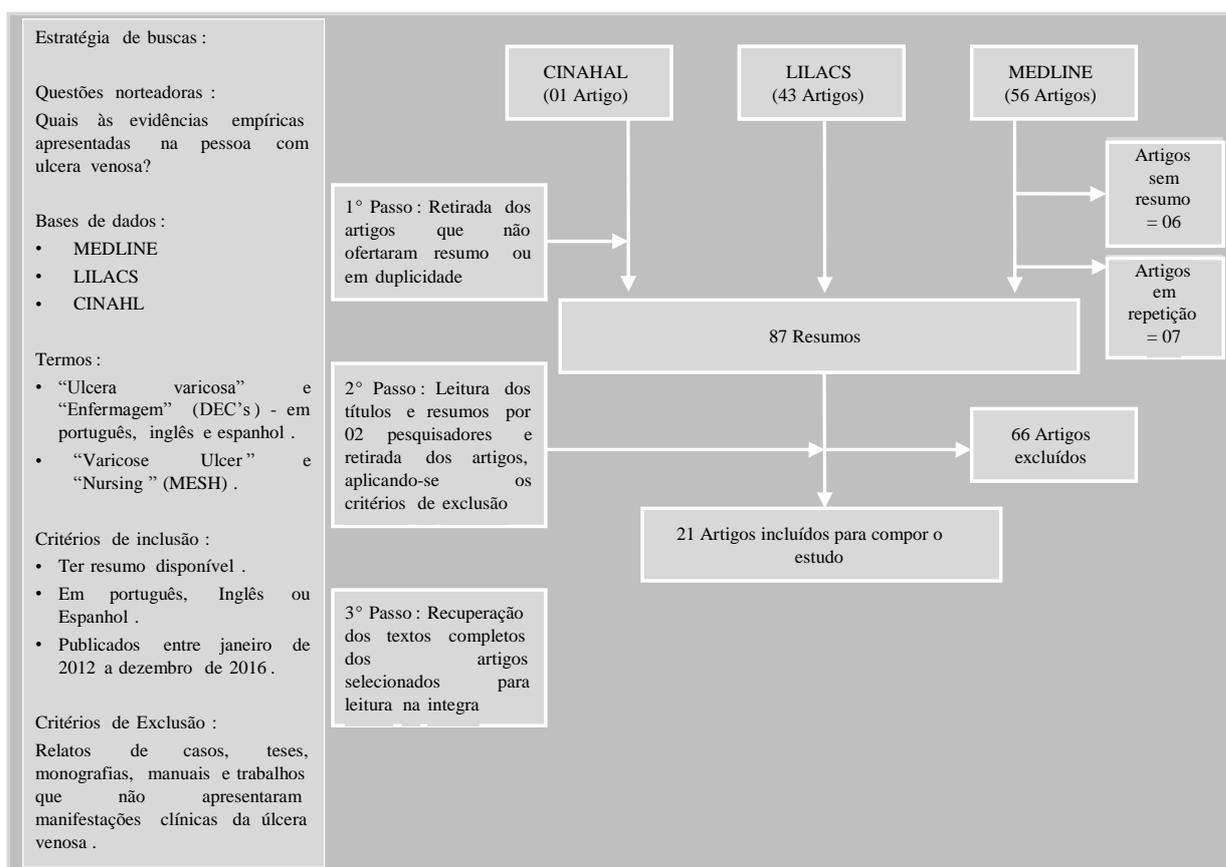
6.2 EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS RELACIONADAS À ÚLCERA VENOSA

Colher os termos relevantes relacionados à clientela a que se destina o subconjunto terminológico é descrito como um dos primeiros passos para o desenvolvimento da pesquisa (ICN, 2008; CUBAS; NÓBREGA, 2015). Desta forma, a revisão de literatura oferece suporte teórico e científico para a identificação das evidências empíricas relacionadas à pessoa com úlcera venosa.

Na RI de literatura, buscando-se por meio dos descritores, foram encontrados 43 artigos na LILACS, 56 na MEDLINE e 01 na CINAHL, somando um total de 100 artigos. Destes, 06 foram excluídos por não terem o resumo disponível e 07

excluídos por estarem em repetição. Os resumos dos 87 artigos restantes foram lidos por dois pesquisadores diferentes, quando 66 foram retirados da revisão por aplicarem-se os critérios de exclusão. Por fim, foram selecionados para leitura na íntegra 21 artigos (Figura 3; Quadro 2).

Figura 3 – Estratégia para a seleção dos artigos.



Fonte: a autora.

Quadro 2 – Distribuição dos artigos selecionados para compor o estudo por Base de dados, revista de publicação, país e ano de publicação

BASE DE DADOS		REVISTA DE PUBLICAÇÃO	PAÍS	ANO
E1	LILACS e MEDLINE	Invest. Educ. Enferm.	Brasil	2014
E2	MEDLINE	Nurs. Stand.	Reino Unido	2012
E3	MEDLINE	J. Wound Care	Reino Unido	2014
E4	MEDLINE	J. Wound Care	Reino Unido	2015
E5	LILACS	Fundam. Care	Brasil	2016
E6	LILACS	Rev. Latino-Am. Enfermagem	Brasil	2014

BASE DE DADOS		REVISTA DE PUBLICAÇÃO	PAÍS	ANO
E7	MEDLINE	Rev. Esc. Enferm. USP	Portugal	2012
E8	LILACS	Rev. Eletr. Enf.	Brasil	2012
E9	LILACS	Rev. Enferm. UERJ	Brasil/ Portugal	2014
E10	LILACS	Fundam. Care	Brasil	2015
E11	LILACS	Acta Paul. Enferm.	Brasil	2013
E12	LILACS e MEDLINE	Rev. Gaúcha Enferm.	Brasil	2013
E13	LILACS	Rev. Dor. São Paulo	Brasil	2014
E14	LILACS	Fundam. Care	Brasil	2015
E15	LILACS	Rev. Dor. São Paulo	Brasil	2015
E16	LILACS	Rev. Rene	Brasil	2013
E17	LILACS	Online Braz. J. Nurs.	Brasil/ Portugal	2013
E18	LILACS	Rev. Rene	Brasil	2013
E19	LILACS	Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min.	Brasil	2015
E20	LILACS	Rev. Bras. Enferm.	Brasil	2012
E21	LILACS	Rev. Bras. Cir. Plást.	Brasil	2012

*E: Estudo.

Fonte: a autora.

Dos artigos selecionados foram extraídas, manualmente, as evidências empíricas importantes para a prática de enfermagem. Ressalta-se que essa extração foi feita por dois pesquisadores diferentes e comparada, quando divergência, resolvido por consenso. Após passarem por um processo de agrupamento e normatização quanto à grafia, por 3 pesquisadores em conjunto, resultaram em 88 evidências (Quadro 3).

Quadro 3 – Distribuição das evidências empíricas destacadas

EVIDÊNCIA EMPÍRICA		REFERÊNCIA
EV1	Alergia	(MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV2	Bordas epitelizadas	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV3	Bordas infiltradas	(JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015)
EV4	Bordas maceradas	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV5	Bordas regulares/ irregulares	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012)
EV6	Celulite	(JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015)
EV7	Cicatrização/ Tecido cicatricial/ Epitelização	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; DANTAS <i>et al.</i> , 2013; DIAS <i>et al.</i> , 2013c; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015)
EV8	Corpo estranho	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV9	Crosta	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV10	Descamação cutânea	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV11	Atrofia branca	(DIAS <i>et al.</i> , 2014)

EVIDÊNCIA EMPÍRICA		REFERÊNCIA
EV12	Eczema/ Eczema de estase	(DANTAS <i>et al.</i> , 2013; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; DIAS <i>et al.</i> , 2014; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV13	Eritema/ Pele eritematosa	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV14	Esfacelo	(BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV15	Fibrina	(JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015)
EV16	Hiperemia	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV17	Integridade tissular/ Fragilidade cutânea	(MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV18	Lesão de espessura total	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015)
EV19	Lesão de espessura parcial	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015)
EV20	Lesão hipergranulada	(BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012)
EV21	Lesão pálida	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012)
EV22	Lesão vermelho brilhante	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012)
EV23	Lesão vermelho escuro	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012)
EV24	Necrose	(BRITO <i>et al.</i> , 2013; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; DANTAS <i>et al.</i> , 2013; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV25	Pele hiperpigmentada/ Hiperpigmentação/ Pigmentação anormal	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; DIAS <i>et al.</i> , 2014; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015)
EV26	Pele ressecada/ Pele seca	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015)
EV27	Recidiva	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; DANTAS <i>et al.</i> , 2013; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015)
EV28	Úlcera crônica de perna/ Úlcera de membros inferiores	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; GREEN <i>et al.</i> , 2015; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015)
EV29	Úlcera Venosa	(TORRES <i>et al.</i> , 2014; FONSECA <i>et al.</i> , 2012; MADDOX, 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; SALOMÉ; FERREIRA, 2012; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; DANTAS <i>et al.</i> , 2013; DIAS <i>et al.</i> , 2013a, 2013b, 2014; SILVA <i>et al.</i> , 2013, 2015; GREEN <i>et al.</i> , 2014, 2015; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015; LIBERATO <i>et al.</i> , 2016)
EV30	Alterações na dieta/ Alterações nutricionais/ Diminuição da ingesta de nutrientes	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; GREEN <i>et al.</i> , 2015)
EV31	Condições nutricionais/ Estado nutricional/ Índice de Massa Corpóreo	(BRITO <i>et al.</i> , 2013; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015)
EV32	Hiperglicemia	(MADDOX, 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; DIAS <i>et al.</i> , 2014; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; TORRES <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015)
EV33	Hiperlipidemia	(MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV34	Obesidade	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015)

EVIDÊNCIA EMPÍRICA		REFERÊNCIA
EV35	Exsudato	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; MADDOX, 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; SALOMÉ; FERREIRA, 2012; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; DANTAS <i>et al.</i> , 2013; DIAS <i>et al.</i> , 2013c; GREEN <i>et al.</i> , 2014, 2015; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015)
EV36	Retardo do processo de cicatrização	(MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV37	Exsudato media quantidade	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV38	Exsudato muita quantidade	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV39	Exsudato pouca quantidade	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV40	Exsudato purulento	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV41	Exsudato sanguinolento	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV42	Exsudato seroso	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV43	Exsudato serossanguinolento	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV44	Edema	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; DANTAS <i>et al.</i> , 2013; DIAS <i>et al.</i> , 2014; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015; SILVA <i>et al.</i> , 2015)
EV45	Hipertensão venosa/ Doença vascular periférica/ Doença venosa crônica/ Insuficiência Venosa/ Estase venosa	(MADDOX, 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; DANTAS <i>et al.</i> , 2013; DIAS <i>et al.</i> , 2013a, 2013c, 2014; GREEN <i>et al.</i> , 2014; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; TORRES <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015; LIBERATO <i>et al.</i> , 2016)
EV46	Infecção	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; MADDOX, 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; DANTAS <i>et al.</i> , 2013; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015; SILVA <i>et al.</i> , 2015)
EV47	Inflamação/ Processo inflamatório	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; SILVA <i>et al.</i> , 2015)
EV48	Linfedema	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012)
EV49	Lipodermatoesclerose	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; DIAS <i>et al.</i> , 2014; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015)
EV50	Perfusão Tissular/ Baixa perfusão tecidual	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV51	Risco de queda	(SALVETTI <i>et al.</i> , 2014)
EV52	Telangectasia/ Veias varicosas/ varizes/ Veias reticulares	(DIAS <i>et al.</i> , 2014; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015)
EV53	Temperatura da Pele/ extremidade quente/ hipertermia	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015)
EV54	Trombose venosa periférica	(BUDÓ <i>et al.</i> , 2015)
EV55	Diminuição da sensibilidade tátil	(MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV56	Dor/ Dor associada à úlcera venosa	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; MADDOX, 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; SALOMÉ; FERREIRA, 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; DIAS <i>et al.</i> , 2013a, 2014; GREEN <i>et al.</i> , 2014, 2015; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014; TORRES <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015, 2015; LIBERATO <i>et al.</i> , 2016)
EV57	Odor/ Odor fétido	(MADDOX, 2012; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; SALOMÉ; FERREIRA, 2012; DANTAS <i>et al.</i> , 2013; DIAS <i>et al.</i> , 2013b; SILVA <i>et al.</i> , 2013; GREEN <i>et al.</i> , 2014, 2015; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014)

EVIDÊNCIA EMPÍRICA		REFERÊNCIA
EV58	Prurido	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015)
EV59	Distúrbios do sono/ Alteração no padrão de sono/ Perturbação do sono	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; GREEN <i>et al.</i> , 2014, 2015; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015; SILVA <i>et al.</i> , 2015)
EV60	Repouso/ Posição ortostática por longos períodos/ Tempo de repouso diminuído	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; BRITO <i>et al.</i> , 2013; DIAS <i>et al.</i> , 2013a, 2013b, 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015)
EV61	Diminuição da atividade sexual Restrições na vida conjugal	(SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; SILVA <i>et al.</i> , 2013)
EV62	Limitação/ incapacidade das atividades laborais/ Limitação funcional/ Perda da mobilidade funcional/ Diminuição da capacidade funcional/ Mobilidade reduzida/ Restrição/ alteração das atividades da vida diária	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; MADDIX, 2012; SALOMÉ; FERREIRA, 2012; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; DIAS <i>et al.</i> , 2013b, 2014; SILVA <i>et al.</i> , 2013, 2015; GREEN <i>et al.</i> , 2014, 2015; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015; LIBERATO <i>et al.</i> , 2016)
EV63	Sedentarismo	(MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015)
EV64	Hidratação/ Pele hidratada	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV65	Padrão inadequado de higiene pessoal	(GREEN <i>et al.</i> , 2014, 2015)
EV66	Autocuidado	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; BUDÓ <i>et al.</i> , 2015; JESUS; BRANDÃO; SILVA, 2015)
EV67	Etilismo/ Alcoolismo	(MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014)
EV68	Tabagismo	(MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014)
EV69	Uso de medicamentos sistêmicos	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012)
EV70	Mudança na estrutura familiar	(SALOMÉ; FERREIRA, 2012; GREEN <i>et al.</i> , 2014)
EV71	Alteração no papel social/ Perda da identidade	(GREEN <i>et al.</i> , 2014; LIBERATO <i>et al.</i> , 2016)
EV72	Diminuição da capacidade para o trabalho/ Incapacidade para o trabalho/ Invalidez	(SALOMÉ; FERREIRA, 2012; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012; DIAS <i>et al.</i> , 2013a, 2014; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014; TORRES <i>et al.</i> , 2014)
EV73	Angústia/ Sentimentos de perda/ Tristeza	(DIAS <i>et al.</i> , 2014; GREEN <i>et al.</i> , 2014; TORRES <i>et al.</i> , 2014)
EV74	Ansiedade	(SILVA <i>et al.</i> , 2013; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015)
EV75	Baixa autoestima/ Diminuição da autoconfiança/ Desmotivação/ Sentimento de impotência	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; MADDIX, 2012; SALOMÉ; FERREIRA, 2012; DIAS <i>et al.</i> , 2014; GREEN <i>et al.</i> , 2014; TORRES <i>et al.</i> , 2014)
EV76	Estresse	(OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2012; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015)
EV77	Medo	(GREEN <i>et al.</i> , 2015)
EV78	Imagem corporal alterada/ Vergonha/ Problemas com roupas e sapatos	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; MADDIX, 2012; SILVA <i>et al.</i> , 2013; DIAS <i>et al.</i> , 2014; GREEN <i>et al.</i> , 2014)
EV79	Isolamento social/ Capacidade de sair e socializar-se	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; MADDIX, 2012; DIAS <i>et al.</i> , 2013a, 2013c, 2014; SILVA <i>et al.</i> , 2013, 2015; GREEN <i>et al.</i> , 2014, 2015; TORRES <i>et al.</i> , 2014; LIBERATO <i>et al.</i> , 2016)
EV80	Restrição das atividades de lazer	(SILVA <i>et al.</i> , 2013; MEDEIROS <i>et al.</i> , 2014)
EV81	Insuficiente apoio social	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; SALOMÉ; FERREIRA, 2012)
EV82	Isolamento afetivo	(SILVA <i>et al.</i> , 2013)
EV83	Resiliência/ Determinação	(GREEN <i>et al.</i> , 2014)
EV84	Falta de compreensão das causas e tratamento da ulceração/ Dificuldades para comunicação paciente/ enfermeiro	(GREEN <i>et al.</i> , 2014, 2015)

EVIDÊNCIA EMPÍRICA		REFERÊNCIA
EV85	Baixa escolaridade/ Baixo nível educacional	(DIAS <i>et al.</i> , 2013a, 2013b, 2014; SALVETTI <i>et al.</i> , 2014; OLIVEIRA; PIRES; SOARES, 2015)
EV86	Fraca adesão ao tratamento/ Dificuldade para adesão/ Não adesão ao tratamento	(FONSECA <i>et al.</i> , 2012; MADDIX, 2012; SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012)
EV87	Insatisfação com os cuidados prestados	(GREEN <i>et al.</i> , 2014)
EV88	Práticas religiosas	(SILVA <i>et al.</i> , 2015)

*EV – Evidência Empírica

Fonte: a autora.

Além do termo “Úlcera venosa”, que estava presente em todos os artigos selecionados, já que é o objeto de pesquisa, o mais citado foi “dor”, que apareceu em 15 publicações (71,4%). Em seguida, constando em 14 textos (66,6%), os termos relacionados à insuficiência venosa, 13 (61,9%) relacionados à redução da mobilidade funcional, 11 (52,3%) empatados, os termos “exsudato”, “infecção” e “isolamento social”, 9 (42,8%) citações de “odor”, 8 (38,9%) com “Cicatrização”, “Hiperglicemia” e “Edema”, 7 (33,3%) citações de “Repouso diminuído” e “Diminuição da capacidade para o trabalho”, com 6 (28,5%) citações “Necrose”, “Recidiva”, “Alterações no padrão de sono” e “Baixa autoestima”, os outros termos tiveram 5 ou menos citações.

Destaca-se que das 88 evidências empíricas encontradas, 68 (77,3%) estão alocadas no campo das Necessidades Humanas Psicobiológicas, 19 (21,6%) no campo das Necessidades Humanas Psicossociais e, apenas 1 evidência (1,1%) no campo das Necessidades Humanas Psicoespirituais. Fato que refletirá na presença de um número maior de diagnósticos relacionados às Necessidades Psicobiológicas.

A dor é um sintoma bem frequente nas pessoas com úlcera venosa, sua prevalência nessa população é em torno de 80% (HOPMAN *et al.*, 2013; SALVETTI *et al.*, 2014). Por ser crônica, está intimamente relacionada à diminuição da capacidade funcional e para o trabalho, aos distúrbios no padrão de sono, ao aumento no tempo de cicatrização da ferida e até ao isolamento social, reduzindo significativamente a qualidade de vida dessas pessoas (MADDIX, 2012; SALOMÉ; FERREIRA, 2012; ARAÚJO *et al.*, 2016). Frente ao exposto, o controle da dor associada à úlcera venosa deve ser objetivado pelo enfermeiro no atendimento a esse paciente (LIBERATO *et al.*, 2016).

A principal etiologia da úlcera venosa é a insuficiência venosa crônica que é a mais prevalente das doenças venosas, afetando 2% da população ocidental (WELLER; EVANS, 2012). O mecanismo patológico para a insuficiência venosa é a hipertensão venosa causada por um ou mais fatores, sendo os mais comuns: incompetência das válvulas das veias da perna, permitindo o refluxo sanguíneo; obstrução, impedindo o retorno do fluxo venoso; e falência do músculo da panturrilha, resultando no não esvaziamento completo das veias durante a deambulação (BORGES, 2011).

Como consequência dessa estase venosa, há o aparecimento do edema que, em geral, é gradual e piora quando ocorre permanência por longos períodos em posições ortostáticas, regredindo após descanso com elevação das pernas. A cronicidade do edema associado ao depósito de fibrina e à presença de mediadores inflamatórios torna a região endurecida, a pele de aspecto liso e escurecido, acometendo a derme e o tecido subcutâneo, causando a lipodermatoesclerose, agravando ainda mais o retorno venoso e linfático (BORGES, 2011; SCEMONS; ELSTON, 2011). Assim, profissões nas quais a mobilidade é reduzida e há um tempo curto de repouso podem ser fator de risco tanto para o surgimento da úlcera venosa quanto para a sua cronicidade (COSTA *et al.*, 2012; DIAS *et al.*, 2013).

Além do edema, da lipodermatoesclerose e da dor, as pressões elevadas nos vasos afetam a microcirculação, provocando outras alterações cutâneas, como veias varicosas, hiperpigmentação, eczema, dermatite, celulite ou erisipela (BORGES, 2011).

A úlcera venosa é comumente caracterizada por localizar-se na porção inferior da perna (OLIVEIRA *et al.*, 2012; BRITO *et al.*, 2013; TORRES *et al.*, 2014), de profundidade superficial ou espessura parcial, atingindo apenas a epiderme e a derme (BORGES, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; BUDÓ *et al.*, 2015), com tecido de granulação em seu leito (OLIVEIRA *et al.*, 2012; SANT'ANA *et al.*, 2012) e de bordas irregulares (BORGES, 2011).

Além do tecido de granulação, sugerindo boa evolução da lesão, já que este é o tecido que iniciará a reconstrução para posterior epitelização, podem ser encontrados tecidos desvitalizados como o esfacelo e a necrose, que favorecem a instalação de infecção na lesão, por serem nutrientes para os microorganismos, retardando o processo de cicatrização (DEALEY, 2008).

O exsudato presente na lesão faz parte do processo inflamatório fisiológico. Avaliar o exsudato quanto à sua quantidade e odor é importante para a tomada de conduta, já que pode sugerir ou não infecção, sendo um empecilho para a cicatrização, e a escolha da cobertura dependerá dessa avaliação (DEALEY, 2008). A lesão de etiologia venosa geralmente apresenta exsudação de média a grande quantidade, de aspecto seroso ou serossanguinolento (OLIVEIRA *et al.*, 2012; BUDÓ *et al.*, 2015). O odor exalado pela lesão pode indicar infecção, mas também pode ser do processo de debridamento autolítico do tecido desvitalizado ou de algumas coberturas (DEALEY, 2008). Lesões muito exsudativas ou com odor forte afetam a qualidade de vida, pois podem provocar isolamento social e baixa autoestima (MADDOX, 2012; GREEN *et al.*, 2014).

Avaliar as características da úlcera é fundamental para fazer o diagnóstico diferencial de úlceras por outras etiologias, como a arterial ou mista e a carcinogênica.

O fato dos membros inferiores apresentarem pele ressecada, descamativa e com prurido, favorece o aparecimento de lesões (SANT'ANA *et al.*, 2012; BUDÓ *et al.*, 2015)

Estima-se que por volta de 70% das úlcera venosa melhoradas sofrerão recidivas (SILVA; MOREIRA, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2016). É de se esperar que tanto a manutenção quanto a recidiva dessas úlceras estejam associadas a comorbidades como a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, por gerarem complicações vasculares, além de alguns hábitos sociais como o etilismo, que tanto pode causar neuropatias quanto causar sensação de saciedade, diminuindo a ingestão de nutrientes, e o tabagismo, por reduzir a hemoglobina funcional (OLIVEIRA *et al.*, 2012; MEDEIROS *et al.*, 2014).

As condições nutricionais interferem na cicatrização da ferida. Na obesidade, o excesso de tecido subcutâneo, por ser pouco vascularizado, recebe baixo aporte de oxigênio e nutrientes, retardando o processo de cicatrização. Em contrapartida, a deficiência proteica diminui a resposta imunológica e inflamatória. As vitaminas A, C e B participam de processos metabólicos necessários à formação e manutenção do tecido epitelial (BORGES *et al.*, 2008).

A presença da úlcera afeta a autoimagem corporal, a autoestima, o convívio social e familiar, a capacidade para o trabalho e para as atividades diárias e possui efeitos psicológicos, causando prejuízo significativo na qualidade de vida da pessoa acometida (DIAS *et al.*, 2013a, 2014; GREEN *et al.*, 2015). Dessa forma, cabe ao enfermeiro assistente estar atento a essas alterações com vistas a minimizar os prejuízos.

6.3 ELABORAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Por meio do cruzamento das evidências extraídas com os termos constados no eixo foco da CIPE[®], versão 2015, elaboraram-se 73 Diagnósticos e Resultados de enfermagem, respeitando-se o modelo 7 eixos, agregando-se o termo constante no eixo Foco e um termo do eixo Julgamento, com a inclusão de termos adicionais, quando necessário, dos eixos Foco, Julgamento ou de outros eixos. Foram ainda criados 25 novos diagnósticos e resultados de enfermagem, já que essas evidências não foram encontradas na CIPE[®] versão 2015, totalizando um número de 98 diagnósticos e resultados de enfermagem, apresentados no Quadro 4. Também foi considerada a norma ISO 18.104:2014 na construção de diagnósticos, assim, o diagnóstico também pode ser representado pelo achado clínico.

Quadro 4 – Diagnósticos de Enfermagem por evidência empírica.

EVIDÊNCIA EMPÍRICA	DAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Alergia	Alergia
Bordas epitelizadas	Epitelização em bordas de ferida
Bordas infiltradas	Infiltração em bordas de ferida
Bordas maceradas	Maceração em bordas de ferida
Bordas regulares/ irregulares	Bordas de ferida irregulares Bordas de ferida regulares
Celulite	Celulite
Cicatrização/ Tecido cicatricial/ Epitelização	Tecido cicatricial
Corpo estranho	Corpo Estranho em ferida

EVIDÊNCIA EMPÍRICA	DAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Crosta	Crosta em ferida
Descamação cutânea	Descamação cutânea
Atrofia branca	Atrofia branca
Eczema/ Eczema de estase	Eczema
Eritema/ Pele eritematosa	Eritema
Esfacelo	Esfacelo em ferida
Fibrina	Fibrina
Hiperemia	Hiperemia
Integridade tissular/ Fragilidade cutânea	Integridade tissular prejudicada
Lesão de espessura total	Ferida de espessura total
Lesão de espessura parcial	Ferida de espessura parcial
Lesão hipergranulada	Hipergranulação em ferida
Lesão pálida	Ferida pálida
Lesão vermelho brilhante	Ferida vermelho brilhante
Lesão vermelho escuro	Ferida vermelho escuro
Necrose	Necrose
Pele hiperpigmentada/ Hiperpigmentação/ Pigmentação anormal	Pele hiperpigmentada
Pele ressecada/ Pele seca	Pele perilesional seca
Recidiva	Úlcera com recaída
Úlcera crônica de perna/ Úlcera de membros inferiores	Úlcera em perna
Úlcera Venosa	Úlcera venosa
Alterações na dieta/ Alterações nutricionais/ Diminuição da ingesta de nutrientes	Risco de déficit nutricional Ingestão de alimentos excessiva Ingestão de alimentos insuficiente
Condições nutricionais/ Estado nutricional/ Índice de Massa Corpóreo	Condição nutricional prejudicada
Hiperglicemia	Hiperglicemia
Hiperlipidemia	Estado de hiperlipidemia
Obesidade	Estado de obesidade
Retardo do processo de cicatrização	Cicatrização da ferida prejudicada
Exsudato media quantidade	Exsudato em média quantidade
Exsudato muita quantidade	Exsudato em muita quantidade
Exsudato pouca quantidade	Exsudato em pouca quantidade
Exsudato purulento	Exsudato purulento
Exsudato sanguinolento	Exsudato sanguinolento
Exsudato seroso	Exsudato seroso
Exsudato serossanguinolento	Exsudato serossanguinolento
Edema	Edema periférico

EVIDÊNCIA EMPÍRICA	DAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Hipertensão venosa/ Doença vascular periférica/ Doença venosa crônica/ Insuficiência Venosa/ Estase venosa	Presença de hipertensão em veia
Infecção	Infecção
Inflamação/ Processo inflamatório	Inflamação
Linfedema	Edema linfático
Lipodermatoesclerose	Lipodermatoesclerose
Perfusão Tissular/ Baixa perfusão tecidual	Perfusão tissular prejudicada
Risco de queda	Risco de queda
Telangectasia/ Veias varicosas/ varizes/ Veias reticulares	Processo vascular prejudicado
Temperatura da Pele/ extremidade quente/ hipertermia	Febre Temperatura de pele perilesional alta
Trombose venosa periférica	Trombose venosa profunda
Diminuição da sensibilidade tátil	Risco de função neurovascular periférica prejudicada Percepção tátil prejudicada
Dor/ Dor associada à úlcera venosa	Dor por ferida leve/ moderada/ severa Dor vascular leve/ moderada/ severa
Odor/ Odor fétido	Odor fétido leve/ moderado/ severo
Prurido	Prurido leve/ moderado/ severo
Distúrbios do sono/ Alteração no padrão de sono/ Perturbação do sono	Sono prejudicado
Repouso/ Posição ortostática por longos períodos/ Tempo de repouso diminuído	Comportamento de repouso prejudicado
Diminuição da atividade sexual Restrições na vida conjugal	Comportamento sexual prejudicado
Limitação/ incapacidade das atividades laborais/ Limitação funcional/ Perda da mobilidade funcional/ Diminuição da capacidade funcional/ Mobilidade reduzida/ Restrição/ alteração das atividades da vida diária	Mobilidade prejudicada
Sedentarismo	Baixo exercício físico
Hidratação/ Pele hidratada	Ingestão de líquidos inadequada
Padrão inadequado de higiene pessoal	Capacidade para executar a higiene prejudicada Higiene inadequada
Autocuidado	Autocuidado prejudicado
Etilismo/ Alcoolismo	Abuso de álcool
Tabagismo	Abuso de fumo
Uso de medicamentos sistêmicos	Problema com alta complexidade do regime terapêutico
Mudança na estrutura familiar	Enfrentamento familiar prejudicado

EVIDÊNCIA EMPÍRICA	DAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
Alteração no papel social/ Perda da identidade	Condição social prejudicada
Diminuição da capacidade para o trabalho/ Incapacidade para o trabalho/ Invalidez	Papel de trabalho prejudicado
Angústia/ Sentimentos de perda/ Tristeza	Angústia Tristeza
Ansiedade	Ansiedade
Baixa autoestima/ Diminuição da autoconfiança/ Desmotivação/ Sentimento de impotência	Baixa autoestima Risco de baixa autoestima
Estresse	Estresse
Medo	Medo
Imagem corporal alterada/ Vergonha/ Problemas com roupas e sapatos	Imagem corporal perturbada
Isolamento social/ Capacidade de sair e socializar-se	Isolamento social Risco de isolamento social
Restrição das atividades de lazer	Capacidade para realizar atividades de lazer prejudicada
Insuficiente apoio social	Falta de apoio familiar Falta de apoio social
Isolamento afetivo	Ligação afetiva prejudicada
Resiliência/ Determinação	Disposição para enfrentamento
Falta de compreensão das causas e tratamento da ulceração/ Dificuldades para comunicação paciente/ enfermeiro	Comunicação enfermeiro e paciente prejudicada
Baixa escolaridade/ Baixo nível educacional	Baixo conhecimento em saúde
Fraca adesão ao tratamento/ Dificuldade para adesão/ Não adesão ao tratamento	Não adesão à terapia
Insatisfação com os cuidados prestados	Falta de confiança no provedor de cuidados de saúde
Práticas religiosas	Crença religiosa conflituosa

Fonte: a autora.

Os 73 diagnósticos elaborados por meio do cruzamento com a CIPE[®] versão 2015 são: “Alergia”, “Maceração em bordas de ferida”, “Tecido cicatricial”, “Eczema”, “Eritema”, “Integridade tissular prejudicada”, “Ferida de espessura total”, “Ferida de espessura parcial”, “Necrose”, “Pele perilesional seca”, “Úlcera com recaída”, “Úlcera de perna”, “Úlcera venosa”, “Risco de déficit nutricional”, “Ingestão de alimentos excessiva”, “Ingestão de alimentos insuficiente”, “Condição nutricional prejudicada”, “Hiperglicemia”, “Estado de hiperlipidemia”, “Estado de obesidade”, “Cicatrização da ferida prejudicada”, “Edema periférico”, “Hipertensão em veia”, “Infecção”, “Inflamação”, “Edema linfático”, “Perfusão tissular prejudicada”, “Risco de queda”,

“Processo vascular prejudicado”, “Febre”, “Temperatura da pele perilesional alta”, “Trombose venosa profunda”, “Risco de função neurovascular periférica prejudicada”, “Percepção tátil prejudicada”, “Dor por ferida leve/ moderada/ severa”, “Dor vascular leve/ moderada/ severa”, “Odor fétido leve/ moderado/ severo”, “Prurido leve/ moderado/ severo”, “Sono prejudicado”, “Comportamento de repouso prejudicado”, “Comportamento sexual prejudicado”, “Mobilidade prejudicada”, “Baixo exercício físico”, “Ingestão de líquidos inadequada”, “Capacidade para executar a higiene prejudicada”, “Higiene inadequada”, “Autocuidado prejudicado”, “Abuso de álcool”, “Abuso de fumo”, “Problema com alta complexidade do regime terapêutico”, “Enfrentamento familiar prejudicado”, “Condição social prejudicada”, “Papel de trabalho prejudicado”, “Angústia”, “Tristeza”, “Ansiedade”, “Baixa autoestima”, “Risco de baixa autoestima”, “Estresse”, “Medo”, “Imagem corporal perturbada”, “Isolamento social”, “Risco de isolamento social”, “Capacidade para realizar atividade de lazer prejudicada”, “Falta de apoio familiar”, “Falta de apoio social”, “Ligação afetiva prejudicada”, “Disposição para o enfrentamento”, “Comunicação enfermeiro e paciente prejudicada”, “Baixo conhecimento em saúde”, “Não adesão à terapia”, “Falta de confiança no provedor de cuidados de saúde” e “Crença religiosa conflituosa”.

Os 25 novos diagnósticos foram: “Epitelização em bordas de ferida”, “Infiltração em bordas de ferida”, “Bordas de ferida irregulares”, “Bordas de ferida regulares”, “celulite”, “Corpo estranho em ferida”, “Crosta em ferida”, “Descamação cutânea”, “Atrofia branca”, “Esfacelo em ferida”, “Fibrina”, “Hiperemia”, “Hipergranulação em ferida”, “Ferida pálida”, “Ferida vermelho brilhante”, “Ferida vermelho escuro”, “Pele hiperpigmentada”, “Exsudato em média quantidade”, “Exsudato em muita quantidade”, “Exsudato em pouca quantidade”, “Exsudato purulento”, “Exsudato sanguinolento”, “Exsudato seroso”, “Exsudato serossanguinolento” e “Lipodermatoesclerose”.

6.4 ELABORAÇÃO DAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Com o objetivo de descrever o conceito dos diagnósticos de enfermagem encontrados na pessoa com úlcera de perna, foram estabelecidas as suas definições operacionais, descritas no Quadro 5. Para os termos constantes na CIPE® versão 2015, utilizou-se a sua própria definição operacional. Já para os termos não constantes, consultaram-se livros da área, artigos científicos, manuais e livros-texto da enfermagem.

Quadro 5 – Descrição das definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Abuso de álcool	Uso Indevido de álcool (CIPE®, 2015).
Abuso de fumo	Uso abusivo de tabaco (ou fumo) (CIPE®, 2015).
Alergia	Processo do Sistema Imune, Prejudicado: Resposta imunológica a um antígeno estranho (CIPE®, 2015).
Angústia	Sentimentos de dor intensa e severa, tristeza e aflição (CIPE®, 2015).
Ansiedade	Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia (CIPE®, 2015).
Atrofia branca	Áreas esclerosadas, brancas e avasculares, propensas a formação de úlceras pela falta de oxigenação e nutrientes (SCEMONS; ELSTON, 2011).
Autocuidado prejudicado	Dificuldade para cuidar do que é preciso para se manter, assegurar a sobrevivência e lidar com necessidades básicas, individuais e essenciais, e atividades da vida diária (CIPE®, 2015).
Baixa autoestima	Autoimagem prejudicada: Opinião sobre si mesmo e visão do próprio valor e capacidades; verbalização de crenças sobre si mesmo, confiança em si mesmo; verbalização de autoaceitação e autolimitação, desafiando imagens negativas de si mesmo; aceitação de elogios, encorajamento, assim como de crítica construtiva. (CIPE®, 2015).
Baixo conhecimento em saúde	Baixa consciência (ou cognição) dos problemas comuns de saúde, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis; capacidade para reconhecer sinais e sintomas de doenças e para compartilhar a informação com os outros significativos (CIPE®, 2015).
Baixo exercício físico	Baixa atividade física e voluntária do sistema musculoesquelético e cardiorrespiratório, para manter a boa forma física, mobilidade e força. (CIPE®, 2015).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Bordas de ferida irregulares	Bordas que não possuem um formato definido (SCEMONS; ELSTON, 2011).
Bordas de ferida regulares	Bordas arredondadas, lisas (SCEMONS; ELSTON, 2011).
Capacidade para executar a higiene prejudicada	Dificuldade para ter o cuidado de manter o corpo limpo e bem arrumado (CIPE [®] , 2015).
Capacidade para realizar atividades de lazer prejudicada	Capacidade para executar atividade recreacional prejudicada (CIPE [®] , 2015).
Celulite	Infecção da pele e do tecido subcutâneo produzido por microrganismos que penetram a pele através de pequenas fissuras, ferimentos (BORGES, 2011).
Cicatrização da ferida prejudicada	Cura prejudicada (CIPE [®] , 2015).
Comportamento de repouso prejudicado	Ação intencional prejudicada (CIPE [®] , 2015).
Comportamento sexual prejudicado	Capacidade para participar em relação sexual prejudicada (CIPE [®] , 2015).
Comunicação enfermeiro e paciente prejudicada	Impedimento ou bloqueio para trocar pensamentos, mensagens ou informação (CIPE [®] , 2015).
Condição nutricional prejudicada	Condição prejudicada: Peso e massa corporal em relação à ingestão nutricional e de nutrientes específicos, estimados de acordo com a altura, estrutura corporal e idade (CIPE [®] , 2015).
Condição social prejudicada	Condição prejudicada: Situação de uma pessoa em relação aos outros; posição relativa de uma pessoa (CIPE [®] , 2015).
Corpo Estranho em ferida	Qualquer material introduzido na ferida, alheio ao organismo (SMELTZER <i>et al.</i> , 2009).
Crença religiosa conflitua	Crença negativa: Convicção pessoal e disposição para manter e abandonar ações, levando em conta as opiniões e princípios religiosos da pessoa; crença religiosa que prevalece, integra e transcende a natureza biológica e psicossocial da pessoa (CIPE [®] , 2015).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Crosta em ferida	Casca formada a partir do ressecamento do exsudato secretado pela ferida (SMELTZER <i>et al.</i> , 2009).
Descamação em pele	Presença de escamas, flocos decorrentes do epitélio morto descamado (SMELTZER <i>et al.</i> , 2009).
Disposição para enfrentamento	Atitude de gerenciar o estresse e ter um senso de controle e de conforto psicológico aumentado (CIPE [®] , 2015).
Dor por ferida leve/ moderado/ severo	Sensação de dor originada pela ferida e área circundante; dependendo da natureza da ferida, é normalmente descrita como dor intensa, dilacerante ou imprecisa, dolorosa, incômoda, suave, a menos que a lesão tenha destruído as terminações nervosas e sensações dolorosas (CIPE [®] , 2015).
Dor vascular leve/ moderado/ severo	Sensação de dor originada no sistema vascular, como resultado de dilatação vascular ou insuficiência vascular; pode ser descrita como latejante e compressiva (CIPE [®] , 2015).
Eczema	Erupção da pele, com vermelhidão, prurido e vesículas, e edema (CIPE [®] , 2015).
Edema periférico	Retenção de líquidos (CIPE [®] , 2015).
Edema linfático (Linfedema)	Retenção de líquidos (CIPE [®] , 2015).
Enfrentamento familiar prejudicado	Dificuldade para gerenciar o estresse e ter um senso de controle e de conforto psicológico em relação aos familiares (CIPE [®] , 2015).
Eritema	Erupção eritematosa da pele, de diferentes cores e protuberância, edema local, urticária, vesículas e prurido (CIPE [®] , 2015).
Esfacelo em ferida	Tecido formado por células mortas acumuladas no exsudato de coloração branca/ amarela, facilmente removível (DEALEY, 2008).
Estado de hiperlipidemia	Processo de Sistema Regulatório prejudicado. Nível elevado de colesterol sanguíneo (CIPE [®] , 2015).
Estado de obesidade	Situação de peso corporal elevado e massa corporal normalmente de mais de 20 % acima do peso ideal, aumento anormal da proporção de células gordurosas, principalmente nas vísceras e nos tecidos subcutâneos, associado a excesso ou ingestão contínua de nutrientes, comer em excesso e falta de exercício físico por um longo período de tempo (CIPE [®] , 2015).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Estresse	Sentimento de estar tenso e ansioso, de tal modo a estar incapaz de funcionar apropriadamente, tanto física como mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, a dor e a sentimento de estar física e mentalmente cansado; distúrbio no estado físico e mental de um indivíduo (CIPE [®] , 2015).
Epitelização em bordas de ferida	Crescimento do tecido epitelial em região de bordas de ferida, de coloração branco-rosada (IRION; BARROS; SOUZA, 2005; DEALEY, 2008)
Exsudato media quantidade	Líquido rico em proteínas e células, umedecendo média quantidade do curativo (> 25% < 75%) (ALVES <i>et al.</i> , 2015).
Exsudato muita quantidade	Líquido rico em proteínas e células, umedecendo grande quantidade do curativo (> 75%) (ALVES <i>et al.</i> , 2015).
Exsudato pouca quantidade	Líquido rico em proteínas e células, umedecendo pequena quantidade do curativo (> 25%) (ALVES <i>et al.</i> , 2015).
Exsudato purulento	Exsudato de coloração amarela, acastanhada ou esverdeada, opaco e denso, sinalizando infecção, desenvolvendo-se a partir da atividade fagocitária e lise celular local, podendo estar associado à odor fétido (ALVES <i>et al.</i> , 2015).
Exsudato sanguinolento	Exsudato avermelhado, fluido, indicando dano de vasos sanguíneos ou angiogênese, típico da fase proliferativa (ALVES <i>et al.</i> , 2015).
Exsudato seroso	Exsudato amarelado, translúcido e fluido, típico da fase inflamatória e proliferativa (ALVES <i>et al.</i> , 2015).
Exsudato serossanguinolento	Exsudato rosado ou avermelhado, fluido, típico da fase inflamatória e proliferativa (ALVES <i>et al.</i> , 2015).
Falta de apoio familiar	Papel de apoio familiar prejudicado (CIPE [®] , 2015).
Falta de apoio social	Papel de apoio social prejudicado (CIPE [®] , 2015).
Falta de confiança no provedor de cuidados de saúde	Sentimento de desconfiança ou descrença no provedor de cuidados de saúde (CIPE [®] , 2015).
Febre	Termorregulação prejudicada: Elevação anormal da temperatura corporal, alteração no ponto de controle do termostato interno, associada a aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso cheio ou pulso fraco, inquietação, cefaleia ou confusão; a rápida elevação da febre é acompanhada de calafrios, tremores, sensação de frio, pele seca e pálida; a crise ou queda da febre é acompanhada de pele ruborizada e quente e sudorese (CIPE [®] , 2015).
Ferida de espessura parcial	Na ferida mantém-se parte da derme e há brotos de folículo piloso ou glândula sudorípara (DEALEY, 2008).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Ferida de espessura total	Quando há destruição de toda a derme podendo atingir as camadas mais profundas (DEALEY, 2008).
Ferida vermelho brilhante	Leito da ferida avermelhado, sugestivo de presença de tecido de granulação (SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012).
Ferida vermelho escuro	Leito da ferida de coloração vermelho amarronzado, relaciona-se a processo infeccioso (SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012).
Ferida pálida	Leito da ferida de coloração pálida, relaciona-se a processo infeccioso (SANT'ANA <i>et al.</i> , 2012).
Fibrina	Proteína formada no plasma a partir da ação da trombina sobre o fibrinogênio (SCEMONS; ELSTON, 2011).
Higiene inadequada	O corpo não se encontra limpo e arrumado (CIPE [®] , 2015).
Hiperemia	Rubor em determinada parte do corpo causado pelo aumento do fluxo sanguíneo através de vasos arteriais ingurgitados (SMELTZER <i>et al.</i> , 2009).
Hiperglicemia	Processo de Sistema Regulatório prejudicado. Nível elevado de glicose sanguínea (SMELTZER <i>et al.</i> , 2009; CIPE [®] , 2015).
Hipergranulação em ferida	Excesso de tecido de granulação (formação e crescimento de um tecido vascular novo numa matriz rica em colágeno, com a aparência de pequenas massas nodulares vermelhas), que se estende para além do leito da ferida causando tensão nas bordas, impedindo a cicatrização (VUOLO, 2010).
Hipertensão em veia	Processo do Sistema Circulatório, Prejudicado: Fluxo de sangue através dos vasos com pressão maior que a normal (CIPE [®] , 2015).
Imagem corporal perturbada	Autoimagem prejudicada: Imagem mental do próprio corpo, no todo ou em parte, ou da própria aparência física. (CIPE [®] , 2015).
Infiltração em bordas de ferida	Bordas edemaciadas, não aderidas ao leito da ferida, com extensão da lesão por baixo da pele (SMELTZER <i>et al.</i> , 2009).
Ingestão de alimentos insuficiente	Processo de ingerir nutrientes tais como proteínas, minerais, carboidratos, gordura, vitaminas, necessários ao crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida menor do que o necessário (CIPE [®] , 2015).
Ingestão de alimentos excessiva	Processo de ingerir nutrientes tais como proteínas, minerais, carboidratos, gordura, vitaminas, necessários ao crescimento, funcionamento normal e manutenção da vida maior do que o necessário (CIPE [®] , 2015).
Ingestão de líquidos inadequada	Inadequada ingestão de líquidos durante as refeições e durante o dia, ou quando tiver sede (CIPE [®] , 2015).
Infecção	Invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se reproduzem e multiplicam, originando doenças por lesão celular local, secreção de toxina ou reação antígeno-anticorpo (CIPE [®] , 2015).
Inflamação	Reação local não-específica à lesão do tecido e/ou invasão bacteriana (DEALEY, 2008).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Integridade tissular prejudicada	Perda da epiderme (CIPE [®] , 2015).
Isolamento social	Condição prejudicada: mantém barreiras para o convívio social (CIPE [®] , 2015).
Ligação afetiva prejudicada	Comportamento prejudicado de laço ou vínculo afetivo (CIPE [®] , 2015).
Lipodermatoesclerose	Indicativo de doença venosa, causando alterações na pele da panturrilha, tornando-se lisa, endurecida e escurecida, atingindo o subcutâneo tornando-o espeço e endurecido e dando à perna um aspecto de “taça de champanhe invertida” (BORGES, 2011).
Maceração em bordas de ferida	Extensa abrasão do tecido de cobertura da superfície corporal (em região de bordas da ferida), associada à presença contínua de umidade e pele molhada (CIPE [®] , 2015).
Medo	Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, devido a causa conhecida ou desconhecida, acompanhado às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga (CIPE [®] , 2015).
Mobilidade prejudicada	Capacidade para movimentar-se prejudicada (CIPE [®] , 2015).
Necrose	Morte do tecido associada a inflamação local, processo infeccioso ou maligno ou lesão mecânica do tecido. Os níveis estão graduados, de acordo com a severidade, associada à duração da falta de oxigenação do tecido, desde pele esbranquiçada e pálida, acompanhada de dor intensa devido a afecção dos nervos superficiais, até necrose azul e preta da pele, perda de sensibilidade e dor, devido a lesões nervosas, com alto risco para infecções da ferida, perda de tecido danificado e partes do corpo (CIPE [®] , 2015).
Não adesão à terapia	Não seguimento ou não conformação ao regime terapêutico (CIPE [®] , 2015).
Odor fétido leve/ moderado/ severo	Cheiro ofensivo ao olfato (CIPE [®] , 2015).
Papel de trabalho prejudicado	Limitações para Interagir de acordo com as responsabilidades das tarefas para trabalhar e para comportamentos esperados de estar empregado, em concordância com os requerimentos do trabalho (CIPE [®] , 2015).
Pele hiperpigmentada	Tegumento de coloração castanho-azulado ou marrom-acinzentada ocasionado pelo depósito de hemossiderina degradada de hemácias que extravasaram dos capilares para os espaços intercelulares (BORGES, 2011; SCEMONS; ELSTON, 2011).
Pele perilesional seca	Pele prejudicada: Epiderme dura, escamada, com risco de fissuras, em região próxima à lesão (CIPE [®] , 2015).
Percepção tátil prejudicada	Processo do Sistema Nervoso ineficaz: Registro mental consciente de um estímulo sensorial; consciência de objetos ou outros dados por meio do tato (CIPE [®] , 2015).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Perfusão tissular prejudicada	Processo Vascular ineficaz: Circulação do sangue pelos tecidos periféricos para transporte do oxigênio, líquidos e nutrientes a nível celular, associado a temperatura e coloração da pele, diminuição do pulso arterial, mudanças na pressão arterial sanguínea, cicatrização de feridas e crescimento dos pelos do corpo (CIPE [®] , 2015).
Problema com alta complexidade do regime terapêutico	Complicações em virtude de regime medicamentoso e o tratamento (CIPE [®] , 2015).
Processo vascular prejudicado	Processo do Sistema Circulatório: Bombeamento de sangue por meio das artérias e veias centrais, e de vasos capilares periféricos (CIPE [®] , 2015).
Prurido leve/ moderado/ severo	Sensação de formigamento irritante, sensação cutânea seguida de impulso para coçar a pele (CIPE [®] , 2015).
Risco de baixa autoestima	Risco para autoimagem prejudicada (CIPE [®] , 2015).
Risco de déficit nutricional	Risco de quantidade e qualidade de nutrientes ou alimentos ingeridos prejudicada (CIPE [®] , 2015).
Risco de função neurovascular periférica prejudicada	Risco de Processo Vascular prejudicado: Processo concernente tanto ao sistema nervoso como ao sistema vascular (CIPE [®] , 2015).
Risco de isolamento social	Risco para condição prejudicada: mantém barreiras para o convívio social (CIPE [®] , 2015).
Risco de queda	Risco para descida repentina do corpo de um nível alto para um mais baixo, devido a desequilíbrio, desmaio ou incapacidade para sustentar o peso do corpo e permanecer ereto (CIPE [®] , 2015).
Sono prejudicado	Incapacidade para dormir ou para permanecer adormecido durante a noite ou período de sono planejado, frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos, tais como estresse emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, distúrbio da função cerebral e abuso de drogas (CIPE [®] , 2015).
Tecido cicatricial	Tecido da superfície corporal, contraído, firme, sem vascularização e pálido, com elasticidade diminuída, associado a uma prévia solução de continuidade e cicatrização da pele (CIPE [®] , 2015).
Temperatura de pele perilesional alta (Complicação da pele periestomal)	Temperatura da pele próxima à úlcera alterada (CIPE [®] , 2015).
Tristeza	Sentimentos de pesar, melancolia associada a falta de energia (CIPE [®] , 2015).
Trombose venosa profunda	Obstrução de veia profunda por trombo (agregado de plaquetas, fibrinas, leucócitos e eritrócitos) causado pelos fatores: estase venosa, lesão da parede vascular e coagulação sanguínea alterada (SMELTZER <i>et al.</i> , 2009).

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	DEFINIÇÃO OPERACIONAL
Úlcera com recaída	Ferida com recidiva: Ferida aberta ou lesão; perda da camada profunda do tecido; cratera circunscrita como lesão; diminuição do suprimento de sangue na área; tecido avermelhado de granulação; necrose gordurosa amarela; ferida com odor; inflamação ao redor da ferida; dores; desprendimento de tecido necrosado e inflamado, associado a processo inflamatório, infeccioso ou maligno (CIPE [®] , 2015).
Úlcera em perna	Ferida em região de perna: Ferida aberta ou lesão; perda da camada profunda do tecido; cratera circunscrita como lesão; diminuição do suprimento de sangue na área; tecido avermelhado de granulação; necrose gordurosa amarela; ferida com odor; inflamação ao redor da ferida; dores; desprendimento de tecido necrosado e inflamado, associado a processo inflamatório, infeccioso ou maligno (CIPE [®] , 2015).
Úlcera Venosa	Lesão circunscrita, semelhante a uma cratera, normalmente localizada na perna, acima do maléolo; edema e pele seca ao redor da ferida; pele de cor castanha ou descorada, com descamação; lipodermatoesclerose; atrofia da pele; exantema, dor e dor na ferida, associada a insuficiência venosa crônica; bordas venosas danificadas e retorno diminuído de sangue venoso das pernas para o tronco (CIPE [®] , 2015).

Fonte: a autora.

6.5 ELABORAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

A fim de facilitar o raciocínio clínico, os diagnósticos foram organizados dentro dos campos das Necessidades Humanas Básicas descritas por Horta e, para cada diagnóstico de enfermagem, foi elaborado um bloco de enunciados de intervenções de enfermagem, considerando o Modelo 7 Eixos da CIPE[®] versão 2015, quando se utilizou um termo do eixo Ação e um termo Alvo, que pode pertencer a qualquer um dos eixos, exceto do eixo Julgamento. Para construção das intervenções, além da experiência da pesquisadora, foram utilizados livros da área, artigos científicos, manuais e livros-texto da enfermagem. Foram construídas um total de 284 intervenções de enfermagem, descritas no Quadro 6.

É possível notar que, dos 98 diagnósticos propostos, 76,6% estão distribuídos dentro das Necessidades Psicobiológicas, 22,4% dentro das Necessidades Psicossociais e apenas 1% nas Necessidades Psicoespirituais. Vale destacar

também que os 25 novos diagnósticos propostos atendem, em sua totalidade, ao bloco dessas primeiras necessidades. Ainda, 40% dos diagnósticos que estão alocados nas Necessidades Psicobiológicas, fazem parte da Necessidade da Integridade cutaneomucosa. Observa-se que as evidências empíricas destacadas pela literatura, geradoras dos diagnósticos, relacionam-se em sua maioria ao campo biológico, com foco na lesão.

Quadro 6 – Distribuição das intervenções de enfermagem pelos diagnósticos de enfermagem.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS			
INTEGRIDADE CUTANEOMUCOSA	Alergia	Alergia ausente	<ul style="list-style-type: none"> • Confirmar alergia. • Identificar surgimento de reações alérgicas decorrentes do tratamento tópico implementado. • Orientar sobre reação alérgica. • Tratar reação alérgica. • Suspender uso de possíveis alérgenos.
	Atrofia branca	Atrofia branca melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar turgor cutâneo. • Monitorar a condição da pele. • Orientar sobre o uso de hidratantes.
	Bordas de ferida irregulares	Bordas de ferida regulares	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Monitorar aparência de bordas. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Bordas de ferida regulares	Bordas de ferida regulares	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Monitorar aparência de bordas. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Celulite	Celulite melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar necessidade de administrar antibiótico. • Encaminhar para atendimento médico. • Instruir sobre os cuidados com a ferida.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar infecção. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Corpo Estranho em ferida	Nenhum corpo estranho em ferida	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo. • Estimular o estabelecimento de hábitos diários de higiene corporal e ambiental. • Instruir sobre cuidados com a ferida. • Orientar quanto ao risco de infecção. • Remover corpo estranho do leito da ferida; • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Crosta em ferida	Nenhuma crosta em ferida	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida. • Fazer desbridamento. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Descamação em pele	Descamação em pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar turgor cutâneo. • Incentivar o aumento da ingestão de líquidos. • Monitorar a condição da pele. • Orientar sobre o uso de hidratantes. • Orientar a higiene e o uso restrito de sabonetes agressivos à pele.
	Eczema	Eczema melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar infecção. • Avaliar turgor cutâneo. • Encaminhar para atendimento médico. • Examinar a condição da pele. • Identificar mecanismo causador do eczema. • Monitorar cor da pele. • Orientar sobre o uso de hidratantes.
	Epitelização em bordas de ferida	Epitelização em bordas de ferida	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Orientar o cliente para o curativo domiciliar. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Eritema	Eritema melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar infecção. • Avaliar turgor cutâneo. • Encaminhar para atendimento médico. • Examinar a condição da pele. • Identificar mecanismo causador do eritema. • Monitorar cor da pele.
	Esfacelo em ferida	Nenhum esfacelo	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida • Fazer desbridamento. • Instruir sobre os cuidados com a ferida.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<ul style="list-style-type: none"> • Manter a ferida úmida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Ferida de espessura parcial	Ferida melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Descrever tamanho e profundidade da ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Ferida de espessura total	Ferida melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Descrever tamanho e profundidade da ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Ferida pálida	Ferida vermelho brilhante	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Descrever cor do leito da ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Ferida vermelho brilhante	Ferida vermelho brilhante	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Descrever cor do leito da ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Ferida vermelho escuro	Ferida vermelho brilhante	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Descrever cor do leito da ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Fibrina	Fibrina	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Hiperemia	Hiperemia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar infecção. • Avaliar temperatura da pele. • Avaliar turgor cutâneo. • Encaminhar para atendimento médico. • Examinar a condição da pele. • Identificar mecanismo causador do eritema. • Monitorar cor da pele.
	Hipergranulação em ferida	Hipergranulação diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Infiltração em bordas de ferida	Infiltração melhorada em bordas de ferida	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Monitorar edema e umidade em bordas. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Integridade tissular prejudicada	Integridade Tissular melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Examinar a condição da pele. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<p>ferida.</p> <ul style="list-style-type: none"> Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Maceração em bordas de ferida	Nenhuma maceração em bordas de ferida	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar curativo de ferida. Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo Instruir sobre os cuidados com a ferida. Monitorar umidade em bordas. Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Necrose	Nenhuma necrose	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar curativo de ferida. Avaliar ferida em retorno de cliente. Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. Avaliar necessidade de desbridamento da ferida. Fazer desbridamento. Instruir sobre os cuidados com a ferida. Manter a ferida úmida. Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.
	Pele hiperpigmentada	Pele de coloração normal	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar turgor cutâneo. Examinar a condição da pele. Monitorar cor da pele. Orientar sobre o uso de hidratantes.
	Pele perilesional seca	Pele perilesional melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar turgor cutâneo. Incentivar o aumento da ingestão de líquidos. Monitorar a condição da pele. Orientar sobre o uso de hidratantes. Orientar a higiene e o uso restrito de sabonetes agressivos à pele.
	Tecido cicatricial	Tecido cicatricial	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar evolução da cicatrização da ferida. Monitorar cor, temperatura, umidade e aparência da pele.
	Úlcera com recaída	Úlcera melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar curativo de ferida. Avaliar evolução da cicatrização da ferida. Avaliar ferida em retorno de cliente. Avaliar necessidade de desbridamento da ferida. Avaliar úlcera para tomada de decisão em relação ao curativo. Descrever as características da úlcera. Documentar a história da úlcera. Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. Instruir sobre os cuidados com a ferida. Manter a ferida úmida. Monitorar sinais e sintomas de infecção da úlcera. Orientar cliente quanto aos cuidados para prevenção de recorrência de úlcera.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<ul style="list-style-type: none"> • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Solicitar exames laboratoriais para avaliação.
	Úlcera em perna	Úlcera melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida. • Avaliar úlcera para tomada de decisão em relação ao curativo. • Descrever as características da úlcera. • Documentar a história da úlcera. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da úlcera. • Orientar cliente quanto aos cuidados para prevenção de recorrência de úlcera. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Solicitar exames laboratoriais para avaliação.
	Úlcera Venosa	Úlcera venosa melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar bandagem compressiva/ contensiva. • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida. • Avaliar úlcera para tomada de decisão em relação ao curativo. • Descrever as características da úlcera. • Documentar a história da úlcera. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da úlcera. • Orientar cliente quanto aos cuidados para prevenção de recorrência de úlcera. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Solicitar exames laboratoriais para avaliação.
NUTRIÇÃO	Condição nutricional prejudicada	Condição nutricional melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar aceitação da dieta. • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<ul style="list-style-type: none"> • Calcular o Índice de Massa Corpórea. • Discutir, Junto com o cliente, um plano de mudanças de hábitos alimentares. • Encorajar a adesão à dieta alimentar. • Encorajar ingestão conforme necessidades nutricionais e preferências alimentares. • Investigar preferências alimentares. • Medir a altura do cliente. • Monitorar estado nutricional. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo. • Pesar o cliente.
	Estado de hiperlipidemia	Ingestão de alimentos melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar aceitação da dieta. • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. • Encorajar a adesão à dieta alimentar. • Identificar possíveis causas da hiperlipidemia. • Informar o cliente quanto à importância da dieta alimentar para o controle lipêmico. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo. • Orientar o cliente quanto às possíveis complicações da hiperlipidemia.
	Estado de obesidade	Peso corporal melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar aceitação da dieta. • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. • Calcular o Índice de Massa Corpórea. • Discutir, Junto com o cliente, um plano de mudanças de hábitos alimentares. • Encorajar a adesão à dieta alimentar. • Encorajar a adesão a um plano de atividade física. • Encorajar ingestão conforme necessidades nutricionais e preferências alimentares. • Estabelecer uma meta para o controle de peso. • Investigar possíveis causas da obesidade. • Investigar preferências alimentares. • Medir a altura do cliente. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo. • Pesar o cliente.
	Hiperglicemia	Glicose sanguínea	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
		melhorada	<p>comunidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Avaliar aceitação da dieta. • Encorajar a adesão à dieta alimentar. • Identificar possíveis causas da hiperglicemia. • Informar o cliente quanto à importância da dieta alimentar para o controle glicêmico. • Monitorar estado nutricional. • Orientar o cliente a resposta à medicação. • Orientar o cliente quanto às possíveis complicações da hiperglicemia. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo.
	Ingestão de alimentos insuficiente	Ingestão de alimentos melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Discutir, Junto com o cliente, um plano de mudanças de hábitos alimentares. • Encorajar ingestão conforme necessidades nutricionais e preferências alimentares. • Investigar preferências alimentares. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo.
	Ingestão excessiva de alimentos	Ingestão de alimentos melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Investigar preferências alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. • Discutir, Junto com o cliente, um plano de mudanças de hábitos alimentares. • Encorajar a adesão à dieta alimentar. • Encorajar ingestão conforme necessidades nutricionais e preferências alimentares. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo.
	Risco de déficit nutricional	Baixo risco de déficit nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Avaliar aceitação da dieta. • Calcular o Índice de Massa Corpórea. • Medir a altura do cliente. • Monitorar estado nutricional. • Pesar o cliente.
REGULAÇÃO	Cicatrização da ferida prejudicada	Cicatrização da ferida eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida. • Descrever as características da ferida. • Documentar a história da ferida. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Manter a ferida úmida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Orientar cliente quanto aos cuidados para prevenção de recorrência de úlcera. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Solicitar exames laboratoriais para avaliação.
	Edema linfático (Linfedema)	Edema linfático melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar presença de edema. • Avaliar presença de pulsos. • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • Indicar o uso de terapia compressiva. • Inspeccionar pernas quanto à integridade, hidratação e coloração. • Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes. • Verificar possíveis causas do edema.
	Edema periférico	Edema periférico melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar presença de edema. • Avaliar presença de pulsos. • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • Indicar o uso de terapia compressiva. • Inspeccionar pernas quanto à integridade, hidratação e coloração. • Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes. • Verificar possíveis causas do edema.
	Exsudato media quantidade	Exsudato pouca quantidade	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Utilizar cobertura de absorção em curativo.
	Exsudato muita quantidade	Exsudato pouca quantidade	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Utilizar cobertura de absorção em curativo.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Exsudato pouca quantidade	Exsudato pouca quantidade	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Utilizar cobertura de absorção em curativo.
	Exsudato purulento	Exsudato seroso	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Avaliar necessidade de administrar antibiótico. • Encaminhar para atendimento médico. • Instruir sobre os cuidados com a ferida • Monitorar infecção. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Solicitar exames laboratoriais para avaliação. • Utilizar cobertura de absorção em curativo.
	Exsudato sanguinolento	Exsudato seroso	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Utilizar cobertura de absorção em curativo.
	Exsudato seroso	Exsudato seroso	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Utilizar cobertura de absorção em curativo.
	Exsudato serossanguinolento	Exsudato seroso	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Utilizar cobertura de absorção em curativo.
	Febre	Febre melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar antipirético conforme prescrição. • Encaminhar o paciente à consulta médica. • Monitorar temperatura corporal (especificar em quanto tempo). • Orientar cliente ao banho de água morna. • Prescrever antipirético. • Verificar temperatura corporal.
	Hipertensão em veia	Hipertensão em veia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar condições circulatórias. • Avaliar Pressão Arterial. • Monitorar pressão sanguínea. • Orientar cliente a monitorar a pressão sanguínea. • Orientar medidas de prevenção do aumento

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<p>da pressão sanguínea.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre risco de edema periférico.
	Infecção	Infecção melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar necessidade de administrar antibiótico. • Encaminhar para atendimento médico. • Monitorar sinais e sintomas de infecção. • Monitorar temperatura corporal. • Solicitar exames laboratoriais.
	Inflamação	Inflamação melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais e sintomas de infecção. • Monitorar temperatura corporal.
	Lipodermatoesclerose	Lipodermatoesclerose melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar presença de edema. • Avaliar presença de pulsos. • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • Indicar o uso de terapia compressiva. • Inspeccionar pernas quanto à integridade, hidratação e coloração. • Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes. • Verificar possíveis causas do edema.
	Risco de queda	Baixo risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir os possíveis acidentes domésticos. • Incentivar o uso de dispositivos auxiliares para deambulação (muleta, andador, cadeira de rodas). • Orientar a organização do ambiente doméstico. • Rastrear o risco de quedas e de outros acidentes. • Sugerir sapatos seguros que facilitem o andar.
	Perfusão tissular prejudicada	Perfusão tissular eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Orientar sobre risco de edema periférico.
	Processo vascular prejudicado	Processo vascular eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Encaminhar o paciente à consulta médica. • Indicar uso de terapia compressiva.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Temperatura de pele perilesional alta	Temperatura de pele perilesional normal	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais e sintomas de infecção. • Monitorar temperatura corporal.
	Trombose venosa profunda	Trombose venosa melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • 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. • Encaminhar o paciente à consulta médica. • Indicar uso de terapia compressiva.
PERCEPÇÃO	Dor por ferida leve/ moderado/ severo	Dor por ferida melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicação para dor antes de cuidar da ferida. • Avaliar intensidade da dor. • Encorajar o cliente a discutir sua experiência de dor. • Encorajar o cliente a monitorar a própria dor e interferir adequadamente. • Explicar as causas da dor. • 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. • Orientar o cliente a favorecer o repouso/ sono adequados para o alívio da dor. • Prescrever analgésico. • Proporcionar métodos alternativos de alívio da dor.
	Dor vascular leve/ moderado/ severo	Dor vascular melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar intensidade da dor. • Avaliar resposta ao manejo da dor. • Encorajar o cliente a discutir sua experiência de dor. • Encorajar o cliente a monitorar a própria dor e interferir adequadamente. • Explicar as causas da dor. • Incentivar participação da família e paciente no controle da dor. • Indicar uso de terapia compressiva. • Investigar os fatores que aumentam a dor. • Monitorar resposta ao analgésico. • Orientar o cliente a favorecer o repouso/ sono adequados para o alívio da dor. • Prescrever analgésico. • Proporcionar métodos alternativos de alívio da dor.
	Odor fétido leve/ moderado/ severo	Odor melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo na ferida. • Avaliar a necessidade de desbridamento. • Monitorar sinais e sintomas de infecção. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre cuidados com ferida. • Gerenciar o controle do odor na ferida. • Orientar o cliente sobre hábitos de higiene.
	Risco de função neurovascular periférica prejudicada	Baixo risco de função neurovascular periférica prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • 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. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Orientar o cliente a comunicar as alterações de sensibilidade e o surgimento de qualquer tipo de lesão. • Orientar o cliente 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)
	Percepção tátil prejudicada	Percepção tátil melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • Encaminhar cliente para avaliação médica, caso haja alterações vasculares periféricas. • 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. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Orientar o cliente a comunicar as alterações de sensibilidade e o surgimento de qualquer tipo de lesão. • Orientar o cliente 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)
	Prurido leve/moderado/severo	Prurido melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar integridade da pele. • Identificar a causa do prurido. • Orientar o cliente à aplicação de hidratantes. • Orientar o cliente a aplicar compressas frias para aliviar irritação. • Orientar o cliente a manter unhas cortadas e não coçar a pele. • Orientar o cliente a não usar produtos abrasivos na pele. • Orientar o cliente quanto à higiene corporal da área afetada.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
SONO E REPOUSO	Comportamento de repouso prejudicado	Comportamento de repouso melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar descanso. • Organizar atividades de vida diária de modo a permitir períodos de repouso durante o dia. • Orientar a manter perna ulcerada elevada quando em repouso. • Planejar com o cliente os períodos de repouso/ atividade.
	Sono prejudicado	Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar causa de padrão de sono alterado. • Ensinar ao cliente técnicas de relaxamento. • Estimular o cliente a manter o padrão de sono adequado. • Melhorar a dor. • Orientar o cliente a fazer modificações no ambiente (diminuir iluminação, reduzir ruídos, verificar as condições da cama e do travesseiro, verificar as condições de ventilação). • Orientar o cliente a planejar os horários das medicações para possibilitar a não interrupção do sono. • Orientar o cliente quanto a fatores que interferem no sono.
SEXUALIDADE	Comportamento sexual prejudicado	Comportamento sexual melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento do cliente sobre seu padrão de sexualidade. • Encorajar a capacidade do cliente em se ajustar ao seu estado de saúde. • Encorajar o cliente 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.
ATIVIDADE FÍSICA	Baixo exercício físico	Adesão ao regime de exercício físico	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a adesão ao regime de exercício proposto. • Elaborar plano de atividade física para o cliente mediante acordo mútuo. • Encorajar o cliente 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 cliente os períodos de repouso/ atividade.
	Mobilidade prejudicada	Mobilidade melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a capacidade do cliente para realizar as atividades da vida diária. • Avaliar a necessidade de dispositivos auxiliares para deambulação. • Encorajar o cliente a realizar a atividade física de sua preferência dentro dos limites seguros, de acordo com sua condição em

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<p>relação à Úlcera Venosa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejar com o cliente os períodos de repouso/ atividade.
HIDRATAÇÃO	Ingestão de líquidos inadequada	Adesão ao regime de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do paciente sobre a sua necessidade de ingestão de líquidos. • Monitorar indicadores de hidratação. • Orientar o paciente sobre necessidade de ingestão de líquidos. • Planejar esquema de estimulação de ingestão de líquidos considerando as especificidades do caso. • Registrar ingestão de líquidos.
CUIDADO CORPORAL	Autocuidado prejudicado	Autocuidado melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o autocuidado. • Encorajar paciente a inspecionar a pele durante o banho. • Estimular o estabelecimento de hábitos diários de higiene corporal e ambiental. • Orientar sobre cuidados de higiene considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus.
	Capacidade para executar a higiene prejudicada	Capacidade para executar a higiene pessoal melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar autocuidado. • Avaliar condições de higiene da família na ambiente domiciliar. • Orientar a família/ cuidador quanto aos cuidados de higiene pessoal.
	Higiene inadequada	Higiene melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar banho antes da vinda para fazer curativo. • Encorajar hábitos de higiene considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus. • Encorajar o cliente a tomar banho. • Estimular o estabelecimento de hábitos diários de higiene corporal e ambiental.
SEGURANÇA FÍSICA	Abuso de álcool	Baixo uso de álcool Nenhum uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o cliente a estabelecer um plano de metas para a redução do abuso de álcool. • Auxiliar o cliente 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. • Encaminhar para grupo de autoajuda. • Encorajar para grupo de autoajuda. • Identificar a rede de apoio familiar e comunitário. • Orientar sobre as crises de abstinência. • Orientar sobre dúvidas quanto ao uso correlato com drogas.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
	Abuso de fumo	Baixo uso de fumo Nenhum uso de fumo	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar o cliente a estabelecer um plano de metas para a redução do hábito de fumar. • Auxiliar o cliente a identificar os gatilhos relacionados ao desejo e ato de fumar e a forma de superá-los. • Avaliar o estilo de vida e sua relação com o abuso de fumo. • 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 os danos decorrentes do tabagismo.
TERAPÊUTICA	Problema com alta complexidade do regime terapêutico	Adesão ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Ajustar esquema terapêutico às atividades sociais e de lazer. • Descrever ao cliente plano terapêutico por escrito. • Explicar ações e possíveis efeitos adversos dos medicamentos. • Identificar efeito colateral do regime terapêutico. • Incentivar adesão ao tratamento. • Orientar a cerca do uso de medicamentos.
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS			
LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO	Condição social prejudicada	Condição social melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar suporte social e rede de apoio (trabalho, igreja, família amigos). • Indicar equipamentos sociais comunitários para recreação e lazer.
	Enfrentamento familiar prejudicado	Enfrentamento familiar eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com a família e cliente sobre a corresponsabilidade no tratamento sobre as reações adversas durante o tratamento. • Encaminhar a família e cliente para grupos de autoajuda e ou atendimento psicológico. • Investigar o nível de compreensão e aceitação da família do estado de saúde atual do cliente. • Orientar sobre o estado de saúde atual do cliente. • Reforçar sobre a adesão ao tratamento à família.
	Papel de trabalho prejudicado	Papel de trabalho melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos. • Encaminhar para serviço social. • Encorajar o cliente a identificar seus pontos fortes e capacidades.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
SEGURANÇA, AUTOESTIMA	Angústia	Angústia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o paciente conforme suas necessidades. • Avaliar atitude frente ao regime terapêutico. • Encorajar o paciente a explicar suas dúvidas, anseios e dificuldades. • Identificar os determinantes da Angústia.
	Ansiedade	Ansiedade melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o cliente conforme suas necessidades. • Encorajar o cliente a explicar suas dúvidas, anseios e dificuldades. • Estabelecer relação de confiança com o cliente. • Identificar os determinantes da ansiedade. • Incentivar a realização de atividades que promovam seu bem estar.
	Baixa autoestima	Autoestima melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos. • Encaminhar para atendimento psicológico, se necessário. • Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medo. • Encorajar o cliente a identificar seus pontos fortes e capacidades. • Investigar o contexto sociofamiliar do cliente.
	Estresse	Estresse melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o cliente conforme suas necessidades. • Encorajar o cliente a explicar suas dúvidas, anseios e dificuldades. • Encorajar participação em atividades recreativas. • Estabelecer relação de confiança com o cliente. • Orientar quanto a ações de manejo do estresse. • Promover a confiança do cliente no atendimento prestado
	Medo	Nenhum medo	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o cliente a verbalizar sentimentos, percepções e medo. • Motivar o cliente para o autocuidado em domicílio • Promover a confiança do cliente no atendimento prestado • Reconhecer os diferentes momentos vivenciados pelo cliente ao receber novas orientações frente ao tratamento. • Verificar com o cliente e cuidador os fatores causadores de medo.
	Risco de baixa autoestima	Nenhum risco de baixa autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos. • Encaminhar para atendimento psicológico, se necessário. • Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medo. • Encorajar o cliente a identificar seus pontos

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<p>fortes e capacidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> Investigar o contexto sociofamiliar do cliente.
	Tristeza	Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Acolher o paciente conforme suas necessidades. Encaminhar para atendimento psicológico, se necessário. Encorajar o paciente a explicar suas dúvidas, anseios e dificuldades. Identificar os determinantes da Tristeza.
AUTOIMAGEM	Imagem corporal perturbada	Autoimagem melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Discutir com o cliente as mudanças da imagem corporal. Identificar com o cliente os fatores que interferem em sua autoimagem. Orientar ao cliente, cuidador e famílias as possíveis alterações físicas previsíveis durante o tratamento (uso de bandagens, curativos extensos, etc). Reforçar autocuidado.
GREGÁRIA E LAZER	Capacidade para realizar atividades de lazer prejudicada	Capacidade para realizar atividade de lazer melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Encorajar participação em atividades recreativas. Identificar equipamentos sociais comunitários para recreação e lazer. Planejar uma rotina diária simples, com inclusão de atividades concretas de recreação e lazer.
	Isolamento social	Socialização melhorada	<ul style="list-style-type: none"> Acolher o cliente conforme suas necessidades. Avaliar contexto familiar e social. Identificar com o cliente os determinantes para o isolamento social. Incentivar a participação em grupos sociais e comunitários.
	Risco de isolamento social	Nenhum risco de isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> Acolher o cliente conforme suas necessidades. Avaliar contexto familiar e social. Identificar com o cliente os determinantes para o isolamento social. Incentivar a participação em grupos sociais e comunitários.
AMOR E ACEITAÇÃO	Falta de apoio familiar	Apoio familiar melhorado	<ul style="list-style-type: none"> Discutir com a família e cliente sobre a corresponsabilidade no tratamento sobre as reações adversas durante o tratamento. Encaminhar a família para grupos de autoajuda e ou atendimento psicológico. Investigar o nível de compreensão e aceitação da família do estado de saúde atual do cliente. Orientar sobre o estado de saúde atual do cliente.

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			<ul style="list-style-type: none"> • Reforçar sobre a adesão ao tratamento à família;
	Falta de apoio social	Apoio social melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o paciente conforme suas necessidades. • Avaliar contexto familiar e social. • Identificar com o paciente os determinantes para a falta de apoio social. • Incentivar a participação em grupos sociais e comunitários.
	Ligação afetiva prejudicada	Ligação afetiva melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o cliente, cuidador e família em suas necessidades. • Avaliar suporte social. • Encaminhar para atendimento psicológico se necessário. • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos. • Programar visita domiciliar.
AUTORREALIZAÇÃO	Disposição para enfrentamento	Disposição para enfrentamento	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar capacidade para o enfrentamento. • Disponibilizar as informações pertinentes ao estado de saúde atual. • Ensinar técnicas de adaptação.
APRENDIZAGEM	Baixo conhecimento em saúde	Conhecimento em saúde melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar as informações pertinentes ao estado de saúde atual. • Estabelecer escuta ativa. • Estimular o autocuidado. • Orientar dúvidas frente ao tratamento prescrito. • Programar monitoramento domiciliar com a equipe de enfermagem.
	Comunicação enfermeiro e paciente prejudicada	Comunicação enfermeiro e paciente melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tensão do paciente. • Falar calmamente com frases curtas e de fácil entendimento. • Proporcionar um ambiente e tranquilo (consultório ou domicílio). • Usar abordagem calma e segura.
	Falta de confiança no provedor de cuidados de saúde	Confiança no provedor de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tensão do paciente. • Estabelecer escuta ativa. • Facilitar acesso ao tratamento (marcação de consultas/retorno, adequação dos insumos e medicamentos disponíveis). • Orientar dúvidas frente ao tratamento prescrito. • Promover a confiança do cliente no atendimento prestado.
	Não adesão à terapia	Adesão ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar resposta ao uso da medicação prescrita. • Descrever ao cliente plano terapêutico por escrito. • Facilitar acesso ao tratamento (marcação de consultas/retorno, adequação dos insumos e

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
			medicamentos disponíveis). <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar adesão ao tratamento.
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS			
RELIGIOSA	Crença religiosa conflituosa	Crença religiosa positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar práticas espirituais da pessoa. • Avaliar crenças espirituais. • Encorajar a frequentar cerimônias religiosas. • Respeitar restrições alimentares vinculadas a crenças religiosas.

Fonte: a autora.

6.6 VALIDAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM POR JUÍZES

No intuito de validar o Subconjunto CIPE[®] para o cuidado às pessoas com úlcera venosa, este foi submetido à validação de conteúdo por consenso de juízes enfermeiros que atendem pessoas com úlcera venosa na Atenção Básica de Saúde do Município de Vitória.

Foram convidados 13 enfermeiros além da coordenadora do grupo de cuidados com a pele. Compareceram 09 enfermeiros e a coordenadora do grupo de cuidados com a pele. O Grupo foi coordenado pela pesquisadora com o auxílio do orientador e da coorientadora da pesquisa.

Para a caracterização dos juízes, foi solicitado que estes respondessem a um questionário contendo as seguintes variáveis: idade, sexo, o maior título que possui, tempo de graduação, se possui alguma formação complementar na área de feridas e qual tipo de formação e há quanto tempo atende pessoas com feridas (APÊNDICE C).

A média da idade dos juízes foi de 39,8 anos, com Desvio Padrão de $\pm 6,76$ anos. A maioria do sexo feminino (70%). Todos com 10 ou mais anos de formação em

enfermagem, sendo o com maior tempo de formação de 28 anos, com uma média de 14,8 anos, com Desvio Padrão de 5,74 anos. Quanto ao maior título que possuem, 6 referiram serem especialistas em diversas áreas (60%), 3 mestres (30%) e 1 doutor (10%). 60% (6 participantes) dos juízes disseram ter formação complementar em feridas e, destes, 85,7% (5 juízes) afirmaram que possuem cursos de atualização e capacitação na área. Apenas 1 juiz (14,3%) afirmou ser especialista na área de feridas. Os juízes selecionados dizem atenderem pessoas com ferida há uma média de 13,1 anos com Desvio Padrão de 5,34 anos.

Nos primeiros 30 minutos do encontro foi ofertada, pela pesquisadora, uma breve orientação a respeito da pesquisa, da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, como também da CIPE[®]. Após, foi entregue aos participantes o formulário (APÊNDICE D) do subconjunto terminológico CIPE[®], organizado dentro do referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas de Horta e, para cada enunciado de diagnóstico, resultado e intervenções de enfermagem, um espaço para assinalar a concordância ou não do juiz quanto à relação com a pessoa com úlcera venosa. É importante dizer que, neste formulário, alguns diagnósticos foram precedidos do termo “Presença de” a fim de facilitar o entendimento dos enfermeiros juízes, haja visto a pouca familiaridade com a CIPE[®]. Foi entregue, também, formulário contendo as definições operacionais dos diagnósticos. Ofertou-se um tempo de uma hora para leitura do material. Findado o tempo, prosseguiu-se com a discussão dos itens em que um, ou mais, dos juízes assinalassem discordância. Cabe destacar que o tempo estimado para esta ação foi de uma hora e meia, o que não foi suficiente, sendo estendido por mais meia hora, por decisão do grupo.

Seguem os diagnósticos que foram excluídos do subconjunto pelo grupo de validação.

- “Presença de fibrina” - já que, pela sua definição, trata-se de algo não visualizado durante a anamnese e exame físico, portanto, não significativo para construção de diagnóstico.
- “Ferida pálida” e “Ferida vermelho-escuro” – Durante a discussão, justificou-se que as cores da lesão refletem a presença dos tecidos no leito da ferida já contemplados em outros diagnósticos, sendo desnecessários os de cores.

- “Úlcera em perna” – Manter esse diagnóstico seria, ora redundante, já que o diagnóstico “úlcera venosa” seria o principal, ora não aplicável, já que o subconjunto destina-se à pessoa com úlcera venosa e não de outras etiologias.
- “Presença de hipertensão em veia” – Redundante, já que as características definidoras direcionarão outros diagnósticos constates no subconjunto.
- “Inflamação” – também por redundância, já que suas características estarão presentes em outros diagnósticos.
- “Edema linfático” – Mais uma vez por redundância, já que suas características estão presentes no diagnóstico de “edema periférico”.
- “Perfusão tissular prejudicada” - Redundante, já que as características definidoras direcionarão outros diagnósticos constates no subconjunto.
- “Processo vascular prejudicado” – Da mesma forma, redundante, já que as características definidoras direcionarão outros diagnósticos constates no subconjunto.
- “Febre” – Pouco específico para a clínica da úlcera venosa.
- “Temperatura de pele perilesional alta” – Trata-se de uma característica que levará a outros diagnósticos já listados no subconjunto.
- “Presença de trombose venosa profunda” – Mais uma vez, redundante, já que as características definidoras direcionarão outros diagnósticos constates no subconjunto.
- “Problema com alta complexidade do regime terapêutico” – Está relacionado ao diagnóstico de “não adesão ao regime terapêutico”, já constante no subconjunto.
- “Falta de confiança no provedor de cuidados de saúde” - Pouco específico para a clínica da úlcera venosa, estando relacionado a outros diagnósticos presentes no subconjunto.

A seguir, os diagnósticos que tiveram sua redação alterada pelo grupo de validação.

- “Ferida vermelho brilhante” foi substituído por “Presença de tecido de granulação em ferida” – A coloração remete ao tecido de granulação presente no leito da ferida.
- “Úlcera com recaída” por “Úlcera com recidiva” – Recaída remete à piora da lesão e não nova ocorrência de lesão, algo que o diagnóstico pretende exprimir.
- “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”.
- “Imagem corporal perturbada” para “Imagem corporal prejudicada”.

Seguem os diagnósticos que sofreram alterações nas intervenções de enfermagem.

- “Alergia” – retirado “tratar reação alérgica” e incluído “encaminhar para o atendimento médico”.
- “Presença de epitelização em bordas de ferida” - retirado “orientar o cliente para curativo domiciliar” e incluído “avaliar ferida para a tomada de decisão em relação ao curativo” e “descrever as características da ferida”.
- “Presença de infiltração em bordas de ferida”, “Presença de maceração em bordas de ferida”, “Bordas de ferida irregulares”, “Bordas de ferida regulares”, “Celulite”, “Presença de esfacelo em ferida”, “Integridade tissular prejudicada”, “Ferida de espessura total”, “ferida de espessura parcial” e “Presença de tecido de granulação em ferida” - incluído “descrever as características da ferida”.
- “Tecido cicatricial presente”- incluído “avaliar ferida para a tomada de decisão em relação ao curativo”, “Aplicar curativo em ferida”, “Instruir sobre os

cuidados com a ferida”, “Instruir sobre cuidados com a pele” e “descrever as características da ferida”.

- “Presença de corpo estranho em ferida” - incluído “avaliar ferida para a tomada de decisão em relação ao curativo”, “Instruir sobre os cuidados com a ferida”, e “descrever as características da ferida”.
- “Presença de crosta em ferida” - incluído “avaliar ferida para a tomada de decisão em relação ao curativo” e “descrever as características da ferida”.
- “Presença de descamação em pele” – incluído “Prescrever uso de hidratante em pele” e “Aplicar hidratante em pele”.
- “Presença de atrofia branca” - incluído “Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas” e “Encaminhar para atendimento médico”.
- “Presença de hipergranulação em ferida” – incluído “Descrever as características da ferida”, “Aplicar curativo que gere ligeira pressão em ferida” e “Aplicar nitrato de prata”.
- “Presença de necrose” - incluído “descrever as características da ferida” e “Encaminhar para atendimento médico”.
- “Pele perilesional seca” – incluído “Prescrever uso de hidratante em pele perilesional” e “Avaliar necessidade de curativo de proteção”.
- “Úlcera com recidiva” - retirado “Documentar história da úlcera” e incluído “Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes”.
- “Úlcera venosa” - retirado “Documentar história da úlcera” e incluído “Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes” e “Avaliar pressão arterial”.
- “Risco de déficit nutricional” – substituído o termo “dieta” por “alimentos” e incluído “Solicitar exames laboratoriais para avaliação”.

- “Ingestão de alimentos insuficiente”, “Ingestão excessiva de alimentos” e “Condição nutricional prejudicada” - substituído o termo “dieta” por “plano de mudança de hábitos alimentares” e incluído “Solicitar exames laboratoriais para avaliação”.
- “Hiperglicemia” - substituído o termo “dieta” por “plano de mudança de hábitos alimentares” e incluído “Solicitar exames laboratoriais para avaliação”, “monitorar glicemia capilar” e “Encaminhar para atendimento médico”.
- “Estado de hiperlipidemia” - substituído o termo “dieta” por “plano de mudança de hábitos alimentares” e incluído “Solicitar exames laboratoriais para avaliação”, “Encaminhar para atendimento médico” e “Encorajar a adesão a um plano de atividade física”.
- “Estado de obesidade” - substituído o termo “dieta” por “plano de mudança de hábitos alimentares” e incluído “Solicitar exames laboratoriais para avaliação” e “monitorar peso”.
- “Cicatrização da ferida prejudicada” – retirado “documentar a história da ferida”.
- “Exsudato de moderada quantidade”, “Exsudato de excessiva quantidade”, “Exsudato purulento” e “Exsudato seroso” – incluído “Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo” e “Descrever as características da ferida”.
- “Exsudato de leve quantidade” – incluído “Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo”, “Descrever as características da ferida” e “Manter a ferida úmida”.
- “Exsudato sanguinolento” e “Exsudato serossanguinolento” – incluído “Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo”, “Descrever as características da ferida” e “Avaliar ocorrência de trauma”.
- “Edema periférico” - substituído o termo “indicar” por “prescrever” e incluído “Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes” e “Prescrever elevação das pernas em intervalos constantes”.

- “Infecção” – retirada a palavra “administrar”.
- “Lipodermatoesclerose” - substituído o termo “indicar” por “prescrever” e incluído “Prescrever elevação das pernas em intervalos constantes”.
- “Odor fétido” - incluído “avaliar ferida para a tomada de decisão em relação ao curativo” e “descrever as características da ferida”.
- “Baixo exercício físico” – retirado “Elaborar plano de atividade física para o paciente mediante acordo mútuo”.
- “Tabagismo” – incluído “Encaminhar para grupo de autoajuda”.
- “Enfrentamento familiar prejudicado”, “Condição social prejudicada”, “papel de trabalho prejudicado”, “Isolamento social”, “Risco para isolamento social”, “Capacidade para realizar atividade de lazer prejudicada”, “Falta de apoio familiar”, “Falta de apoio social” e “Ligação afetiva prejudicada” – incluído “Encaminhar para equipe multiprofissional, se necessário” e “Programar visita domiciliária”.
- “Angústia”, “Tristeza”, “Ansiedade”, “Baixa autoestima”, “Risco de baixa autoestima”, “Estresse”, “Medo” e “Imagem corporal prejudicada” - – incluído “Encaminhar para equipe multiprofissional, se necessário”.
- “Disposição para o enfrentamento” - incluído “Orientar a cerca de necessidade de adaptação”, “Encaminhar para equipe multiprofissional, se necessário” e “Programar visita domiciliária”.
- “Comunicação enfermeiro e paciente prejudicada” e “ Baixo conhecimento em saúde” – incluído “verificar se paciente compreendeu orientações ofertadas”.
- “Não adesão à terapia” – incluído “Explicar ações e possíveis efeitos adversos dos medicamentos”, “Orientar a cerca do uso de medicamentos”, “Ajustar esquema terapêutico às atividades sociais e de lazer”, “Identificar efeito colateral do regime terapêutico” e “Verificar se o paciente compreendeu orientações ofertadas”.
- “Crença religiosa conflituaosa” - substituído o termo “avaliar” por “identificar”.

Cabe ressaltar que, dos 25 novos diagnósticos criados, não constantes na CIPE[®] 2015, 18 permaneceram inalterados pós-validação, três foram excluídos e 04 sofreram alterações na redação do enunciado. Durante o processo de validação, pode-se observar a importância da presença destes novos diagnósticos no subconjunto a fim de ofertar prontidão ao enfermeiro assistente, quando, no cuidado à pessoa com úlcera venosa, atentar-se-á a todos esses possíveis achados clínicos.

A submissão dos diagnósticos de enfermagem à validação permite aperfeiçoar e legitimar a taxonomia, possibilitando a generalização e aumentando sua predição. A escolha adequada de peritos para a amostra de juízes, tanto em relação ao perfil quanto ao número, é uma dificuldade encontrada em estudos brasileiros que se propõem a validar diagnósticos de enfermagem (LOPES; SILVA; ARAUJO, 2013; CHAVES; CARVALHO; ROSSI, 2009). Sendo assim, como esta validação se deu num grupo pequeno e de uma população específica (a de enfermeiros da Atenção Básica de Saúde do Município de Vitória), não se pode afirmar que se extrapole a outros grupos.

Não obstante, a validação por consenso, por permitir a exaurida discussão em um grupo potencial, qualifica o processo de cuidado, aprofunda o conhecimento a respeito da taxonomia e amplia o uso da taxonomia (AZZOLIN *et al.*, 2012). Durante o processo de validação ficou nítido para a pesquisadora o interesse que este gerou nos juízes pela temática, observado pelo afinho dispendido na validação propriamente dita e por relatos informais recebidos após o encontro.

Submeter o presente subconjunto à uma validação clínica e suas variáveis pode melhorar sua sensibilidade e especificidade, já que verificar-se-iam se os diagnósticos construídos estão realmente presentes na população alvo.

6.7 ESTRUTURAÇÃO DO SUBCONJUNTO DA CIPE[®] PARA O CUIDADO À PESSOA COM ÚLCERA VENOSA SEGUNDO O REFERENCIAL TEÓRICO DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS

As alterações propostas foram redigidas pela pesquisadora e socializadas para leitura e avaliação dos participantes via correio eletrônico. Após um prazo de sete dias, destinados à avaliação, não houve qualquer discordância. Assim, o formato final do Subconjunto terminológico CIPE[®] para a pessoa com úlcera venosa conta com 86 diagnósticos, resultados de enfermagem e 308 intervenções de enfermagem e está descrito no Quadro 7. A distribuição do número de diagnósticos e intervenções de enfermagem pelas Necessidades Humanas Básicas pode ser observado no Quadro 8.

Quadro 7 – Subconjunto terminológico CIPE[®] para o cuidado à pessoa com úlcera venosa.

NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS	
Necessidades Psicobiológicas - INTEGRIDADE CUTANEOMUCOSA	
Diagnósticos/ Resultados de Enfermagem	
Alergia Atrofia branca Bordas de ferida irregulares Bordas de ferida regulares Celulite Corpo Estranho em ferida Crosta em ferida Descamação em pele Eczema Epitelização em bordas de ferida Eritema Esfacelo em ferida Ferida de espessura parcial	Ferida de espessura total Hiperemia Hipergranulação em ferida Infiltração em bordas de ferida Integridade tissular prejudicada Maceração em bordas de ferida Necrose Pele hiperpigmentada Pele perilesional seca Tecido de granulação Tecido cicatricial Úlcera com recidiva Úlcera Venosa
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 Estado de hiperlipidemia Estado de obesidade Hiperglicemia	Ingestão de alimentos insuficiente Ingestão excessiva de alimentos Risco de déficit nutricional
--	---

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.
- Pesar 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.

<ul style="list-style-type: none"> • 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 Dor por ferida leve/ moderado/ severo Odor fétido leve/ moderado/ severo	Percepção tátil prejudicada Prurido leve/ moderado/ severo Risco de função neurovascular periférica prejudicada
Intervenções de Enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	

<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento do paciente sobre seu padrão de sexualidade. • 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. 	

<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	

<ul style="list-style-type: none"> • 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). • 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 domiciliar. • 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. 	

<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	

Fonte: a autora.

Quadro 8 – Distribuição do número de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem pelas Necessidades Humanas Básicas.

NECESSIDADES	DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS		
Integridade Cutâneo-mucosa	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

Fonte: a autora.

Deve-se ressaltar que os catálogos não substituem o juízo clínico do enfermeiro na tomada de decisão para o cuidado individualizado. Todavia, os catálogos de enunciados de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, enquanto instrumentos de documentação, podem apoiar e melhorar a prática clínica e facilitar a incorporação da CIPE[®] na prática dos enfermeiros (ICN, 2008).

O conjunto de diagnósticos visa subsidiar a prática do enfermeiro no cuidado de enfermagem de qualidade, fundamentado em evidências clínicas, todavia, cabe ao enfermeiro, na arte do cuidar, o uso da criticidade e do diálogo junto à pessoa cuidada, respeitando o sujeito histórico e autônomo que é, o papel de transformar essa tecnologia dura em leve-dura.

6.8 ARTIGO

Revista: Acta Paulista de Enfermagem

Diagnósticos e intervenções de enfermagem para a pessoa com úlcera venosa

Resumo

Objetivo: Elaborar e validar Subconjunto terminológico CIPE® para o cuidado à pessoa com úlcera venosa orientado pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta.

Método: Pesquisa metodológica que seguiu os seguintes passos: 1) identificação e validação das evidências empíricas relacionadas à úlcera venosa descritas na literatura, por meio de uma revisão integrativa de literatura com busca nas bases de dados; 2) mapeamento das evidências com os termos da CIPE®; 3) elaboração dos enunciados de Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem e construção das Definições Operacionais; 4) validação de conteúdo por consenso dos enunciados construídos de Diagnóstico, Resultados e Intervenções de enfermagem com juízes; e 5) organização e estruturação do Subconjunto CIPE®.

Resultados: 86 diagnósticos, resultados de enfermagem e 308 intervenções foram validados por um grupo de juízes enfermeiros, expertises em tratamento de úlcera venosa.

Conclusão: A CIPE® evidenciou-se como uma taxonomia que pode ser compatível e aplicável à clínica do enfermeiro, com potencial para a organização do processo de trabalho, seja no âmbito ambulatorial ou hospitalar.

Descritores: *Terminologia padronizada em enfermagem; Diagnóstico de enfermagem; Processo de enfermagem; Classificação; Úlcera varicosa.*

Introdução:

As úlceras venosas se constituem como um grave problema de saúde pública, já que causam incapacidade, sofrimento, isolamento social e serem de alto custo, tanto por consumirem recursos para o cuidado, quanto por causarem prejuízos à qualidade de vida.^(1,2) Ainda, os tratamentos são longos e apresentam recidiva de 70%.⁽³⁾ Possuem prevalência na população mundial em torno de 1% a 1,5%^(4,5) e no Brasil acometem aproximadamente 3% da população.⁽⁶⁾

A conduta do profissional é fundamental para evolução da ferida, já que a escolha dos cuidados ofertados pode contribuir para a melhora ou piora do quadro clínico.⁽⁷⁾ A enfermagem, desde a sua concepção, tem na sua prática rotineira o cuidado a pessoas com feridas. E, na busca por qualificar essa assistência prestada deve-se utilizar o processo de enfermagem como instrumento metodológico e sistemático para a prestação do cuidado às pessoas com úlcera venosa.⁽⁸⁾

Para a implementação do processo de enfermagem faz-se necessária à utilização de sistemas de classificação que auxiliem na identificação de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem e, dentre as taxonomias, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) mostra-se apropriada, principalmente quando direcionada a uma população ou prioridade de saúde específicas, representadas pelos subconjuntos terminológicos.⁽⁹⁾

Os subconjuntos são conjuntos de enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem direcionados a determinadas condições de saúde, especialidades ou contextos de cuidados, ou ainda fenômenos de enfermagem, objetivando facilitar a documentação da prática e simplificar o uso da classificação CIPE®.⁽¹⁰⁾ Faz-se crescente a necessidade de desenvolvimento de subconjuntos terminológicos e até o momento foram publicados sete subconjuntos, no entanto, ainda não existe um que seja direcionado à pessoa com úlcera venosa.

A abordagem a pacientes com úlcera venosa precisa ser holística e integral, já que a etiologia é complexa, com vários fatores associados e que interferem diretamente na qualidade de vida dessas pessoas.^(3,6) Nessa perspectiva, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, de Wanda Aguiar Horta, apresenta-se como adequada enquanto aporte teórico na organização do cuidado de enfermagem à pessoa com úlcera venosa, pois para a teoria, a enfermagem respeita e mantém a unicidade, autenticidade e individualidade do ser humano.⁽¹¹⁾

Justifica-se, portanto, a relevância do presente estudo, com o objetivo de elaborar e validar o Subconjunto terminológico CIPE® para o cuidado a pessoa com úlcera venosa orientado pela teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Aguiar Horta.

Método

Estudo do tipo metodológico desenvolvido em cinco etapas. Na primeira, por meio de uma revisão integrativa, buscou-se evidências para a prática de enfermagem à pessoa com úlcera venosa dispostas na literatura a fim de responder à seguinte pergunta: Quais as evidências empíricas apresentadas na pessoa com úlcera venosa?

As bases acessadas foram o *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e a Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), e também a *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL).

A busca foi no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior utilizando os seguintes Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), cruzando-os de dois em dois por meio do operador booleano AND: “Úlcera Varicosa” e “Enfermagem”, em inglês: “*Varicose Ulcer*”, “*Nursing*”, e em espanhol: “*Úlcera Varicosa*”, “*Enfermería*”. Para a busca na CINAHL foram utilizados os termos do “*Medical Subject Headings*” (MESH): “*Varicose Ulcer*”, “*Nursing*”. Utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: ter resumo disponível, nos idiomas português, inglês ou espanhol; e publicados entre 2012 e 2016. Como critérios de exclusão: relatos de casos, teses, monografias, manuais e trabalhos que não apresentavam manifestações clínicas da úlcera venosa.

As buscas e análise dos títulos e resumos foram realizadas por dois pesquisadores. Após a seleção os artigos foram lidos pelos dois pesquisadores, fato que permitiu a extração manual das evidências empíricas. Essa listagem inicial passou por um processo de análise, agrupamento e normatização por três pesquisadores, resultando em 88 evidências.

Na segunda etapa do estudo iniciou-se a construção dos enunciados de diagnóstico e resultados de enfermagem através do cruzamento das evidências empíricas, com os termos da CIPE®, versão 2015. Para cada evidência empírica, selecionou-se um termo constante no eixo Foco e um termo do eixo Julgamento, com a inclusão de termos adicionais quando necessário, resultando em 73 diagnósticos e resultados. Foram criados 25 novos diagnósticos e resultados de enfermagem, por não constarem na CIPE®, versão 2015. Também foi considerada a norma ISO 18.104:2014 - Informática em saúde: estruturas categoriais para representação de diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem em sistemas terminológicos, na qual um diagnóstico pode ser expresso por foco mais julgamento ou um achado clínico.⁽¹²⁾ Nessa mesma etapa, foram construídas as definições operacionais para cada diagnóstico, utilizando-se das definições da CIPE® para os termos constantes e de artigos científicos, manuais, livros textos da enfermagem e dicionários para os não constantes. Para esta construção, utilizou-se a definição canônica, quando forma-se pelo “termo que representa o objeto” + verbo ser + “artigo definido ou indefinido” + “classe a que pertence o objeto” + “características da espécie”.⁽¹³⁾

Para cada diagnóstico, foi elaborado um bloco de enunciados de intervenções de enfermagem, utilizando-se um termo do eixo Ação e um termo Alvo da CIPE®, que pode pertencer a

qualquer um dos eixos, exceto do eixo Julgamento. Considerou-se, também, a norma ISO 18.104:2014, com um descritor para ação e pelo menos um descritor para alvo, exceto quando o alvo é o próprio sujeito do registro.⁽¹²⁾ Nessa terceira etapa, além do mapeamento cruzado com a CIPE®, versão 2015, fez-se uso de livros de referência na área de úlcera venosa e de enfermagem, além da experiência dos pesquisadores.

Na quarta etapa da pesquisa, o subconjunto terminológico foi submetido à validação de conteúdo por consenso com juízes enfermeiros, tendo como critérios trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Vitória - ES e atender pessoas com úlcera venosa. A escolha dos juízes enfermeiros deu-se por conveniência, por indicação dos pesquisadores e da enfermeira estomaterapeuta, referência em feridas, coordenadora do grupo de cuidados com a pele da Prefeitura. Para essa etapa, foram convidados, via carta convite, 13 enfermeiros, além da coordenadora do grupo de cuidados com a pele.

No início da reunião fez-se uma orientação a respeito da pesquisa, da Teoria das Necessidades Humanas Básicas e da CIPE®. A seguir, foi entregue aos enfermeiros o subconjunto, um questionário para caracterização dos juízes e as definições operacionais dos diagnósticos solicitando a leitura e que fossem assinaladas as concordâncias/discordâncias no subconjunto. Após isso foram discutidos somente os itens em que havia discordância e, por consenso, tomadas as decisões de permanecer, retirar ou reescrever o enunciado. Destaca-se que os enunciados foram considerados válidos na presença de 100% de consenso.

O tempo do encontro de validação foi de três horas e meia. Após esse momento, as alterações propostas foram redigidas pela pesquisadora e socializadas com os participantes via correio eletrônico, que tiveram o tempo de sete dias para leitura e apontamentos quanto à redação.

Não havendo discordância, na quinta e última etapa, procedeu-se à reestruturação do subconjunto seguindo as recomendações do CIE e orientado pelo referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 61423516.7.0000.5060.

Resultado

Na revisão integrativa de literatura, foram encontrados 43 artigos na LILACS, 56 na MEDLINE e 01 na CINAHL, somando um total de 100 artigos. Destes, 06 foram excluídos por não terem o resumo disponível e 07 excluídos por estarem em repetição. Após leitura dos 87 resumos, 66 artigos foram excluídos seguindo os critérios de exclusão. Por fim, foram selecionados para leitura na íntegra 21 artigos (Figura 1).

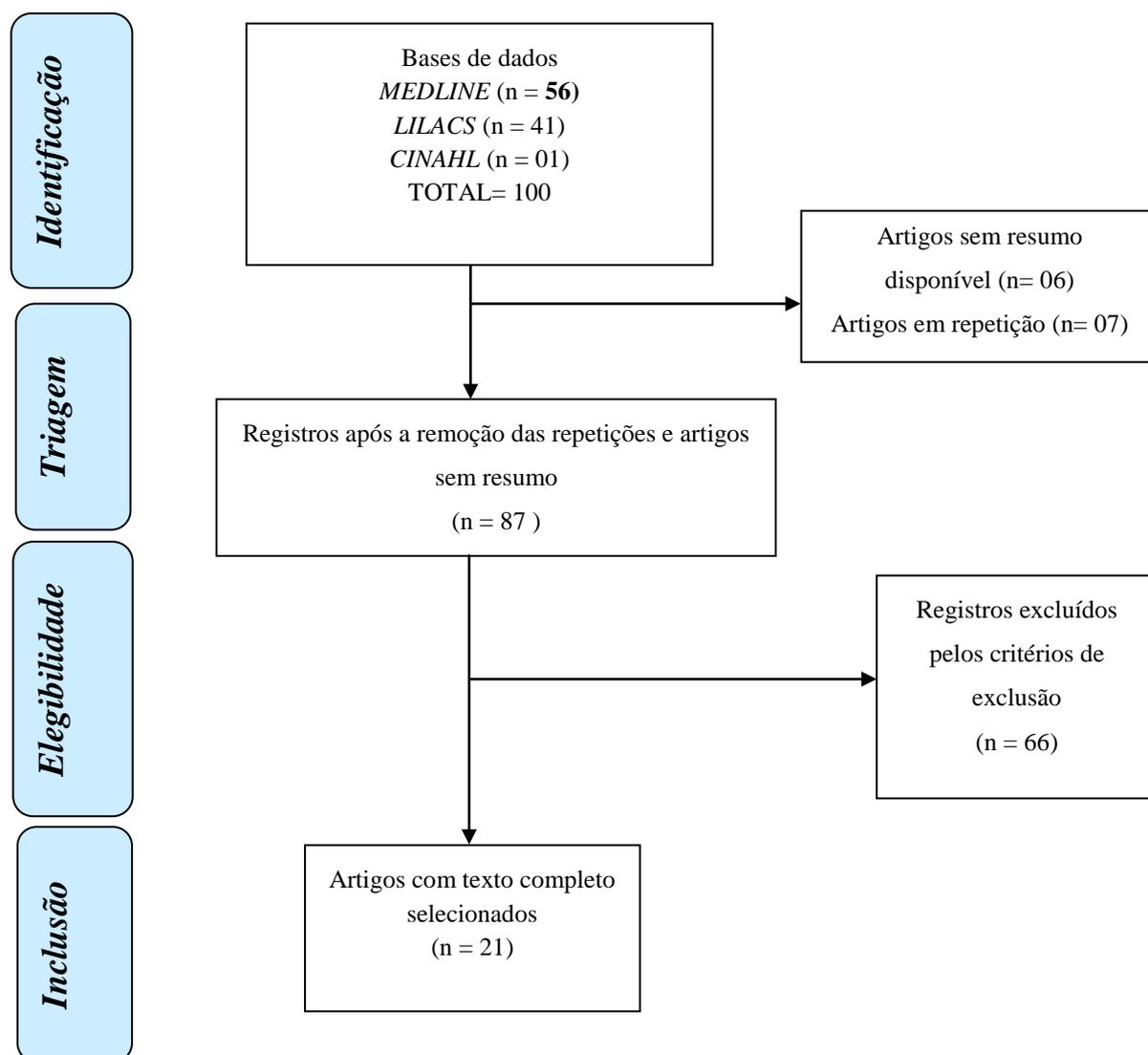


Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de busca e seleção dos estudos incluídos na revisão integrativa.

Desses artigos foram extraídas, manualmente, 88 evidências. Além do termo “Úlcera venosa”, presente em todos os artigos, o mais citado foi “dor”, em 71,4% das publicações. Em seguida, os termos relacionados à insuficiência venosa com 66,6%, redução da mobilidade funcional teve 61,9%, os termos “exsudato”, “infecção” e “isolamento social” com 52,3% cada, “odor” em 42,8%, “Cicatrização”, “Hiperglicemia” e “Edema” em 38,9%, “Repouso diminuído” e “Diminuição da capacidade para o trabalho” em 33,3%, “Necrose”, “Recidiva”, “Alterações no padrão de sono” e “Baixa autoestima” citados em 28,5%, outros termos tiveram 5 ou menos citações e, embora pouco citados, foram considerados para a criação dos diagnósticos. Por meio do cruzamento das evidências extraídas com os termos constados no eixo foco da CIPE®, versão 2015, elaboraram-se 73 Diagnósticos e Resultados de enfermagem. Além

disso, foram criados 25 novos diagnósticos e resultados de enfermagem, já que essas evidências não foram encontradas na CIPE®, versão 2015. Totalizando um número de 98 diagnósticos e resultados de enfermagem, quando, oportunamente, também foram estabelecidas as definições operacionais para cada diagnóstico.

A fim de facilitar o raciocínio clínico, os diagnósticos foram organizados dentro dos campos das Necessidades Humanas Básicas descritas por Horta e, para cada diagnóstico de enfermagem, foi elaborado um bloco de enunciados de intervenções de enfermagem, num total de 308, considerando o Modelo 7 Eixos da CIPE®, versão 2015.

Os enunciados foram submetidos à validação de conteúdo por consenso com 13 enfermeiros, sendo que 86 diagnósticos e resultados de enfermagem foram considerados válidos por 100% dos juízes. Dos 25 diagnósticos não constantes na CIPE®, 18 permaneceram inalterados, três foram excluídos e 04 sofreram alterações na redação do enunciado. Houve sugestões de alteração e ajustes em algumas intervenções. Assim, a configuração final do subconjunto está descrita no quadro 1.

Necessidades psicobiológicas	
Necessidades Psicobiológicas - integridade cutaneomucosa	
Diagnósticos/ Resultados de enfermagem	
Alergia Atrofia branca Bordas de ferida irregulares Bordas de ferida regulares Celulite Corpo Estranho em ferida Crosta em ferida Descamação em pele Eczema Epitelização em bordas de ferida Eritema Esfacelo em ferida Ferida de espessura parcial	Ferida de espessura total Hiperemia Hipergranulação em ferida Infiltração em bordas de ferida Integridade tissular prejudicada Maceração em bordas de ferida Necrose Pele hiperpigmentada Pele perilesional seca Tecido de granulação Tecido cicatricial Úlcera com recidiva Úlcera Venosa
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. 	

<ul style="list-style-type: none"> • 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 Estado de hiperlipidemia Estado de obesidade Hiperglicemia	Ingestão de alimentos insuficiente Ingestão excessiva de alimentos Risco de déficit nutricional
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. 	

<ul style="list-style-type: none"> • 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 Edema periférico Exsudato de grande quantidade Exsudato de moderada quantidade Exsudato pouca quantidade Exsudato purulento Exsudato sanguinolento	Exsudato seroso Exsudato serossanguinolento Infecção Lipodermatoesclerose Processo vascular prejudicado Risco de queda
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	

<ul style="list-style-type: none"> • 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 Dor por ferida leve/ moderado/ severo Odor fétido leve/ moderado/ severo	Percepção tátil prejudicada Prurido leve/ moderado/ severo Risco de função neurovascular periférica prejudicada
Intervenções de enfermagem	
<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	

<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • 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	
<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento do paciente sobre seu padrão de sexualidade. • 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.	
<ul style="list-style-type: none"> 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). • 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 domiciliar. • 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. • 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 domiciliar. 	
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 conflitua	
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

Discussão

Diante da complexidade da assistência a pessoas com úlcera venosa, o enfermeiro deve contar com uma abordagem holística de modo a contemplar o indivíduo em sua plenitude, sobretudo por se tratar de um ser humano especificamente fragilizado, impactado biopsicossocialmente.⁽¹⁴⁾ Fato que corrobora com a pertinência da escolha da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, pois demonstra sua aplicabilidade para atender às necessidades dessa população e colabora com a organização dos diagnósticos de forma integral e abrangente.

As necessidades psicobiológicas apresentaram a maioria dos diagnósticos, com foco na integridade cutaneomucosa. Afinal, a úlcera venosa é comumente caracterizada por localizar-se na porção inferior da perna, de profundidade superficial ou espessura parcial, atingindo apenas a epiderme e a derme, com tecido de granulação em seu leito, de bordas irregulares e com exsudação de média a grande quantidade, de aspecto seroso ou serossanguinolento.^(6,15,16) Estima-se que por volta de 70% das úlceras venosas melhoradas sofrerão recidivas.^(3,17)

Sabe-se que a principal etiologia da úlcera venosa é a insuficiência venosa crônica (IVC), sendo a mais prevalente das doenças venosas, afetando 2% da população ocidental.⁽¹⁸⁾ Assim, na necessidade psicobiológica de regulação observou-se que a estase venosa provocada pela IVC tem como consequência alterações cutâneas e na microcirculação, ocasionando edema, lipodermatoesclerose, veias varicosas, hiperpigmentação, eczema, dermatite, celulite ou erisipela, que culminarão na ulceração.^(4,5)

Na necessidade psicobiológica de percepção, a dor é um sintoma bem frequente nas pessoas com úlcera venosa e a sua prevalência nessa população é de em torno de 80%.^(15,19,20) Por ser crônica, está intimamente relacionada à diminuição da capacidade funcional e para o trabalho, distúrbios no padrão de sono, aumento no tempo de cicatrização da ferida e até o isolamento social, reduzindo significativamente a qualidade de vida dessas pessoas.^(3,15,19)

Quanto às necessidades psicossociais, a presença da úlcera afeta a autoimagem corporal, a autoestima, o convívio social e familiar, a capacidade para o trabalho e para atividades diárias, causando prejuízos importantes para pessoa acometida.^(1,21)

Pode-se observar que a maioria das evidências se refere às necessidades psicobiológicas, com foco na lesão. Assim, caberá ao enfermeiro, no exercício do cuidado, utilizando-se da criticidade e da mediação através do diálogo com o paciente, tornar esse fio condutor de sua prática, que é o subconjunto, uma tecnologia dura, numa tecnologia leve, considerando a pessoa como o sujeito da aprendizagem para o seu autocuidado, compreendendo-o como sujeito histórico e autônomo.

A submissão dos diagnósticos de enfermagem à validação permite aperfeiçoar e legitimar a taxonomia, possibilitando a generalização e aumentando a sua predição.⁽²²⁾ Não foi definida pelo CIE uma proposta metodológica de validação para os subconjuntos.⁽²³⁾

A validação por consenso permite uma exaurida discussão em um grupo potencial, aprofunda o conhecimento a respeito e amplia o uso da classificação.⁽²⁴⁾ Pode ser observada a participação de todos os enfermeiros nas discussões quanto à permanência ou retirada de alguns diagnósticos e intervenções como para mudança de redação de itens do subconjunto de forma adequar-se à prática profissional.

Acredita-se que o subconjunto CIPE® para pessoas com úlcera venosa, validado no presente estudo, pode qualificar a assistência de enfermagem a essas pessoas, já que, enquanto instrumento de documentação, pode apoiar e melhorar a prática clínica e facilitar a incorporação da CIPE® na prática dos enfermeiros. Todavia, ressalta-se que os catálogos não substituem o juízo clínico do enfermeiro na tomada de decisão para o cuidado individualizado.⁽²³⁾

Embora mostre-se evidente a importância do subconjunto, alguns pontos devem ser considerados: o processo de validação ocorreu em um grupo pequeno e de população específica, fato que pode limitar a aplicabilidade deste a outros cenários. Contudo, as bases científicas para a sua construção emergiram de estudos e diretrizes clínicas nacionais e internacionais publicadas em periódicos indexados. Submeter o presente subconjunto a uma

validação clínica e suas variáveis, assim como, uma validação externa que considere diversos cenários e extratos culturais pode melhorar sua sensibilidade e especificidade.

Conclusão

O estudo possibilitou o desenvolvimento e a validação 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. Essa teoria, além de servir de sustentáculo para a organização do subconjunto, ofertou aporte teórico-conceitual para a pesquisa.

A CIPE® evidenciou-se como uma taxonomia compatível à clínica do enfermeiro, já que o seu vocabulário é usual à prática profissional. Foi perceptível a potencialidade dessa terminologia para a organização do processo de trabalho do enfermeiro, seja no âmbito ambulatorial ou hospitalar.

Espera-se que o instrumento proposto seja objeto de outros estudos, a fim de incluí-lo na prática profissional de enfermeiros que cuidam de pessoas com úlcera venosa, sendo mecanismo para melhora da assistência prestada.

Referências

1. Green J, Jester R, McKinley R, Pooler A. The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. *J Wound Care*. 2014 Dec 2;23(12):601–12.
2. Torres G de V, Balduino LSC, Costa IKF, Mendes FRP, Vasconcelos QLD de AQ de. Comparação dos domínios da qualidade de vida de clientes com úlcera venosa. *Rev enferm UERJ*. 2014; 22(1):57–64.
3. Araújo R de O, Silva DC da, Souto RQ, Pergola-Marconato AM, Fernandes Costa IK, Torres G de V. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. *Aquichan*. 2016 Feb 1;16(1):56–66.
4. O'Donnell TF, Passman MA, Marston WA, Ennis WJ, Dalsing M, Kistner RL, et al. Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *J Vasc Surg*. 2014 Aug 1;60(2):3S – 59S.
5. Oliveira SB, Pires P da S, Soares DA. Prevalência de úlceras venosas e fatores associados entre adultos de um centro de saúde de Vitória da Conquista, BA. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online*. 2015;7(3):2659–69.
6. Torres SM de O, Monteiro VGN, Salvetti MDG, Melo GDSM, Torres GDV, Maia EMC. Sociodemographic, clinic and health characterization of people with venous ulcers attended at the family health strategy. *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online*. 2014 Dec 1;6(5):50.

7. Oliveira BGRB de, Castro JB de A, Ganjeiro JM. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. *Rev. enferm. UERJ*, v. 21, n. 1, n.esp, p. 612–617, 2013.
8. Brasil. Resolução COFEN no358/2009, de 15 de outubro de 2009 [Internet]. 2009. Available from: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>
9. Araújo AA de, Nóbrega MML da, Garcia TR. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 2, p. 385–392, abr. 2013.
10. International Council of Nurses (ICN). Guidelines for ICNP® Catalogue Development: International Classification for Nursing Practice Program. Geneva: ICN; 2008.
11. Horta W de A. Processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
12. International Organization for Standardization (ISO). Health Informatics: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS 18104: 2014). Geneva: ISO; 2014. Disponível em: http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=59431. Acesso em novembro de 2015.
13. Garcia TR. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem(CIPE®): versão 2015. Porto Alegre: Artmed; 2016. 340 p.
14. Ferreira AM, Bogamil DDD, Tormena PC. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. *Arq Ciênc Saúde*. 2008 Sep;15(3):103–5.
15. Budó M de LD, Durgante VL, Rizzatti S de JS, Silva DC da, Gewehr M, Farão EMD. Úlcera venosa, índice tornozelo braço e dor nas pessoas com úlcera venosa em assistência no ambulatório de angiologia. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2015;5(3):1794–804.
16. Oliveira BGRB de, Nogueira G de A, Carvalho MR de, Abreu AM de. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. *Rev Eletrônica Enferm*. 2012 Mar 31;14(1):156–63.
17. Sant’Ana SMSC, Nunes CAB, Santos QR, Bachion MM, Malaquias SG, Oliveira BGRB. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(4):637–44.
18. Weller C, Evans S. Venous leg ulcer management in general practice--practice nurses and evidence based guidelines. *Aust Fam Physician*. 2012 May;41(5):331–7.
19. Silva DC da, Torres G de V, Budó M de LD, Schimith MD, Salvetti M de G. Personal pain relief strategies used by venous ulcer patients. *Rev dor*. 2015;16(2):86–9.
20. Salvetti M de G, Costa IKF, Dantas DV, Freitas CCS de, Vasconcelos QLD de AQ de, Torres G de V. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. *Rev Dor*. 2014;15(1):17–20.

21. Dias TYAF, Costa IKF, Melo MDM, Torres SM da SGS de O, Maia EMC, Torres G de V. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com e sem úlcera venosa. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014 Jul 1;22(4):576–81.
22. Lopes MV de O, Silva VM da, Araujo TL de. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2017 Aug 27];66. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672013000500002
23. Carvalho CMG, Cubas MR, Nóbrega MML da. Método brasileiro para desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE®: limites e potencialidades. *Rev Bras Enferm*. 2017;70(2):449–54.
24. Azzolin K, Souza EN de, Ruschel KB, Mussi CM, Lucena A de F, Rabelo ER. Consensus on nursing diagnoses, interventions and outcomes for home care of patients with heart failure. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012 Dec;33(4):56–63.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolveu e validou uma ferramenta para a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem no cuidado à pessoa com úlcera venosa a partir da CIPE[®], estruturado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Essa teoria, além de servir de sustentáculo para a organização do subconjunto, ofertou aporte teórico-conceitual para a pesquisa.

Durante todo o processo de construção do trabalho e, em especial, na validação de conteúdo do subconjunto, a CIPE[®] evidenciou-se como uma taxonomia compatível à clínica do enfermeiro, já que seu vocabulário é usual à prática profissional. Foi perceptível a potencialidade dessa terminologia para organização do processo de trabalho do enfermeiro.

Acredita-se que os objetivos do estudo foram alcançados no que tange à construção dos enunciados capazes de instrumentalizar o enfermeiro para o raciocínio clínico e a tomada de decisão, apresentados nos 86 diagnósticos construídos e as suas 308 intervenções. Os subconjuntos não se propõem a limitar a autonomia do enfermeiro, ao contrário, no atendimento deve prevalecer a singularidade do julgamento clínico e do cuidado à pessoa com úlcera venosa.

Não obstante, a formação de enfermeiros precisa oferecer aporte para o desenvolvimento do raciocínio clínico destes na busca por julgamentos precisos objetivando uma prática segura e a potencialidade de parceria para incorporação em disciplinas da graduação em enfermagem desta escola (da Universidade Federal do Espírito Santo) de estudos como este pode ser um facilitador deste processo já que auxilia no aprofundamento de estudos a cerca da terminologia.

Vale destacar, também, que o estudo propiciou a divulgação da CIPE[®] no contexto a qual foi desenvolvido, com enfermeiros da Atenção Básica do Município de Vitória, fato evidenciado pelos relatos informais de desejo de alguns pares no desenvolvimento de outros catálogos e estudos. A divulgação da CIPE[®] é de interesse do CIE.

Há a perspectiva de que o subconjunto seja incorporado à prática dos enfermeiros atuantes na atenção básica do município de Vitória por meio de discussão dentro do “grupo de cuidados com a pele” para posterior inclusão enquanto ferramenta no Prontuário Eletrônico Municipal.

Por fim, espera-se a continuidade da pesquisa para que o subconjunto sofra outros processos de validação, culminando na utilização por enfermeiros que cuidam de pessoas com úlcera venosa.

REFERÊNCIAS

- ABBADE, L. P. F.; LASTÓRIA, S. Management of patients with venous leg ulcer. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 81, n. 6, p. 509–522, dez. 2006.
- ADDERLEY, U. J.; THOMPSON, C. Community Nurses' Judgement for the Management of Venous Leg Ulceration: A Judgement Analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 52, n. 1, p. 345–354, jan. 2015.
- ALVES, D. F. dos S.; ALMEIDA, A. O. de; SILVA, J. L. G.; MORAIS, F. I.; DANTAS, S. R. P. E.; ALEXANDRE, N. M. C.; ALVES, D. F. dos S.; ALMEIDA, A. O. de; SILVA, J. L. G.; MORAIS, F. I.; DANTAS, S. R. P. E.; ALEXANDRE, N. M. C. Translation and adaptation of the bates-jensen wound assessment tool for the brazilian culture. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 826–833, set. 2015.
- ARAÚJO, A. A. de; NÓBREGA, M. M. L. da; GARCIA, T. R. Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes portadores de insuficiência cardíaca congestiva utilizando a CIPE®. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 2, p. 385–392, abr. 2013.
- ARAÚJO, R. de O.; SILVA, D. C. da; SOUTO, R. Q.; PERGOLA-MARCONATO, A. M.; FERNANDES COSTA, I. K.; TORRES, G. de V. Impacto de úlceras venosas na qualidade de vida de indivíduos atendidos na atenção primária. **Aquichan**, v. 16, n. 1, p. 56–66, 1 fev. 2016.
- AZZOLIN, K.; SOUZA, E. N. de; RUSCHEL, K. B.; MUSSI, C. M.; LUCENA, A. de F.; RABELO, E. R. Consensus on nursing diagnoses, interventions and outcomes for home care of patients with heart failure. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 4, p. 56–63, dez. 2012.
- BERGQVIST, D.; LINDHOLM, C.; NELZÉN, O. Chronic Leg Ulcers: The Impact of Venous Disease. **Journal of Vascular Surgery**, v. 29, n. 4, p. 752–755, abr. 1999.
- BORGES, E. L. **Feridas: úlceras dos membros inferiores**. Rio de Janeiro: Grupo Gen - Guanabara Koogan, 2011.
- BORGES, E. L.; SAAR, S. R. da C.; MAGALHÃES, M. B. B.; GOMES, F. S. L.; LIMA, V. L. de A. N. L. **Feridas: como tratar**. 2ª Ed. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.
- BRITO, C. K. D.; NOTTINGHAM, I. C.; VICTOR, J. F.; FEITOZA, S. M. de S.; SILVA, M. G. da; AMARAL, H. E. G. do. Úlcera venosa: avaliação clínica, orientações e cuidados com o curativo. **Rev. RENE**, v. 14, n. 3, p. 470–480, 2013.
- BUDÓ, M. de L. D.; DURGANTE, V. L.; RIZZATTI, S. de J. S.; SILVA, D. C. da; GEWEHR, M.; FARÃO, E. M. D. Úlcera venosa, índice tornozelo braço e dor nas pessoas com úlcera venosa em assistência no ambulatório de angiologia. **Rev. Enferm. Cent.-Oeste Min**, v. 5, n. 3, p. 1794–1804, 2015.

- CARVALHO, C. M. G.; CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Método Brasileiro Para Desenvolvimento de Subconjuntos Terminológicos Da CIPE®: Limites E Potencialidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 2, p. 449–454, 2017.
- CHAVES, E. C. L.; CARVALHO, E. C. de; ROSSI, L. A. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, 5 nov. 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/8063>>. Acesso em: 27 ago. 2017.
- CLARES, J. W. B.; FREITAS, M. C. de; GUEDES, M. V. C. Percurso Metodológico Para Elaboração de Subconjuntos Terminológicos CIPE®: Revisão Integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1119–1126, 1 dez. 2014.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009. **Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em julho de 2016.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 0501/2015. **Competência da Equipe de Enfermagem no Cuidado às Feridas**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05012015_36999.html>. Acesso em julho de 2016.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® - versão 2015**.
- COSTA, L. M.; HIGINO, W. J. F.; LEAL, F. de J.; COUTO, R. C. Clinical and socio-demographic profile of patients with venous disease treated in health centers of Maceió (AL), Brazil. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 11, n. 2, p. 108–113, jun. 2012.
- CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. **Atenção Primária em Saúde: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem**. [s.l.: s.n.]
- DANTAS, D. V.; DANTAS, R. A. N.; COSTA, I. K. F.; TORRES, G. de V. Protocolo de assistência a pessoas com úlceras venosas: validação de conteúdo. **Rev. RENE**, v. 14, n. 3, p. 588–599, 2013.
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras**. São Paulo: Atheneu, 2008.
- DIAS, T. Y. A. F.; COSTA, I. K. F.; MELO, M. D. M.; TORRES, S. M. da S. G. S. de O.; MAIA, E. M. C.; TORRES, G. de V. Avaliação Da Qualidade de Vida de Pacientes Com E Sem úlcera Venosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 576–581, 1 jul. 2014.
- DIAS, T. Y. de A. F.; COSTA, I. K. F.; LIBERATO, S. M. D.; SOUZA, A. J. G. de; MENDES, F. R. P.; TORRES, G. de V. Calidad de Vida de Personas Con úlcera Venosa: Estudio Comparativo Brasil/Portugal. **Online Braz. J. Nurs.** (Online), v. 12, n. 3, 2013a. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4344/html>>. Acesso em: 12 maio. 2017.

DIAS, T. Y. de A. F.; COSTA, I. K. F.; MENDES, C. K. T. T.; SALVETTI, M. de G.; TORRES, G. de V. Influência da assistência e características clínica na qualidade de vida de portadores de úlcera venosa. **Acta Paul. Enferm**, v. 26, n. 6, p. 529–534, 2013b.

DIAS, T. Y. de A. F.; COSTA, I. K. F.; SALVETTI, M. de G.; MENDES, C. K. T. T.; TORRES, G. de V. Influência Da Assistência E Características Clínica Na Qualidade de Vida de Portadores de úlcera Venosa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, n. 6, p. 529–534, 2013c.

FARIA, G. B. G. de; PRADO, T. N. do; LIMA, E. de F. A.; ROGENSKI, N. M. B.; BORGHARDT, A. T.; MASSARONI, L. Conhecimento e prática dos enfermeiros sobre o cuidado com feridas. **Rev Enferm UFPE online**, v. 10, 2016.

FERREIRA, A. M.; BOGAMIL, D. D. D.; TORMENA, P. C. O enfermeiro e o tratamento de feridas: em busca da autonomia do cuidado. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 15, n. 3, p. 103–105, set. 2008.

FONSECA, C.; FRANCO, T.; RAMOS, A.; SILVA, C. A pessoa com úlcera de perna, intervenção estruturada dos cuidados de enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 480–486, 1 abr. 2012.

FRANÇA, L. H. G.; TAVARES, V. Insuficiência venosa crônica: uma atualização. **J. vasc. bras**, v. 2, n. 4, p. 318–328, dez. 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43a edição ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FULY, P. dos S. C.; LEITE, J. L.; LIMA, S. B. S. Correntes de pensamento nacionais sobre sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 883–887, dez. 2008.

GARCIA, T. R. (ed.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem(CIPE®)**: versão 2015. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. da. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 188–193, 2009.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

GREEN, J.; JESTER, R.; MCKINLEY, R.; POOLER, A. The impact of chronic venous leg ulcers: a systematic review. **Journal of Wound Care**, v. 23, n. 12, p. 601–612, 2 dez. 2014.

GREEN, J.; JESTER, R.; MCKINLEY, R.; POOLER, A.; MASON, S.; REDSELL, S. A New Quality of Life Consultation Template for Patients with Venous Leg Ulceration. **Journal of Wound Care**, v. 24, n. 3, p. 140–142; 145–148, mar. 2015.

HOPMAN, W. M.; BUCHANAN, M.; VANDENKERKHOF, E. G.; HARRISON, M. B. Pain and Health-Related Quality of Life in People with Chronic Leg Ulcers. **Chronic Diseases and Injuries in Canada**, v. 33, n. 3, p. 167–174, jun. 2013.

HORTA, W. de A. **Processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **Health Informatics**: Categorial tructures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems (ISO/FDIS 18104: 2014). Geneva: ISO; 2014. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_detail.htm?csnumber=59431>. Acesso em junho de 2017.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Guidelines for ICNP® Catalogue Development**: International Classification for Nursing Practice Program. Geneva: ICN; 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **ICNP® Catalogues (online)**. Atualizado em 22 de fevereiro de 2017. Disponível em: <<http://www.icn.ch/what-we-do/icnpr-catalogues/>>. Acesso em outubro de 2017.

IRION, G.; BARROS, J. C. D. do R.; SOUZA, S. R. de. **Feridas novas abordagens, manejo clínico e atlas em cores**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

JESUS, P. B. R. de; BRANDÃO, E. da S.; SILVA, C. R. L. Cuidados de Enfermagem Aos Clientes Com úlceras Venosas Uma Revisão Integrativa Da Literatura. **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 7, n. 2, p. 2639–2648, 2015.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem**: da teoria à prática. 1ª Edição ed. [s.l: s.n.]

LIBERATO, S. M. D.; SOUZA, A. J. G. de; COSTA, I. K. F.; TORRES, G. de V.; VITOR, A. F.; LIRA, A. L. B. de C. A enfermagem no manejo da dor em pessoas com úlcera venosa: revisão integrativa Nursing in the management of pain in people with venous ulcer: integrative review. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4109–4120, 4 abr. 2016.

LOPES, M. V. de O.; SILVA, V. M. da; ARAUJO, T. L. de. Validação de diagnósticos de enfermagem: desafios e alternativas. **Rev Bras Enferm**, v. 66, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672013000500002>. Acesso em: 27 ago. 2017.

MADDOX, D. Effects of Venous Leg Ulceration on Patients' Quality of Life. **Nursing Standard. Royal College of Nursing** (Great Britain): 1987, v. 26, n. 38, p. 42–49, 23 maio 2012.

MAFFEI, F. H.; MAGALDI, C.; PINHO, S. Z.; LASTORIA, S.; PINHO, W.; YOSHIDA, W. B.; ROLLO, H. A. Varicose Veins and Chronic Venous Insufficiency in Brazil: Prevalence among 1755 Inhabitants of a Country Town. **International Journal of Epidemiology**, v. 15, n. 2, p. 210–217, jun. 1986.

MARTINS, D. A.; SOUZA, A. M. de. O perfil dos clientes portadores de úlcera varicosa cadastrados em programas de saúde pública. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 3, p. 353–357, set. 2007.

MCEWEN, M.; WILL, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MEDEIROS, A. B. de A.; LIRA, A. L. B. de C.; LOPES, M. V. de O.; PAIVA, M. das G. M. N. de; TINÔCO, J. D. de S.; FRAZÃO, C. M. F. de Q. Venous Ulcer: Risk Factors and the Nursing Outcomes Classification. **Invest. educ. enferm**, v. 32, n. 2, p. 252–259, jul. 2014.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, p. 758–764, 2008.

MORAIS, G. F. da C.; OLIVEIRA, S. H. dos S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, p. 98–105, 2008.

NUNES, J. de P. **Avaliação da Assistência à Saúde dos Portadores de Úlceras Venosas Atendidos no Programa Saúde da Família do Município de Natal/RN**. 2006. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2006.

O'DONNELL, T. F.; PASSMAN, M. A.; MARSTON, W. A.; ENNIS, W. J.; DALRING, M.; KISTNER, R. L.; LURIE, F.; HENKE, P. K.; GLOVICZKI, M. L.; EKLÖF, B. G.; STOUGHTON, J.; RAJU, S.; SHORTELL, C. K.; RAFFETTO, J. D.; PARTSCH, H.; POUNDS, L. C.; CUMMINGS, M. E.; GILLESPIE, D. L.; MCLAFFERTY, R. B.; MURAD, M. H.; WAKEFIELD, T. W.; GLOVICZKI, P. Management of Venous Leg Ulcers: Clinical Practice Guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. **Journal of Vascular Surgery**, v. 60, n. 2, p. 3S–59S, 1 ago. 2014.

OLIVEIRA, B. G. R. B. de; CASTRO, J. B. de A.; GRANJEIRO, J. M. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 1, n. esp, p. 612–617, 2013.

OLIVEIRA, B. G. R. B. de; NOGUEIRA, G. de A.; CARVALHO, M. R. de; ABREU, A. M. de. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 156–63, 31 mar. 2012.

OLIVEIRA, M. L. W. de; BENJAMIM, D. F. **Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2008.

OLIVEIRA, S. B.; PIRES, P. da S.; SOARES, D. A. Prevalência de úlceras Venosas E Fatores Associados Entre Adultos de Um Centro de Saúde de Vitória Da Conquista, BA. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.** (Online), v. 7, n. 3, p. 2659–2669, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

SALOMÉ, G. M.; FERREIRA, L. M. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. **Rev. Bras. Cir. Plást**, v. 27, n. 3, p. 466–471, 2012.

SALVETTI, M. de G.; COSTA, I. K. F.; DANTAS, D. V.; FREITAS, C. C. S. de; VASCONCELOS, Q. L. D. de A. Q. de; TORRES, G. de V. Prevalência de dor e fatores associados em pacientes com úlcera venosa. **Rev. Dor**, v. 15, n. 1, p. 17–20, 2014.

SANT'ANA, S. M. S. C.; NUNES, C. A. B.; SANTOS, Q. R.; BACHION, M. M.; MALAQUIAS, S. G.; OLIVEIRA, B. G. R. B. Úlceras venosas: caracterização clínica e tratamento em usuários atendidos em rede ambulatorial. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 4, p. 637–644, 2012.

SANTOS, R. F. F. N. dos; PORFÍRIO, G. J. M.; PITTA, G. B. B. Differences in the quality of life of patients with mild and severe chronic venous disease. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 8, n. 2, p. 143–147, jun. 2009.

SCEMONS, D.; ELSTON, D. **Nurse to nurse: cuidados com feridas em enfermagem**. [s.l: s.n.]

SILVA, D. C. da; TORRES, G. de V.; BUDÓ, M. de L. D.; SCHIMITH, M. D.; SALVETTI, M. de G. Personal Pain Relief Strategies Used by Venous Ulcer Patients. **Rev. Dor**, v. 16, n. 2, p. 86–89, 2015.

SILVA, D. C. da; TORRES, G. de V.; MENEZES, R. M. P. de; ENDERS, B. C.; MACHADO, R. C.; MEDEIROS, S. M. de. Aspectos contextuais da assistência ao idoso com úlcera venosa. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 6, n. 3, p. 454–461, 6 out. 2016.

SILVA, F. A. A. da; MOREIRA, T. M. M. Características sociodemográficas e clínicas de clientes com úlcera venosa de perna. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 468–472, set. 2011.

SILVA, M. H. da; JESUS, M. C. P. de; MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, D. M. de; SANTOS, S. M. dos R.; VICENTE, E. J. D. Clinical management of venous ulcers in primary health care. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 329–333, 2012.

SILVA, D.; HENRIQUE, M.; JESUS, D.; PINTO, M. C.; MERIGHI, M. A. B.; OLIVEIRA, D.; MOURA, D.; BISCOTTO, P. R.; SILVA, G. P. S. O cotidiano do homem que convive com a úlcera venosa crônica: estudo fenomenológico. **Rev Gaucha Enferm**, v. 34, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300012>. Acesso em: 12 maio. 2017.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein** (São Paulo), v. 8, p. 102–106, 2010.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T.; AMESTOY, S. C. Construtivismo: experiência metodológica em pesquisa na enfermagem. **Acta Paul. Enferm**, v. 21, n. 2, p. 312–316, 2008.

TORRES, G. Nurses' evaluation about primary health care of users with venous ulcers: study in Évora, Portugal. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 5, n. 2spe, p. 388–398, 15 mar. 2011.

TORRES, G. de V.; BALDUINO, L. S. C.; COSTA, I. K. F.; MENDES, F. R. P.; VASCONCELOS, Q. L. D. de A. Q. de. Comparação dos domínios da qualidade de vida de clientes com úlcera venosa. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 22, n. 1, p. 57–64, 201402.

TORRES, S. M. de O.; MONTEIRO, V. G. N.; SALVETTI, M. D. G.; MELO, G. D. S. M.; TORRES, G. D. V.; MAIA, E. M. C. Sociodemographic, clinic and health characterization of people with venous ulcers attended at the family health strategy. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 6, n. 5, p. 50, 1 dez. 2014.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde: 2014 - 2017**. Vitória, 2015.

VITÓRIA. Prefeitura Municipal de Vitória. **Controladoria Geral do Município**. Disponível em < <http://transparencia.vitoria.es.gov.br/>>. Acesso em 09 de setembro de 2016.

VUOLO, J. Hypergranulation: Exploring Possible Management Options. **British Journal of Nursing** (Mark Allen Publishing), v. 19, n. 6, p. S4, S6–8, 25 abr. 2010.

WELLER, C.; EVANS, S. Venous Leg Ulcer Management in General Practice-- Practice Nurses and Evidence Based Guidelines. **Australian Family Physician**, v. 41, n. 5, p. 331–337, maio 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA CONVITE PARA OS JUÍZES

Prezado(a) Sr(a),

O(A) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar de uma etapa da pesquisa do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem, da Universidade Federal do Espírito Santo, intitulada “*Instrumento para a consulta de Enfermagem à pessoa com úlcera de perna*”, sob a responsabilidade de Araceli Partelli Grasse, orientação do Profº. Drº Thiago Nascimento do Prado e Coorientação da Profª. Drª. Sheilla Diniz Silveira Bicudo.

Nessa Etapa, a pesquisa terá por objetivo elaborar um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para pessoas com Úlcera Venosa.

Sua participação se dará na qualidade de juiz, avaliando os enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem propostos para essa população. Para tal, será composto um grupo de juízes Enfermeiros da Atenção Básica da Prefeitura Municipal de Vitória, quando pretendemos validar por consenso o conteúdo do subconjunto.

Esse estudo poderá trazer benefícios para a enfermagem, visando aumentar o conhecimento científico e contribuir para que se tenha repercussões positivas na prática dos profissionais enfermeiros e em consequente, para o paciente portador de ferida.

O nosso encontro será no dia 30/06/2017, sexta-feira, às 13:00, na Escola Técnica de Saúde da Prefeitura Municipal de Vitória - ETSUS. O tempo estimado para essa atividade é de 3 horas.

Desde já, agradecemos sua disponibilidade e aguardamos sua resposta.

Atenciosamente,

Araceli Partelli Grasse

Enfermeira/ US Bairro Penha, Mestranda em enfermagem do PPGENF/UFES.

E-mail: araceliipgrasse@hotmail.com

Telefone: (27) 9 8146 6004

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO POR JUÍZES

Resolução nº 466/2012 - Conselho Nacional de Saúde

O(A) Sr.(a) _____, foi convidado (a) a participar de uma etapa da pesquisa do Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, intitulada “*Instrumento para a consulta de Enfermagem à pessoa com úlcera de perna*”, sob a responsabilidade de Araceli Partelli Grasse, orientação do Profº. Drº Thiago Nascimento do Prado e Coorientação da Profª. Drª. Sheilla Diniz Silveira Bicudo.

OBJETIVO DA PESQUISA: Esta etapa da pesquisa terá por objetivo elaborar um subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) para pessoas com Úlcera Venosa.

PROCEDIMENTOS: A sua participação se dará pela assinatura deste termo em duas vias (uma destinada ao participante e a outra destinada ao pesquisador) e na qualidade de juiz, participando no grupo de discussão, validando por consenso o conteúdo desse subconjunto. Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: Será necessário um tempo estimado de três horas para a participação no grupo de discussão.

RISCOS E DESCONFORTOS: Os riscos são de categoria mínima e pouco prováveis, podendo estar relacionados apenas ao desconforto com a abordagem do grupo. Os riscos e desconfortos serão minimizados assegurando sua recusa em participar da pesquisa, o direito de retirar seu consentimento a qualquer momento, não estando sujeito a nenhum tipo de penalidade e/ou prejuízo, e que suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase deste estudo. Caso seja necessário

exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória.

BENEFÍCIOS: Esse estudo poderá trazer benefícios para a enfermagem, visando aumentar o conhecimento científico e contribuir para que se tenha repercussões positivas na prática dos profissionais enfermeiros e em consequente, para o paciente portador de ferida.

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA: O (A) Sr. (a) não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento de sua execução, sem que haja penalidades ou prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, o (a) Sr. (a) não mais será contatado (a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Será garantido o sigilo de todos os dados obtidos. Cada participante será identificado apenas por um número de participação, conhecido apenas pelos pesquisadores. Nenhum resultado será reportado com identificação pessoal. Todos os cuidados serão tomados para a manutenção da não identificação do participante. Os dados coletados serão lançados nos resultados da pesquisa, os quais ficarão retidos pelo pesquisador, para uso dessas informações no trabalho, podendo ser utilizados na divulgação em jornais e/ou revistas científicas nacionais e internacionais. Caso a pesquisa seja publicada, toda e qualquer identidade permanecerá confidencial.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO E/OU INDENIZAÇÃO: A pesquisa não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), CAAE nº 61423516.7.0000.5060. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou perante a necessidade de reportar qualquer injúria ou dano relacionado com o estudo, eu devo contatar a pesquisadora Araceli Partelli Grasse, no telefone (27) 981466004 ou no e-mail aracelipgrasse@hotmail.com. Caso não consiga contatar a pesquisadora ou para relatar algum problema, o(a) Sr.(a) também pode contatar o Comitê de Ética e Pesquisa do CCS/UFES pelo telefone (27) 3335-7211, e-mail cep.ufes@hotmail.com ou correio, através do seguinte endereço: Universidade Federal do Espírito Santo, Comissão de Ética em Pesquisa com Seres

Humanos, Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe, Prédio da Administração do CCS, CEP 29.040-090, Vitória - ES, Brasil. O CEP/CCS/UFES tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda-feira, das 8:00h às 12:00h e 13:00h às 17:00h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o teor do presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, como também, os meus direitos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pela pesquisadora e rubricada todas as páginas.

Vitória, _____

PARTICIPANTE DA PESQUISA

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa “*Instrumento para a implantação do Processo de Enfermagem à pessoa com úlcera de perna*” eu, ARACELI PARTELLI GRASSE, declaro ter cumprido as exigências do item IV.3 da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

ARACELI PARTELLI GRASSE

PESQUISADORA

APÊNDICE C

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO DOS JUÍZES

VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO	CATEGORIAS
Idade?	____anos
Sexo?	() Feminino () Masculino
Qual o seu maior título?	1.Graduação 2.Especialização 3.Mestrado 4.Doutorado 5.Pós-doutorado
Há quanto tempo é graduado?	____anos
Possui alguma formação complementar na área de feridas?	() Sim () Não
Se sim, qual?	() Atualização/capacitação ()Especialização () Mestrado () Doutorado
Há quanto tempo atende pessoas com ferida?	____anos

APÊNDICE D

INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO

NHB	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	CONCORDA?	
				SIM	NÃO
NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS					
INTEGRIDADE CUTANEO-MUCOSA	Alergia	Alergia ausente	<ul style="list-style-type: none"> Suspender uso de possíveis alérgenos. Confirmar alergia. Orientar sobre reação alérgica. Identificar surgimento de reações alérgicas decorrentes do tratamento tópico implementado. Tratar reação alérgica. 		
	Presença de epitelização em bordas de ferida	Presença de epitelização em bordas de ferida	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar evolução da cicatrização da ferida. Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. Aplicar curativo de ferida. Manter a ferida úmida. Instruir sobre os cuidados com a ferida. Orientar o cliente para o curativo domiciliar. 		
	Presença de infiltração em bordas de ferida	Infiltração melhorada em bordas de ferida	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar edema e umidade em bordas. Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. Aplicar curativo de ferida. Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Presença de maceração em bordas de ferida	Nenhuma maceração em bordas de ferida	<ul style="list-style-type: none"> Monitorar umidade em bordas. Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. Aplicar curativo de ferida. Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		

	Bordas de ferida irregulares	Bordas de ferida regulares	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Monitorar aparência de bordas. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Bordas de ferida regulares	Bordas de ferida regulares	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Monitorar aparência de bordas. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Celulite	Celulite melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar infecção. • Avaliar necessidade de administrar antibiótico. • Encaminhar para atendimento médico. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Tecido cicatricial presente	Tecido cicatricial presente	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Monitorar cor, temperatura, umidade e aparência da pele. 		
	Presença de Corpo Estranho em ferida	Nenhum corpo estranho em ferida	<ul style="list-style-type: none"> • Remover corpo estranho do leito da ferida; • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo. • Instruir sobre cuidados com a ferida. • Estimular o estabelecimento de hábitos diários de higiene corporal e ambiental. • Orientar quanto ao risco de infecção. 		

	Presença de crosta em ferida	Nenhuma crosta em ferida	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida. • Fazer desbridamento. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Presença de descamação em pele	Descamação em pele melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar turgor cutâneo. • Incentivar o aumento da ingestão de líquidos. • Monitorar a condição da pele. • Orientar sobre o uso de hidratantes. • Orientar a higiene e o uso restrito de sabonetes agressivos à pele. 		
	Presença de atrofia branca	Atrofia branca melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar turgor cutâneo. • Monitorar a condição da pele. • Orientar sobre o uso de hidratantes. 		
	Presença de eczema	Eczema melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a condição da pele. • Avaliar turgor cutâneo. • Monitorar cor da pele. • Avaliar infecção. • Identificar mecanismo causador do eczema. • Orientar sobre o uso de hidratantes. • Encaminhar para atendimento médico. 		
	Presença de eritema	Eritema melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a condição da pele. • Avaliar turgor cutâneo. • Monitorar cor da pele. • Avaliar infecção. • Identificar mecanismo causador do eritema. • Encaminhar para atendimento médico. 		
	Presença de esfacelo em ferida	Nenhum esfacelo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Fazer desbridamento. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. 		

			<ul style="list-style-type: none"> • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Presença de fibrina	Presença de fibrina	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Presença de hiperemia	Hiperemia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a condição da pele. • Avaliar turgor cutâneo. • Avaliar temperatura da pele. • Monitorar cor da pele. • Avaliar infecção. • Identificar mecanismo causador do eritema. • Encaminhar para atendimento médico. 		
	Integridade tissular prejudicada	Integridade Tissular melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Examinar a condição da pele. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Ferida de espessura total	Ferida melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Descrever tamanho e profundidade da ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. 		

			<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Ferida de espessura parcial	Ferida melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Descrever tamanho e profundidade da ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Presença de hipergranulação em ferida	Hipergranulação diminuída	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Ferida pálida	Ferida vermelho brilhante	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Descrever cor do leito da ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		

	Ferida vermelho brilhante	Ferida vermelho brilhante	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Descrever cor do leito da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Ferida vermelho escuro	Ferida vermelho brilhante	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Descrever cor do leito da ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Presença de necrose	Nenhuma necrose	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida. • Fazer desbridamento. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Pele hiperpigmentada	Pele de coloração normal	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a condição da pele. • Avaliar turgor cutâneo. • Monitorar cor da pele. • Orientar sobre o uso de hidratantes. 		

	Pele perilesional seca	Pele perilesional melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar turgor cutâneo. • Incentivar o aumento da ingestão de líquidos. • Monitorar a condição da pele. • Orientar sobre o uso de hidratantes. • Orientar a higiene e o uso restrito de sabonetes agressivos à pele. 		
	Úlcera com recaída	Úlcera melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar úlcera para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida • Descrever as características da úlcera. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da úlcera. • Documentar a história da úlcera. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Orientar cliente quanto aos cuidados para prevenção de recorrência de úlcera. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Solicitar exames laboratoriais para avaliação. 		
	Úlcera em perna	Úlcera melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar úlcera para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida • Descrever as características da úlcera. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da úlcera. • Documentar a história da úlcera. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro 		

			fisiológico. <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Orientar cliente quanto aos cuidados para prevenção de recorrência de úlcera. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Solicitar exames laboratoriais para avaliação. 		
	Úlcera Venosa	Úlcera venosa melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da úlcera venosa. • Avaliar úlcera para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida • Descrever as características da úlcera. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da úlcera. • Documentar a história da úlcera. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. • Orientar cliente quanto aos cuidados para prevenção de recorrência de úlcera. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Aplicar bandagem compressiva/ contensiva. • Solicitar exames laboratoriais para avaliação. 		
NUTRIÇÃO	Risco de déficit nutricional	Baixo risco de déficit nutricional	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar estado nutricional. • Avaliar aceitação da dieta. • Pesar o cliente. • Medir a altura do cliente. • Calcular o Índice de Massa Corpórea. • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. 		

	Ingestão de alimentos insuficiente	Ingestão de alimentos melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Investigar preferências alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. • Discutir, Junto com o cliente, um plano de mudanças de hábitos alimentares. • Encorajar ingestão conforme necessidades nutricionais e preferências alimentares. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo. 		
	Ingestão excessiva de alimentos	Ingestão de alimentos melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Investigar preferências alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. • Discutir, Junto com o cliente, um plano de mudanças de hábitos alimentares. • Encorajar a adesão à dieta alimentar. • Encorajar ingestão conforme necessidades nutricionais e preferências alimentares. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo. 		
	Condição nutricional prejudicada	Condição nutricional melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Investigar preferências alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. • Discutir, Junto com o cliente, um plano de mudanças de hábitos alimentares. • Encorajar a adesão à dieta alimentar. • Encorajar ingestão conforme necessidades nutricionais e preferências alimentares. 		

			<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo. • Monitorar estado nutricional. • Avaliar aceitação da dieta. • Pesar o cliente. • Medir a altura do cliente. • Calcular o Índice de Massa Corpórea. 		
	Hiperglicemia	Glicose sanguínea melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. • Encorajar a adesão à dieta alimentar. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo. • Monitorar estado nutricional. • Avaliar aceitação da dieta. • Informar o cliente quanto à importância da dieta alimentar para o controle glicêmico. • Orientar o cliente quanto às possíveis complicações da hiperglicemia. • Identificar possíveis causas da hiperglicemia. • Orientar o cliente a resposta à medicação. 		
	Estado de hiperlipidemia	Ingestão de alimentos melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. • Encorajar a adesão à dieta alimentar. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo. • Avaliar aceitação da dieta. • Informar o cliente quanto à importância da dieta alimentar para o controle lipêmico. • Orientar o cliente quanto às possíveis complicações da 		

			<p>hiperlipidemia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar possíveis causas da hiperlipidemia. 		
	Estado de obesidade	Peso corporal melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de mudança de hábitos alimentares. • Investigar preferências alimentares. • Auxiliar paciente a receber ajuda de programas nutricionais adequados da comunidade. • Discutir, Junto com o cliente, um plano de mudanças de hábitos alimentares. • Encorajar a adesão à dieta alimentar. • Encorajar ingestão conforme necessidades nutricionais e preferências alimentares. • Orientar o cliente sobre os resultados positivos esperados da adesão à dieta, a curto, médio e longo prazo. • Avaliar aceitação da dieta. • Pesar o cliente. • Medir a altura do cliente. • Calcular o Índice de Massa Corpórea. • Estabelecer uma meta para o controle de peso. • Investigar possíveis causas da obesidade. • Encorajar a adesão a um plano de atividade física. 		
REGULAÇÃO	Cicatrização da ferida prejudicada	Cicatrização da ferida eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar evolução da cicatrização da ferida. • Avaliar ferida para tomada de decisão em relação ao curativo. • Avaliar ferida em retorno de cliente. • Avaliar necessidade de desbridamento da ferida. • Descrever as características da ferida. • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Documentar a história da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Manter a ferida úmida. • Instruir sobre os cuidados 		

			<ul style="list-style-type: none"> com a ferida. • Orientar cliente quanto aos cuidados para prevenção de recorrência de úlcera. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Solicitar exames laboratoriais para avaliação. 		
	Exsudato media quantidade	Exsudato pouca quantidade	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Utilizar cobertura de absorção em curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida. 		
	Exsudato muita quantidade	Exsudato pouca quantidade	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Utilizar cobertura de absorção em curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida 		
	Exsudato pouca quantidade	Exsudato pouca quantidade	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Utilizar cobertura de absorção em curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida 		
	Exsudato purulento	Exsudato seroso	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Utilizar cobertura de absorção em curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida • Monitorar infecção. • Avaliar necessidade de administrar antibiótico. • Solicitar exames laboratoriais para avaliação. • Encaminhar para 		

			atendimento médico.		
	Exsudato sanguinolento	Exsudato seroso	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Utilizar cobertura de absorção em curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida 		
	Exsudato seroso	Exsudato seroso	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Utilizar cobertura de absorção em curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida 		
	Exsudato serossanguinolento	Exsudato seroso	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar sinais e sintomas de infecção da ferida. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Aplicar curativo de ferida. • Utilizar cobertura de absorção em curativo. • Instruir sobre os cuidados com a ferida 		
	Edema periférico	Edema periférico melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar presença de edema. • Verificar possíveis causas do edema. • Avaliar presença de pulsos. • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • Inspeccionar pernas quanto à integridade, hidratação e coloração. • Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes. • Indicar o uso de terapia compressiva. 		
	Presença de hipertensão em veia	Hipertensão em veia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar Pressão Arterial. • Avaliar condições circulatórias. • Monitorar pressão sanguínea. • Orientar medidas de prevenção do aumento da pressão sanguínea. • Orientar cliente a monitorar a pressão sanguínea. 		

			<ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre risco de edema periférico. 		
	Infecção	Infecção melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar temperatura corporal. • Monitorar sinais e sintomas de infecção. • Avaliar necessidade de administrar antibiótico. • Solicitar exames laboratoriais. • Encaminhar para atendimento médico. 		
	Inflamação	Inflamação melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar temperatura corporal. • Monitorar sinais e sintomas de infecção 		
	Edema linfático (Linfedema)	Edema linfático melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar presença de edema. • Verificar possíveis causas do edema. • Avaliar presença de pulsos. • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • Inspeccionar pernas quanto à integridade, hidratação e coloração. • Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes. • Indicar o uso de terapia compressiva. 		
	Lipodermatoesclerose	Lipodermatoesclerose melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar presença de edema. • Verificar possíveis causas do edema. • Avaliar presença de pulsos. • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • Inspeccionar pernas quanto à integridade, hidratação e coloração. • Orientar sobre a importância da elevação das pernas em intervalos constantes. • Indicar o uso de terapia compressiva. 		
	Perfusão tissular prejudicada	Perfusão tissular eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar Perfusão Tissular periférica. • Avaliar presença de pulsos. • Avaliar risco de perfusão capilar ineficaz. • Avaliar presença de edema. • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • Orientar sobre risco de edema periférico. 		

	Risco de queda	Baixo risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir os possíveis acidentes domésticos. • Incentivar o uso de dispositivos auxiliares para deambulação (muleta, andador, cadeira de rodas). • Rastrear o risco de quedas e de outros acidentes. • Sugerir sapatos seguros que facilitem o andar. • Orientar a organização do ambiente doméstico. 		
	Processo vascular prejudicado	Processo vascular eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar Perfusão Tissular periférica. • Avaliar presença de pulsos. • Avaliar risco de perfusão capilar ineficaz. • Avaliar presença de edema. • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • Indicar uso de terapia compressiva. • Encaminhar o paciente à consulta médica. 		
	Febre	Febre melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar temperatura corporal. • Monitorar temperatura corporal (especificar em quanto tempo). • Prescrever antipirético. • Orientar cliente ao banho de água morna. • Administrar antipirético conforme prescrição. • Encaminhar o paciente à consulta médica. 		
	Temperatura de pele perilesional alta	Temperatura de pele perilesional normal	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorar temperatura corporal. • Monitorar sinais e sintomas de infecção. 		
	Presença de trombose venosa profunda	Trombose venosa melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar Perfusão Tissular periférica. • Avaliar presença de pulsos. • Avaliar risco de perfusão capilar ineficaz. • Avaliar presença de edema. • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • Indicar uso de terapia compressiva. • Encaminhar o paciente à consulta médica. 		

PERCEPÇÃO	Percepção tátil prejudicada	Percepção tátil melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • 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. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Encaminhar cliente para avaliação médica, caso haja alterações vasculares periféricas. • Orientar o cliente 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 cliente a comunicar as alterações de sensibilidade e o surgimento de qualquer tipo de lesão. 		
	Risco de função neurovascular periférica prejudicada	Baixo risco de função neurovascular periférica prejudicada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sensibilidade tátil, térmica e dolorosa em membros inferiores. • 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. • Fazer, pelo Doppler manual, a medida do índice de pressão tornozelo/braço (ITB) em ambas pernas. • Orientar o cliente 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 cliente a comunicar as alterações de sensibilidade e o surgimento de qualquer tipo de lesão. 		
	Dor por ferida	Dor por ferida	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o cliente a discutir sua experiência de dor. 		

	leve/ moderado/ severo	melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o cliente a monitorar a própria dor e interferir adequadamente. • Proporcionar métodos alternativos de alívio da dor. • Avaliar intensidade da dor. • Investigar os fatores que aumentam a dor. • Prescrever analgésico. • Monitorar resposta ao analgésico. • Explicar as causas da dor. • Administrar medicação para dor antes de cuidar da ferida. • Manter a ferida úmida. • Molhar curativo com soro fisiológico ou água antes de remover. • Orientar o cliente a favorecer o repouso/ sono adequados para o alívio da dor. 		
	Dor vascular leve/ moderado/ severo	Dor vascular melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o cliente a discutir sua experiência de dor. • Encorajar o cliente a monitorar a própria dor e interferir adequadamente. • Proporcionar métodos alternativos de alívio da dor. • Avaliar intensidade da dor. • Investigar os fatores que aumentam a dor. • Prescrever analgésico. • Monitorar resposta ao analgésico. • Avaliar resposta ao manejo da dor. • Explicar as causas da dor. • Incentivar participação da família e paciente no controle da dor. • Orientar o cliente a favorecer o repouso/ sono adequados para o alívio da dor. • Indicar uso de terapia compressiva. 		
	Odor fétido leve/ moderado/ severo	Odor melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar curativo na ferida. • Avaliar a necessidade de desbridamento. • Monitorar sinais e sintomas de infecção. • Remover sujidades de ferida com jato de água ou soro fisiológico. • Instruir sobre cuidados com ferida. • Gerenciar o controle do odor na ferida. 		

			<ul style="list-style-type: none"> • Orientar o cliente sobre hábitos de higiene. 		
	Prurido leve/ moderado/ severo	Prurido melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar integridade da pele. • Identificar a causa do prurido. • Orientar o cliente a aplicar compressas frias para aliviar irritação. • Orientar o cliente a manter unhas cortadas e não coçar a pele. • Orientar o cliente à aplicação de hidratantes. • Orientar o cliente a não usar produtos abrasivos na pele. • Orientar o cliente quanto à higiene corporal da área afetada. 		
SONO E REPOUSO	Sono prejudicado	Sono melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar causa de padrão de sono alterado. • Ensinar ao cliente técnicas de relaxamento. • Estimular o cliente a manter o padrão de sono adequado. • Orientar o cliente a fazer modificações no ambiente (diminuir iluminação, reduzir ruídos, verificar as condições da cama e do travesseiro, verificar as condições de ventilação). • Orientar o cliente a planejar os horários das medicações para possibilitar a não interrupção do sono. • Orientar o cliente quanto a fatores que interferem no sono. • Melhorar a dor. 		
	Comportamento de repouso prejudicado	Comportamento de repouso melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Planejar com o cliente os períodos de repouso/ atividade. • Encorajar descanso. • Organizar atividades de vida diária de modo a permitir períodos de repouso durante o dia. • Orientar a manter perna ulcerada elevada quando em repouso. 		

SEXUALIDADE	Comportamento sexual prejudicado	Comportamento sexual melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento do cliente sobre seu padrão de sexualidade. • Identificar os determinantes da atividade sexual insatisfatória. • Encorajar a capacidade do cliente em se ajustar ao seu estado de saúde. • Encorajar o cliente a compartilhar seus sentimentos sobre a sexualidade. • Orientar sobre métodos contraceptivos; • Promover a prática do sexo seguro com o uso de preservativo. • Estimular o diálogo sobre a situação com o companheiro (a). • Realizar aconselhamento considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus. 		
	Mobilidade prejudicada	Mobilidade melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de dispositivos auxiliares para deambulação. • Avaliar a capacidade do cliente para realizar as atividades da vida diária. • Encorajar o cliente 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 cliente os períodos de repouso/ atividade. 		
ATIVIDADE FÍSICA	Baixo exercício físico	Adesão ao regime de exercício físico	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a adesão ao regime de exercício proposto. • Encorajar o cliente 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 cliente os períodos de repouso/ atividade. • Elaborar plano de atividade física para o cliente mediante acordo mútuo. 		

HIDRATAÇÃO	Ingestão de líquidos inadequada	Adesão ao regime de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar conhecimento do paciente sobre a sua necessidade de ingestão de líquidos. • Orientar o paciente sobre necessidade de ingestão de líquidos. • Registrar ingestão de líquidos. • Monitorar indicadores de hidratação. • Planejar esquema de estimulação de ingestão de líquidos considerando as especificidades do caso. 		
CUIDADO CORPORAL	Capacidade para executar a higiene prejudicada	Capacidade para executar a higiene pessoal melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar autocuidado. • Avaliar condições de higiene da família na ambiente domiciliar. • Orientar a família/ cuidador quanto aos cuidados de higiene pessoal. 		
	Higiene inadequada	Higiene melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar banho antes da vinda para fazer curativo. • Encorajar hábitos de higiene considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus. • Encorajar o cliente a tomar banho. • Estimular o estabelecimento de hábitos diários de higiene corporal e ambiental. 		
	Autocuidado prejudicado	Autocuidado melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar o autocuidado. • Encorajar paciente a inspecionar a pele durante o banho. • Orientar sobre cuidados de higiene considerando os aspectos culturais, sociais, mitos e tabus. • Estimular o estabelecimento de hábitos diários de higiene corporal e ambiental. 		

SEGURANÇA FÍSICA	Abuso de álcool	Baixo uso de álcool Nenhum uso de álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estilo de vida e sua relação com o abuso de álcool. • Auxiliar o cliente a estabelecer um plano de metas para a redução do abuso de álcool. • Auxiliar o cliente a identificar os momentos e as atitudes relacionados ao desejo de beber e a forma de superá-los. • Encorajar para grupo de autoajuda. • Encaminhar para grupo de autoajuda. • Identificar a rede de apoio familiar e comunitário. • Orientar sobre as crises de abstinência. • Orientar sobre dúvidas quanto ao uso correlato com drogas. 		
	Abuso de fumo	Baixo uso de fumo Nenhum uso de fumo	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o estilo de vida e sua relação com o abuso de fumo. • Identificar desejo de parar de fumar. • Auxiliar o cliente a estabelecer um plano de metas para a redução do hábito de fumar. • Auxiliar o cliente a identificar os gatilhos relacionados ao desejo e ato de fumar e a forma de superá-los. • Encorajar para grupo de autoajuda. • Identificar a rede de apoio familiar e comunitário. • Oferecer apoio para os momentos relacionados à abstinência. • Orientar sobre os danos decorrentes do tabagismo. • Orientar sobre a possibilidade de recaídas e como superá-las. 		

TERAPÊUTICA	Problema com alta complexidade do regime terapêutico	Adesão ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar adesão ao tratamento. • Descrever ao cliente plano terapêutico por escrito. • Explicar ações e possíveis efeitos adversos dos medicamentos. • Orientar a cerca do uso de medicamentos. • Ajustar esquema terapêutico às atividades sociais e de lazer. • Identificar efeito colateral do regime terapêutico. 		
NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS					
LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO	Enfrentamento familiar prejudicado	Enfrentamento familiar eficaz	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com a família e cliente sobre a corresponsabilidade no tratamento sobre as reações adversas durante o tratamento. • Encaminhar a família e cliente para grupos de autoajuda e ou atendimento psicológico. • Orientar sobre o estado de saúde atual do cliente. • Investigar o nível de compreensão e aceitação da família do estado de saúde atual do cliente. • Reforçar sobre a adesão ao tratamento à família; 		
	Condição social prejudicada	Condição social melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar suporte social e rede de apoio (trabalho, igreja, família amigos). • Indicar equipamentos sociais comunitários para recreação e lazer 		
	Papel de trabalho prejudicado	Papel de trabalho melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos. • Encorajar o cliente a identificar seus pontos fortes e capacidades. • Encaminhar para serviço social. • 		
SEGURANÇA, AUTOESTIMA	Angústia	Angústia melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o paciente conforme suas necessidades. • Encorajar o paciente a explicar suas dúvidas, anseios e dificuldades. • Identificar os determinantes da Angústia. • Avaliar atitude frente ao regime terapêutico. 		

	Tristeza	Tristeza melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o paciente conforme suas necessidades. • Encorajar o paciente a explicar suas dúvidas, anseios e dificuldades. • Identificar os determinantes da Tristeza. • Encaminhar para atendimento psicológico, se necessário. 		
	Ansiedade	Ansiedade melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o cliente conforme suas necessidades. • Encorajar o cliente a explicar suas dúvidas, anseios e dificuldades. • Estabelecer relação de confiança com o cliente. • Identificar os determinantes da ansiedade. • Incentivar a realização de atividades que promovam seu bem estar. 		
	Baixa autoestima	Autoestima melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos. • Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medo. • Encorajar o cliente a identificar seus pontos fortes e capacidades. • Investigar o contexto sociofamiliar do cliente. • Encaminhar para atendimento psicológico, se necessário. 		
	Risco de baixa autoestima	Nenhum risco de baixa autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar na identificação de atributos pessoais positivos. • Encorajar a expressão de percepções, sentimentos e medo. • Encorajar o cliente a identificar seus pontos fortes e capacidades. • Investigar o contexto sociofamiliar do cliente. • Encaminhar para atendimento psicológico, se necessário. 		
	Estresse	Estresse melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o cliente conforme suas necessidades. • Encorajar o cliente a explicar suas dúvidas, anseios e dificuldades. • Estabelecer relação de confiança com o cliente. • Orientar quanto a ações de manejo do estresse. • Promover a confiança do cliente no atendimento 		

			<ul style="list-style-type: none"> • prestado • Encorajar participação em atividades recreativas. 		
	Medo	Nenhum medo	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar com o cliente e cuidador os fatores causadores de medo. • Reconhecer os diferentes momentos vivenciados pelo cliente ao receber novas orientações frente ao tratamento. • Promover a confiança do cliente no atendimento prestado • Motivar o cliente para o autocuidado em domicílio • Encorajar o cliente a verbalizar sentimentos, percepções e medo. 		
AUTOIMAGEM	Imagem corporal perturbada	Autoimagem melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar com o cliente os fatores que interferem em sua autoimagem. • Orientar ao cliente, cuidador e famílias as possíveis alterações físicas previsíveis durante o tratamento (uso de bandagens, curativos extensos, etc). • Reforçar autocuidado. • Discutir com o cliente as mudanças da imagem corporal. 		
GREGÁRIA E LAZER	Isolamento social	Socialização melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o cliente conforme suas necessidades. • Avaliar contexto familiar e social. • Identificar com o cliente os determinantes para o isolamento social. • Incentivar a participação em grupos sociais e comunitários. 		
	Risco de isolamento social	Nenhum risco de isolamento social	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o cliente conforme suas necessidades. • Avaliar contexto familiar e social. • Identificar com o cliente os determinantes para o isolamento social. • Incentivar a participação em grupos sociais e comunitários. 		
	Capacidade para realizar atividades de lazer prejudicada	Capacidade para realizar atividade de lazer melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Encorajar participação em atividades recreativas. • Identificar equipamentos sociais comunitários para recreação e lazer. • Planejar uma rotina diária 		

			simples, com inclusão de atividades concretas de recreação e lazer.		
AMOR E ACEITAÇÃO	Falta de apoio familiar	Apoio familiar melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Discutir com a família e cliente sobre a corresponsabilidade no tratamento sobre as reações adversas durante o tratamento. • Encaminhar a família para grupos de autoajuda e ou atendimento psicológico. • Orientar sobre o estado de saúde atual do cliente. • Investigar o nível de compreensão e aceitação da família do estado de saúde atual do cliente. • Reforçar sobre a adesão ao tratamento à família; 		
	Falta de apoio social	Apoio social melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o paciente conforme suas necessidades. • Avaliar contexto familiar e social. • Identificar com o paciente os determinantes para a falta de apoio social. • Incentivar a participação em grupos sociais e comunitários 		
	Ligação afetiva prejudicada	Ligação afetiva melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher o cliente, cuidador e família em suas necessidades. • Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medos. • Programar visita domiciliar. • Avaliar suporte social. • Encaminhar para atendimento psicológico se necessário. 		
AUTORREALIZAÇÃO	Disposição para enfrentamento	Disposição para enfrentamento	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar as informações pertinentes ao estado de saúde atual. • Avaliar capacidade para o enfrentamento. • Ensinar técnicas de adaptação. 		
APRENDIZAGEM	Comunicação enfermeiro e paciente prejudicada	Comunicação enfermeiro e paciente melhorada	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tensão do paciente. • Falar calmamente com frases curtas e de fácil entendimento. • Proporcionar um ambiente e tranquilo (consultório ou domicílio). • Usar abordagem calma e segura. 		

	Baixo conhecimento em saúde	Conhecimento em saúde melhorado	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar as informações pertinentes ao estado de saúde atual. • Orientar dúvidas frente ao tratamento prescrito. • Estabelecer escuta ativa. • Programar monitoramento domiciliar com a equipe de enfermagem. • Estimular o autocuidado. 		
	Não adesão à terapia	Adesão ao regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar adesão ao tratamento. • Descrever ao cliente plano terapêutico por escrito. • Facilitar acesso ao tratamento (marcação de consultas/retorno, adequação dos insumos e medicamentos disponíveis). • Avaliar resposta ao uso da medicação prescrita. 		
	Falta de confiança no provedor de cuidados de saúde	Confiança no provedor de cuidados de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a tensão do paciente. • Facilitar acesso ao tratamento (marcação de consultas/retorno, adequação dos insumos e medicamentos disponíveis). • Orientar dúvidas frente ao tratamento prescrito. • Estabelecer escuta ativa. • Promover a confiança do cliente no atendimento prestado. 		
NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS					
RELIGIOSA	Crença religiosa conflituosa	Crença religiosa positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar crenças espirituais. • Apoiar práticas espirituais da pessoa. • Encorajar a frequentar cerimônias religiosas. • Respeitar restrições alimentares vinculadas a crenças religiosas. 		

ANEXOS

ANEXO A

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INSTRUMENTO PARA A IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ÚLCERA DE PERNA

Pesquisador: ARACELI PARTELLI GRASSE

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61423516.7.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.814.118

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado Profissional com a proposta de elaborar um instrumento para o direcionar o processo de cuidado dos enfermeiros à pessoa com úlcera de perna. O estudo transcorrerá por três etapas: na primeira se dará a construção de um instrumento que organize o processo de enfermagem na consulta para a pessoa com úlcera de perna atendida pela Atenção Básica de Saúde; na segunda realizar-se-á um estudo de abordagem qualitativa, por meio de composição de grupo focal, com o objetivo de analisar a prática dos enfermeiros da atenção básica em relação à úlcera de perna; e, na terceira dar-se-á a validação do instrumento proposto.

Objetivo da Pesquisa:

Segundo os pesquisadores:

Objetivo Primário:

Elaborar um instrumento que organize o Processo de Enfermagem na consulta para a pessoa com úlcera de perna atendida pela Atenção Básica de Saúde, fundamentado num marco teórico de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**

Continuação do Parecer: 1.814.118

Riscos:

Os riscos deste estudo são de categoria mínima e pouco prováveis, podendo estar relacionados ao desconforto com a abordagem do grupo focal, em reconhecer acertos e dificuldades perante outros participantes ou, no caso dos juízes, de dar parecer sobre o instrumento. Os riscos e desconfortos serão minimizados assegurando a recusa em continuar a participação na pesquisa e direito de retirar o consentimento a qualquer momento, não estando sujeito a nenhum tipo de penalidade e/ou prejuízo. Além disso, as respostas dos participantes serão tratadas de forma anônima e confidencial.

Benefícios:

O benefício relacionado a presente pesquisa será aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem, visando contribuir para que se tenha repercussões positivas na práticas dos profissionais enfermeiros e para o paciente portador de ferida. O instrumento favorecerá a organização do processo de enfermagem na consulta para a pessoa com úlcera de perna.

Os riscos e benefícios atendem a Res CNS 466/12.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante do ponto de vista teórico-prática com a proposta da integração entre ensino-serviço, uma vez que trata de um mestrado profissional.

Projeto bem delineado e apresentado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto aos termos de apresentação obrigatória:

Projeto Detalhado: apresentado e adequado

Folha de rosto: apresentada e adequada

Carta de Anuência: apresentada e adequada

Cronograma e orçamento: apresentado e adequado.

TCLE juiz: Apresentado e adequado

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.814.118

TCLE GF: Apresentado e adequado

Recomendações:

Alterar o horário de atendimento do CEP no TCLE para o período das 8 as 14hs.
sugere-se inclusão do tópico assistência nos TCLE e indicar que não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_807054.pdf	19/10/2016 10:08:37		Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	18/10/2016 00:14:51	ARACELI PARTELLI GRASSE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_comite_final.doc	14/10/2016 01:09:14	ARACELI PARTELLI GRASSE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.docx	14/10/2016 01:06:20	ARACELI PARTELLI GRASSE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUIZES.docx	14/10/2016 00:57:05	ARACELI PARTELLI GRASSE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GF.docx	14/10/2016 00:56:46	ARACELI PARTELLI GRASSE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.814.118

VITORIA, 09 de Novembro de 2016

Assinado por:
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep.ufes@hotmail.com

ANEXO B

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE
Professora Angela Maria Campos da Silva

DECLARAÇÃO

Declaro, para fins de apresentação no Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) está de acordo e possui infraestrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: **"INSTRUMENTO PARA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM ÚLVERA DE PERNA"** de autoria de **ARACÉLI PARTELLI GRASSE**. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de Carta de Apresentação do pesquisador ao(s) campo(s) de pesquisa.

Vitória, 10 de agosto de 2016

Regina Célia Diniz Werner
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde