

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MÁRCIA CRISTINA DE FIGUEIREDO SANTOS

APLICABILIDADE CLÍNICA DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE®
PARA A MULHER IDOSA COM VULNERABILIDADE RELACIONADA AO HIV/AIDS:
DESENVOLVIMENTO DE UMA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

JOÃO PESSOA
2022

MÁRCIA CRISTINA DE FIGUEIREDO SANTOS

APLICABILIDADE CLÍNICA DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE®
PARA A MULHER IDOSA COM VULNERABILIDADE RELACIONADA AO HIV/AIDS:
DESENVOLVIMENTO DE UMA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Fundamentos teórico-filosóficos do cuidar em saúde e enfermagem.

Projeto de pesquisa vinculado: Subconjuntos Terminológicos da CIPE® para áreas de especialidades clínicas e da atenção básica em saúde

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega

JOÃO PESSOA

2022

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

S237a Santos, Márcia Cristina de Figueiredo.

Aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids: desenvolvimento de uma teoria de médio alcance / Márcia Cristina de Figueiredo Santos. - João Pessoa, 2022.

287 f. : il.

Orientação: Maria Miriam Lima da Nóbrega.

Tese (Doutorado) - UFPB/CCS.

1. Enfermagem - Teoria e processo. 2. Terminologia padronizada - Enfermagem. 3. Saúde da mulher. 4. Envelhecimento. 5. HIV. 6. . I. Nóbrega, Maria Miriam Lima da. II. Título.

UFPB/BC

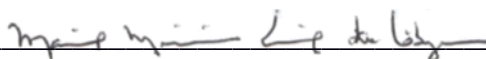
CDU 616-083(043)

MÁRCIA CRISTINA DE FIGUEIREDO SANTOS

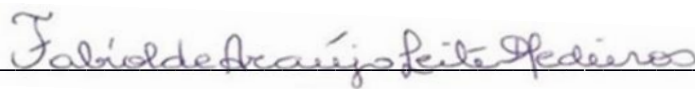
APLICABILIDADE CLÍNICA DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE®
PARA A MULHER IDOSA COM VULNERABILIDADE RELACIONADA AO HIV/AIDS:
DESENVOLVIMENTO DE UMA TEORIA DE MÉDIO ALCANCE

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, na área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

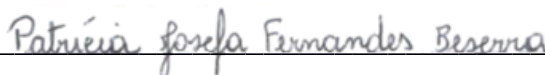
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba
Presidente do Exame de Qualificação



Profa. Dra. Fabíola de Araújo Leite Medeiros
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)
Membro Externo Titular

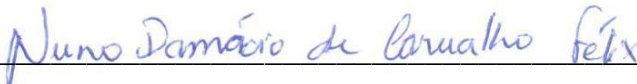


Profa. Dra. Patrícia Josefa Fernandes Beserra
Membro Externo Titular

Profa. Dra. Márcia Regina Cubas
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR)
Membro Externo Titular



Profa. Dra. Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Membro Interno Titular



Prof. Dr. Nuno Damácio de Carvalho Félix
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)
Membro Externo Suplente

Profa. Dra. Jacira dos Santos Oliveira
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
Membro Interno Suplente

“Jesus de Nazaré foi aprovado por Deus diante de vocês por meio de milagres, maravilhas e sinais, que Deus fez entre vocês por intermédio dele, como vocês mesmos sabem”.

Atos 2:22

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter operado incontáveis milagres durante a minha trajetória acadêmica, em especial, a de doutoramento, para que este produto fosse possível e fosse enfim efetivado. Ele foi acalento certo nas angústias e dúvidas quanto à minha capacidade, levando embora os medos que afligiam minha mente em todas as vezes que precisava enfrentar os quilômetros de distância para cumprir plantões, aulas, seminários, coletas, etc., ou ainda quando precisava superar os problemas pessoais para viver este projeto. Eu e esta tese somos frutos da Sua infinita misericórdia, Deus. Toda minha gratidão a Ti!

A meus amados pais, **Sarah Cristina e Márcio Aurélio**, jovens guerreiros, que travaram uma vida inteira de batalhas duras para proporcionar tudo que, hoje, posso colher com glórias, sentindo o valor de cada gota de suor dos vossos rostos. Mainha, pessoa/lugar de refúgio e acalento da minha alma, sempre tão simples, primando pelo essencial, abrindo mão cegamente de qualquer superficialidade, e até das essencialidades também, em prol da minha realização profissional. Painho, de caráter reto e prioritariamente honesto, fez deste princípio o mais inegociável da minha vida, sempre cobrando e demonstrando a força e o sucesso que só alguém determinado pode alcançar diante dos embates da vida. Minha vida pela de vocês! Amo-vos mais do que a mim mesma!

A meu esposo, **Aragoney Santos**, que me acompanha e incentiva desde a iniciação científica a ser a melhor que eu puder, dentro dos meus limites e das minhas potencialidades. Obrigada por ser companhia nas madrugadas “infinitas”, por ser parceria nas mais diversas funções que poderiam tomar meu tempo de dedicação a este projeto profissional, por ser amor em forma de atitudes e gestos incondicionais, e, em especial, por entender que este projeto fazia parte de uma etapa importante enquanto requisito para que todas as outras etapas da nossa família se concretizassem com louvor. “Eita”... parece que nosso(a) herdeiro(a) agora vem! (risos) Obrigada por me apoiar nas minhas decisões e até pelos elogios que me fazem pensar: “ele acha que eu sei de tudo” (rsrsrs). Você é vida na minha vida!

Aos meus irmãos, **Andréa, Lucas e Caio**, extensões do meu eu mais genuíno, por fazerem com que eu me sinta plena de um amor tão nobre e despretenso e, assim, seja forte para seguir meus sonhos e planos. A existência de vocês ressignifica a minha, em todos os âmbitos, obrigada por tanto.

Aos meus **familiares e amigos**, poucos, mas essenciais à minha completude enquanto humana e profissional, por estarem no meu subjetivo e nas minhas crises existenciais sendo amparo, aos quais recorri sempre que doeu ou que me deu medo, mas principalmente sempre que foi prazeroso e feliz ser quem/como sou. Vocês, aos quais estou me referindo, sabem, sentem! Que todos os demais se sintam representados pelas pessoas de **Juliana Siqueira, Thaíse Clara, minha amada avó Maria Alany, e minhas amigas Katharine Nápoles, Betiana Alves, Livia Kelma, Isaias Henriques, Ana Cristina Lima, Aleyka Cavalcanti, Mayara Santos, Tayná Andrade e Lara Costa**.

À professora **Miriam Nóbrega**, enquanto sua última orientanda formal de doutorado, quero agradecer de todo coração. Ela que é dona da serenidade que almejo um dia ter, profissional em quem me espelho, mulher de força, filha dedicada e professora de excelência, por jamais ter proferido qualquer palavra de peso ou julgamento em minha direção durante toda a trajetória acadêmica em que pude dispor da sua orientação, principalmente estando eu em uma vida atribulada de funções; por ter acolhido os meus medos do ingresso no curso até a conclusão dos trabalhos. Nesse “mundo acadêmico” de pessoas pesadas e sedentas por números e resultados, agradeço porque a senhora foi pelo caminho contrário e sempre me induziu a buscar qualidade em detrimento à quantidade. Sua humildade, mansidão, humanidade e clareza diante do que objetiva são exatamente os fatores que lhe levam tão longe, professora. Obrigada por ser tão maternal em cada gesto!

Aos profissionais do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga, **Nadja, Samara e Ariadna**, além das **técnicas de enfermagem e recepcionistas** que atuam no Serviço de Assistência Especializada (SAE), pela pronta acolhida às demandas deste estudo, bem como da minha pessoa, o que me fez sentir-me “em casa” em um intervalo de poucos dias, deixando, inclusive, uma vontade de voltar sempre ao convívio de todas. Estendo meu agradecimento por desenvolverem um trabalho envolvido com a qualidade de vida da população a quem destinam vossa atenção. Estas pessoas, certamente, têm suas vidas transformadas pelas vossas mãos. Vocês são especiais!

Às minhas companheiras do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, dentre elas as colegas membros do GEPFAE e as colegas da turma de 2018, aqui representadas pelas pessoas de **Patrícia Josefa, Leiliane Fernandes, e Nathali Costa**. A primeira, mais do que colega de jornada acadêmica, tornou-se uma gigante científica da Enfermagem e presente divino para a minha vida pessoal. A segunda, companheira acadêmica desde a graduação, jamais retirou a mão estendida em minha direção para ser parceria técnica, e mais do que isso, diálogo franco e construtivo sobre a vida, independentemente das discordâncias. E a última, servidora da instituição, mas também figura cativa do meu coração, por quem sou carinhosamente chamada pelo codinome “Bárbara” (rsrs), que marcou toda minha trajetória na pós-graduação com a sua disponibilidade em pensar soluções práticas, mesmo impondo (e principalmente por isso) limites saudáveis nos seus horários de trabalho, ajudando-me a ser disciplinada e planejada em cada etapa dos estudos (nem sei se ela tem consciência do quanto o seu zelo consigo mesma reflete em estímulo ao autocuidado do outro, bem como ao respeito aos limites das coisas e pessoas). Gratidão, meninas, por muito além disso!

Cabe inserir nestes agradecimentos uma pessoa marcante e especial na minha trajetória acadêmica, desde a graduação, que carrego como amiga do coração, a professora **Greicy Kelly**, minha ex-orientadora da iniciação científica ao Mestrado acadêmico, que me resgatou do universo estritamente assistencial e viu em mim o potencial para a pesquisa. Minha origem e evolução têm muito de você! Gratidão eterna!

À banca de examinadores, não coincidentemente composta pelos melhores e mais inspiradores profissionais atuantes nas áreas de interesse deste estudo. Professora **Oriana Leadebal**, inspiradora desde as aulas que ministrava na disciplina de Saúde do Adulto e do Idoso, na graduação em Enfermagem, demonstrando humildade mesmo tendo tanta grandeza intelectual. Professora **Márcia Cubas**, sempre tão profunda e certa nas colocações, trazendo-me, a cada

fala, a certeza quanto à minha necessidade de tê-la como avaliadora deste estudo. Professor **Nuno Carvalho**, este profissional de renome e relevância na Enfermagem, antes colega de disciplina, mas sempre amigo, sendo solícito em pequenos e grandes gestos, e que em tão pouco tempo cresceu tanto academicamente, demonstrando alto nível de competência e inspirando a nossa admiração. O céu é o limite para ele e me sinto orgulhosa em beber da fonte de seus conhecimentos nesta minha fase acadêmica. Professora **Patrícia Beserra**, merecidamente repetida nos agradecimentos, pois vai de amiga a mestre. A esta, eu só tenho muito pelo que agradecer, mesmo sendo prolixa (risos). Professora **Jacira**, sempre calma e serena, passando tranquilidade e incentivando nosso potencial. Professora **Fabíola**, um poço de sabedoria e humildade, fazendo questão de ensinar sempre muito além de conhecimentos técnicos, ensinando conhecimentos sobre a vida, por quem primo um apreço imenso.

Aos meus **colegas de trabalho**, mais precisamente das equipes de enfermagem do **HUJB**, do **HUAC** e da **UPA Bancários**, todos sem exceção, que me inspiram diariamente a fazer melhor do que penso que posso e por terem envidado esforços a me ajudar sempre, quer fosse num ajuste de escala, quer fosse para que eu pudesse descansar, me sentir apoiada e acolhida nas minhas demandas acadêmicas. Vocês foram demais comigo nestes 4 anos de doutorado. Obrigada de coração!

E por último, mas jamais menos importante, quero agradecer às mulheres idosas com vulnerabilidades relacionadas ao HIV/aids, convivendo com o vírus ou não, representantes do lado mais forte da natureza feminina senescente, o de resistir ao que ameaça vossa integridade de corpo, de alma e de mente. Não teria sido possível compreender (se é que de fato foi) o que é vivido/sentido por vocês se não tivessem sido tão entregues a este projeto de cuidado especializado. Certamente, vocês são as principais responsáveis e motivadoras de uma futura assistência de enfermagem mais eficaz às vossas demandas de autocuidado. A minha gratidão a todas vocês é imensa!

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1	Estratégias de buscas dos artigos utilizadas nas bases de dados	35
Quadro 2	Dados bibliográficos dos estudos selecionados para a análise de conceito	39
Quadro 3	Atributos essenciais, antecedentes e consequentes do conceito <i>vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids</i>	43
Quadro 4	Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids atualizado junto à CIPE® 2019/2020 por mapeamento humano	87
Quadro 5	Dados quantitativos referentes às fases de validação do instrumento de operacionalização do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	110
Quadro 6	Frequência dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem operacionalizados nos estudos de casos clínicos	117
Quadro 7	Frequência das intervenções de enfermagem operacionalizadas nos estudos de casos clínicos	118
Quadro 8	Pressupostos da TENFAIVHI oriundos da dedução por substrução da teoria geral do autocuidado de Orem	136
Quadro 9	Pressupostos da TENFAIVHI oriundos da indução pela prática e pela pesquisa	138
Quadro 10	Conceitos e proposições teóricas da TENFAIVHI deduzidas a partir da teoria geral do autocuidado de Orem	139
Quadro 11	Proposições relacionais da TENFAIVHI	140
Quadro 12	Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids reestruturado a partir dos conceitos da TENFAIVHI	145

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Procedimento de identificação e inclusão dos estudos na análise de conceito <i>vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids</i> , utilizando a estratégia <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i> (PRISMA)	37
Figura 2	Procedimentos metodológicos	62
Figura 3	Mapeamento do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020	67
Figura 4	Composição amostral da fase de validação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	72
Figura 5	Equivalência entre os elementos do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020	82
Figura 6	Recorte do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids referente aos dados sóciodemográficos	103
Figura 7	Recorte do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids referente aos quadros contendo os enunciados de enfermagem	104
Figura 8	Recorte do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids referente ao espaço para relato de caso clínico	105
Figura 9	Perfil profissional dos participantes da fase de teste piloto, segundo os critérios de Benner (2001)	108
Figura 10	Perfil profissional dos participantes da segunda fase de validação, segundo os critérios de Benner (2001)	109
Figura 11	Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 01 – Parte I	125
Figura 12	Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 01 – Parte II	126
Figura 13	Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 01 –	127

Figura 14	Modelagem da Teoria de enfermagem para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids (TENFAIVHI)	142
------------------	--	-----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AE	Sistema Apoio-Educação
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
ATS/MS	Avaliação de Tecnologias em Saúde do Ministério da Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEFOR	Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COVID	<i>Corona Vírus Disease</i>
DC	Distrito de Colúmbia
DC	Conceito Diagnóstico
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DRC	Doença Renal Crônica
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EUA	Estados Unidos da América
FA	Frequência Absoluta
FAO	Frequência Absoluta de Operacionalização
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Relativa
FR	Frequência Respiratória
GEPFAE	Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem
GIEPERS	Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HUJB	Hospital Universitário Júlio Bandeira
IBECS	<i>Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Conceito de Intervenção
ICN	International Council of Nurses

ICNP®	International Classification for Nursing Practice
IE	Intervenção de Enfermagem
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
ISO/TR	<i>International Organization for Standardization/Technical Report</i>
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira
NC	Não constante
NR	Número total de respostas
PA	Pressão Arterial
PB	Paraíba
PC	Sistema Parcialmente Compensatório
PEP	Profilaxia pós-exposição
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses</i>
PUC-PR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
RE	Resultado de Enfermagem
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral
SpO2	Saturimetria Periférica de Oxigênio
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TC	Sistema Totalmente Compensatório
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TENFAIVHI	Teoria de enfermagem para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids

TMA	Teoria de Médio Alcance
TSE	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
VI	Vulnerabilidade Individual
VP	Vulnerabilidade Programática
VS	Vulnerabilidade Social
WIHS	<i>Women's Interagency HIV Study</i>

RESUMO

SANTOS, Márcia Cristina de Figueiredo. Aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids: desenvolvimento de uma teoria de médio alcance. Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega. 2022. 287f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introdução: Diante da transição epidemiológica do HIV/aids, com a feminização e envelhecimento da população acometida, a Enfermagem deve estar munida do potencial de atuação no cuidado a esta clientela. Assim, necessita de instrumentos de registro da prática que favoreçam uma linguagem padronizada. A aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids tem o potencial de fomentar a validação clínica do mesmo, somando esforços frente a esta necessidade e permitindo o desenvolvimento de uma teoria de médio alcance. **Objetivo:** Avaliar a aplicabilidade clínica do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, estruturando uma teoria de médio alcance. **Métodos:** Estudo de métodos múltiplos, desenvolvido por meio de mapeamento humano do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020; estruturação e validação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico; operacionalização do mesmo por meio de estudos de casos clínicos; e desenvolvimento de Teoria de Médio Alcance para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids. Foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo nº 4.429.145. **Resultados:** Totalizaram-se 52 DEs mapeados junto à CIPE® 2019/2020, por meio da análise do grau de equivalência, e 221 IEs, compondo a versão atualizada do subconjunto terminológico. Obteve-se validação do instrumento estruturado para avaliação da aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico por 13 experts, com índice de validade de conteúdo (IVC) global = 1. Foram realizados nove estudos de casos clínicos para avaliação da aplicabilidade clínica do subconjunto, sendo identificados 32 diagnósticos/resultados de enfermagem e 114 intervenções de enfermagem, permitindo a indução teórica da Teoria de enfermagem para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids – TENFAIVHI. **Conclusões:** Confirma-se a tese do estudo por meio da operacionalização do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, que subsidiou o desenvolvimento de uma base conceitual na Enfermagem.

Descritores: Terminologia Padronizada em Enfermagem; Processo de Enfermagem; Envelhecimento; Saúde da Mulher; HIV; Teoria de Enfermagem.

ABSTRACT

SANTOS, Márcia Cristina de Figueiredo. Clinical applicability of the ICNP® terminology subset for elderly women with HIV/aids-related vulnerability: development of a middle-range theory. Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega. 2022. 287f. Thesis (Doctorate in Nursing) - Federal University of Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introduction: Faced with the epidemiological transition of HIV/aids, with the feminization and aging of the affected population, Nursing must be equipped with the potential to act in the care of this clientele. Thus, it needs instruments to record the practice that favor a standardized language. The clinical applicability of the ICNP® terminology subset for elderly women with vulnerability related to HIV/aids has the potential to foster its clinical validation, joining efforts in the face of this need and allowing the development of a middle-range theory. **Objective:** To assess the clinical applicability of the ICNP® Terminological Subset for elderly women with HIV/aids-related vulnerability, structuring a middle-range theory. **Methods:** A multi-method study, developed through human mapping of the ICNP® terminology subset for elderly women with HIV/aids-related vulnerability in the ICNP® 2019/2020; structuring and validation of the instrument to assess the clinical applicability of the terminology subset; operationalization of the same through clinical case studies; and development of a Medium Range Theory for the self-care of elderly women with vulnerability related to HIV/aids. It was approved by the Research Ethics Committee under protocol N. 4.429.145. **Results:** A total of 52 NDs were mapped with the ICNP® 2019/2020, through the analysis of the degree of equivalence, and 221 NIs, composing the updated version of the terminological subset. Validation of the structured instrument was obtained to evaluate the clinical applicability of the terminology subset by 13 experts, with an overall content validity index (CVI) = 1. Nine clinical case studies were carried out to assess the clinical applicability of the subset, and 32 were identified. diagnoses/nursing results and 114 nursing interventions, allowing the theoretical induction of the Nursing Theory for the self-care of elderly women with vulnerability related to HIV/aids – TENFAIVHI. **Conclusions:** The study's thesis is confirmed through the operationalization of the ICNP® terminological subset for elderly women with HIV/aids-related vulnerability, which supported the development of a conceptual basis in Nursing.

Keywords: Standardized Nursing Terminology; Nursing Process; Aging; Women's Health; HIV; Nursing Theory.

RESUMEN

SANTOS, Márcia Cristina de Figueiredo. Aplicabilidad clínica del subconjunto de terminología de la ICNP® para mujeres mayores con vulnerabilidad relacionada con el VIH/SIDA: desarrollo de una teoría de rango medio. Orientadora: Maria Miriam Lima da Nóbrega. 2022. 287f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Universidad Federal de Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introducción: Frente a la transición epidemiológica del VIH/sida, con la feminización y el envejecimiento de la población afectada, la Enfermería debe estar dotada de potencialidades para actuar en el cuidado de esta clientela. Así, necesita instrumentos para registrar la práctica que favorezcan un lenguaje estandarizado. La aplicabilidad clínica del subconjunto terminológico de la CIPE® para ancianas con vulnerabilidad relacionada con el VIH/sida tiene el potencial de fomentar su validación clínica, aunando esfuerzos frente a esta necesidad y permitiendo el desarrollo de una teoría de alcance medio. **Objetivo:** Evaluar la aplicabilidad clínica del Subconjunto Terminológico de la CIPE® para mujeres ancianas con vulnerabilidad relacionada con el VIH/sida, estructurando una teoría de rango medio. **Métodos:** Un estudio de múltiples métodos, desarrollado a través del mapeo humano del subconjunto de terminología CIPE® para mujeres mayores con vulnerabilidad relacionada con el VIH/sida en CIPE® 2019/2020; estructuración y validación del instrumento para evaluar la aplicabilidad clínica del subconjunto terminológico; operacionalización de los mismos a través de estudios de casos clínicos; y desarrollo de una Teoría de Alcance Medio para el autocuidado de mujeres adultas mayores con vulnerabilidad relacionada con el VIH/sida. Fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo el protocolo N° 4.429.145. **Resultados:** Un total de 52 DE fueron mapeados con la CIPE® 2019/2020, a través del análisis del grado de equivalencia, y 221 IE, componiendo la versión actualizada del subconjunto terminológico. Se obtuvo la validación del instrumento estructurado para evaluar la aplicabilidad clínica del subconjunto terminológico por parte de 13 expertos, con un índice de validez de contenido (IVC) global = 1. Se realizaron nueve estudios de casos clínicos para evaluar la aplicabilidad clínica del subconjunto y 32 fueron identificados diagnósticos/resultados de enfermería y 114 intervenciones de enfermería, permitiendo la inducción teórica de la Teoría de Enfermería para el autocuidado de ancianas con vulnerabilidad relacionada al VIH/sida – TENFAIVHI. **Conclusiones:** La tesis del estudio se confirma a través de la operacionalización del subconjunto terminológico de la CIPE® para ancianas con vulnerabilidad relacionada con el VIH/sida, que apoyó el desarrollo de una base conceptual en Enfermería.

Descriptores: Terminología Normalizada de Enfermería; Proceso de Enfermería; Envejecimiento; Salud de la Mujer; VIH; Teoría de Enfermería.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1 INTRODUÇÃO	23
2 OBJETIVOS	29
2.1 Geral:	29
2.2 Específicos:	29
3 REVISÃO DE LITERATURA	30
3.1 Feminização e envelhecimento da epidemia de HIV/aids	30
3.2 Análise do conceito “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”	32
3.3 Subconjuntos terminológicos da CIPE® e validação clínica	47
4 REFERENCIAL TEÓRICO	52
4.1 Quadro conceitual de vulnerabilidade apresentado por Ayres	52
4.2 Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem	55
5 MÉTODO	61
5.1 Tipo de estudo	61
5.2 Mapeamento humano do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020	64
5.3 Estruturação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	68
5.4 Validação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	69
5.5 Operacionalização da aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	73
5.6 Desenvolvimento de Teoria de Médio Alcance para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids – TENFAIVHI	76
5.7 Aspectos éticos	78
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
6.1 Mapeamento humano do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020	79
6.2 Estruturação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	103

6.3 Validação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	105
6.4 Operacionalização da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids por meio de estudos de casos clínicos	116
6.5 Teoria de enfermagem para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids - TENFAIVHI	130
6.5.1 Contextualização teórica	130
6.5.2 Finalidade teórica	133
6.5.3 Definição dos conceitos	134
6.5.3.1 Metaparadigma	134
6.5.3.2 O conceito de “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”	135
6.5.3.3 Pressupostos e proposições teóricas	135
6.5.4 Modelagem da teoria	141
6.5.5 Limitações da TENFAIVHI	143
6.5.6 Diferencial teórico e orientações de aplicabilidade da TENFAIVHI na pesquisa e na prática	143
7 CONCLUSÕES	171
REFERÊNCIAS	174
APÊNDICE A Processo de mapeamento humano dos diagnósticos de enfermagem, com análise do grau de equivalência entre conceitos/termos-fonte e conceitos/termos-alvo da CIPE® 2019/2020	182
APÊNDICE B Processo de mapeamento humano das intervenções de enfermagem, com análise do grau de equivalência entre conceitos/termos-fonte e conceitos/termos-alvo	185
APÊNDICE C Instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids – Fase de teste piloto	199
APÊNDICE D Instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids – Segunda fase de validação	219
APÊNDICE E Instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids – Versão validada	239

APÊNDICE F	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Validação do Instrumento de operacionalização do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	258
APÊNDICE G	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudos de casos	260
APÊNDICE H	Estudo de caso 02	262
APÊNDICE I	Estudo de caso 03	265
APÊNDICE J	Estudo de caso 04	267
APÊNDICE K	Estudo de caso 05	272
APÊNDICE L	Estudo de caso 06	276
APÊNDICE M	Estudo de caso 07	279
APÊNDICE N	Estudo de caso 08	281
APÊNDICE O	Estudo de caso 09	283
ANEXO	Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	285

APRESENTAÇÃO

O primeiro contato acadêmico estabelecido com os sistemas de classificação para a prática profissional de enfermagem se iniciou na disciplina de Semiologia e Semiotécnica I, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, onde a minha afeição pela padronização da linguagem começou a surgir. A mim era atrativa a comunicação padrão e universal facilitadora da prestação de cuidados continuamente. Logo em seguida, tive a oportunidade de participar do Projeto de pesquisa intitulado “Interfaces entre atenção à saúde do idoso e vulnerabilidades ao HIV/aids: um estudo de representações sociais” com o Plano de trabalho intitulado “Construção de afirmativas de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para mulheres idosas com HIV/aids” na qualidade de bolsista do Programa de Iniciação Científica da UFPB.

O meu envolvimento com tal Plano de trabalho se iniciou em 2012 e continuou até 2014 com o vínculo ao Programa de Iniciação Científica, o que resultou em dois artigos intitulados “Banco de termos para a prática de enfermagem com mulheres idosas com HIV/aids” (SIQUEIRA et al., 2015) e “Mapeamento de diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas no contexto de vulnerabilidades ao HIV/aids” (BITTENCOURT et al., 2015) publicados em março e abril de 2015, respectivamente. Dei prosseguimento aos trabalhos desenvolvendo o trabalho de Conclusão de Curso (TCC), em 2014 e início de 2015. O artigo do TCC intitulado “Elementos da prática de enfermagem para mulheres idosas com HIV/aids” foi submetido à Revista Gaúcha de Enfermagem a qual recomendou a validação dos elementos. Durante todo esse tempo conheci a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE® – e sua importância como um sistema de classificação que expressa os elementos da prática profissional.

Durante essa oportunidade, tive o privilégio de estabelecer contato com profissionais assistenciais na área de HIV/aids e idosos, bem como com profissionais atuantes na pesquisa e no ensino nas áreas de HIV/aids, idosos e/ou CIPE®, o que corroborou a minha motivação em desenvolver o presente estudo, que no futuro me permitirá colaborar com o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) por meio da construção de um Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.

Concomitante a essa trajetória, inseri-me e continuo participando do Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais – GIEPERS e, mais recentemente, do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem – GEPFAE.

A cada novo trabalho desenvolvido, era maior a minha afeição pela temática. Sentia-me fortalecedora da Enfermagem como profissão e como disciplina e me vi motivada a estudar cada vez mais sobre o assunto, com vistas, inclusive, à atuação acadêmica, além do favorecimento da prática.

Ingressei no Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (PPGENF/CCS/UFPB) assim que concluí a Graduação em Enfermagem (Bacharelado e Licenciatura) pela UFPB, logo em 2015.1, e, conclui o mesmo em 2016.2 com a estruturação de uma Proposta de Subconjunto terminológico da

CIPE[®], incluindo a validação dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem construídos e a construção e validação de intervenções.

Após a conclusão do mestrado, tive a oportunidade de atuar no campo de assistência clínica ao indivíduo vivendo com HIV/aids e submetido a regime de internação hospitalar, cumprindo carga horária de enfermeira diarista em uma das clínicas de infectologia de um hospital de referência em doenças infectoparasitárias do Estado da Paraíba. Tal experiência foi vivenciada durante um ano e se encerrou com a aprovação no curso de Doutorado em Enfermagem e Saúde do PPGENF/CCS/UFPB em 2018.2, quando decidi voltar a me dedicar à pesquisa científica e, contemporaneamente, também fui convocada a assumir dois concursos nos quais havia obtido aprovação, um deles no Hospital Universitário Júlio Bandeira (HUJB/UFCG), na cidade de Cajazeiras, e o outro na Unidade de Pronto-Atendimento Dr. Lindemberg Farias (UPA Bancários), no município de João Pessoa-PB, e aqui quero destacar a emoção de estar realizando grandes sonhos no mesmo momento, mas também o grande receio de estar pondo em risco a qualidade de uma das minhas funções. Neste momento, vivi um misto de emoções, mas me dediquei ainda mais a todas as atribuições que a mim couberam.

Atualmente, celebro a chance de colaborar com a Enfermagem enquanto ciência, bem como com a formação e a prática da nossa querida profissão. Acredito na potencial colaboração que este estudo pode fornecer ao aperfeiçoamento da assistência à população de mulheres idosas vulneráveis ao HIV/aids, quer estejam vulneráveis à infecção, ou já convivam com o vírus e sejam vulneráveis ao desenvolvimento da aids, ou que já convivem com a aids e sejam vulneráveis ao adoecimento por outras doenças relacionadas ao imunocomprometimento, por meio dos produtos tecnológicos que vêm sendo desenvolvidos ao longo deste caminho acadêmico.

Dessa maneira, o presente estudo expõe a efetivação do que almejei alcançar, apresentado sobre a forma desta tese composta por introdução, revisão de literatura, referencial teórico, método, resultados e discussão, considerações finais, apêndices contendo instrumentos utilizados, termos de consentimento livre e esclarecidos, bem como anexo contendo a aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba.

Na introdução, é apresentada a problemática relacionada ao contexto epidemiológico mais recente, que vem descrevendo a expressividade da mulher idosa na população com HIV/aids, bem como posiciona o arcabouço teórico do autocuidado e da vulnerabilidade diante da assistência sistematizada de enfermagem ao fenômeno de interesse do estudo.

Na revisão de literatura, buscou-se enfatizar as mudanças epidemiológicas do HIV/aids que são de interesse do estudo, expondo a inserção da população estudada no contexto do HIV/aids por meio da literatura atualizada na área. Foi trabalhada a forma como a Enfermagem pode executar seu cuidado de maneira sistematizada, e foi evidenciada a CIPE[®] e seu histórico enquanto linguagem profissional que favorece o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos.

O referencial teórico traz o quadro conceitual de vulnerabilidade apresentado por Ayres e a teoria geral do autocuidado de Orem, que, juntos, nortearam a estruturação do subconjunto terminológico. Esta última tem sua estrutura conceitual desenvolvida entre três teorias que a compõem, a saber: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. A sua

utilização na prática de enfermagem com relação à vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids foi analisada e alguns de seus conceitos e pressupostos foram adaptados ao contexto temático estudado.

No método, o estudo, que é de métodos múltiplos, envolve um estudo metodológico de duas fases, mapeamento humano e validação de subconjunto terminológico, bem como um estudo teórico de desenvolvimento de teoria de médio alcance por indução e dedução. Para validação do subconjunto, estruturou-se um instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do mesmo e este foi operacionalizado junto à clientela de interesse.

Cabe enfatizar que, conforme a literatura da área prevê, a teoria de médio alcance desenvolvida nesta tese já vinha sendo estruturada desde a dissertação de mestrado, mas não havia sido reconhecida ainda com este potencial por mim, enquanto autora, até os momentos de apresentação dos resultados da dissertação à grupos de estudos/eventos científicos, onde os ouvintes ou avaliadores questionavam se não se tratava de uma estrutura teórica de médio alcance já em desenvolvimento, alertando-nos quanto a isto. E, assim, desafiamo-nos (no plural mesmo, porque a professora Miriam foi a maior incentivadora desta tarefa) a estruturá-la de fato neste estudo.

Nos resultados, expõem-se os produtos do mapeamento humano do subconjunto terminológico junto à CIPE[®] 2019/2020; o próprio subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids atualizado resultante do processo de mapeamento; informações sobre a estruturação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do referido subconjunto; as etapas da validação do instrumento junto à especialistas; dados referentes à operacionalização do instrumento junto à clientela de mulheres idosas no serviço de atenção especializada, bem como os estudos de casos oriundos desta etapa e seus respectivos mapas conceituais dos elementos da prática profissional operacionalizados. Além disso, no capítulo dos resultados está exposta a teoria de médio alcance para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids – TENFAIVHI – estruturada por meio das estratégias de indução e dedução teóricas.

A discussão, neste estudo apresentada em concomitância aos resultados a fim de não a distanciar do contexto ao qual se refere, facilitando a compreensão do leitor à medida que avança no conhecimento dos dados de pesquisa, busca situar o resultado do estudo na literatura científica, determinando o estado da arte a partir de uma escrita dialógica. Nela é possível contemplar reflexões, inferências e transições ocorridas ao longo do estudo a partir da obtenção dos dados.

As considerações finais sintetizam a contribuição do estudo para a Enfermagem e destacam a aplicabilidade clínica aferida do subconjunto como ferramenta de favorecimento da prática por meio da operacionalização do mesmo e da sua associação a teoria de médio alcance desenvolvida para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.

1 INTRODUÇÃO

A epidemia do HIV/aids e seu curso epidemiológico com o passar dos anos vêm expressando uma importante prevalência dos indivíduos de faixa etária avançada dentre a população que vive com o vírus (OKUNO et al., 2014). Com o avanço tecnológico medicamentoso responsável pelo advento da terapia antirretroviral (TARV), a doença passou a ser considerada como crônica e manejável, de modo a garantir maior longevidade à pessoa que vive com o HIV, o que passou a permitir a esta o alcance da expectativa de vida aproximada à da população em geral (McGETTRICK; BARCO; MALLON, 2018), corroborando o fenômeno do envelhecimento da doença.

A realidade do envelhecimento epidemiológico supracitada é acompanhada pela diminuição da razão entre os sexos, caracterizando a heterossexualização da epidemia e uma consequente feminização da população que convive com o HIV/aids, onde a mulher ganha expressiva inserção no quadro epidemiológico da infecção, caracterizando o que é chamado de feminização da epidemia de HIV observada, inclusive, em faixas etárias mais avançadas (NOGUEIRA et al., 2014).

Os casos de aids em pessoas com 60 anos ou mais notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral/ Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SISCEL/SICLOM), no período de 1980 a 2015 totalizam 25.794 notificações, sendo 16.366 casos no sexo masculino e 9.418 no sexo feminino (BRASIL, 2015). Entre os anos de 2007 e 2017, observou-se uma queda da taxa de detecção em todas as idades do sexo feminino, exceto na faixa etária de 60 anos e mais. A taxa de detecção apresentou um crescimento representado por 21,2% de aumento entre os anos de 2007 e 2017 (BRASIL, 2018).

Mais recentemente, as evidências expostas em boletim epidemiológico apontam que, no ano de 2019, a faixa etária que apresentou a menor razão entre os sexos foi de 50 anos ou mais, com razão M:F de 1,7 (BRASIL, 2020), além de ter continuado apresentando a menor taxa de razão M:F em relação às demais faixas etárias no ano de 2020, totalizando 1,8 (BRASIL, 2021).

Os índices de contaminação da população de mulheres idosas estão associados a diversos fatores de vulnerabilidade, de ordens socioculturais, programáticas e individuais, dentre os quais se percebe a influência dos tabus e estereótipos impostos socialmente sobre a sexualidade desse grupo (SERRA et al., 2013), as relações de gênero que limitam a tomada de decisão pela prevenção da infecção (HIV) e da doença (aids) (BEZERRA et al., 2015), as poucas oportunidades nos serviços de saúde para discutir sobre sexualidade com essa clientela e as mudanças corporais nessa faixa etária (GURGEL et al., 2014; LAROQUE et al., 2011), a pouca especificidade das políticas voltadas às necessidades da referida população e a própria falta de conhecimento sobre a infecção (ARALDI et al., 2016).

Trata-se de uma epidemia multifacetada, que enfrenta tendências à heterossexualização, feminização e envelhecimento, dentre outras, exatamente por envolver aspectos de ordens socioeconômicas, políticas, culturais, que requerem estratégias de ações descentralizadas e com potencial de enfrentamento da discriminação, conservadorismo e estigma, capazes de transformar a visão do processo saúde-doença entre os grupos populacionais (LEITE, 2020).

Além disso, com o avanço tecnológico de facilitação do acesso a tratamento no contexto do HIV/aids bem como de cuidado continuado às pessoas que vivem com HIV/aids, a infecção foi sendo considerada uma condição crônica, sinalizando para uma necessidade de modelo assistencial descentralizado dos serviços especializados (BRASIL, 2017).

Assim, a linha de cuidado necessário a esta condição crônica, passou a envolver outros níveis de serviços de saúde, em especial a Atenção Básica, com o mesmo suporte essencial dos SAE, porém focando no princípio de acolhimento sem discriminação, participação ativa do sujeito e dos elementos programáticos no processo de autocuidado, o que tendência à maior adesão a regimes terapêuticos e estimula medidas de prevenção da transmissão do vírus, com olhar atento à necessidade de se evitar a evolução da infecção para aids e redução da mortalidade pela doença (BRASIL, 2017).

Todo esse contexto de vulnerabilidade ao HIV no qual estão inseridas as mulheres não infectadas envolve mulheres já infectadas aumentando a exposição destas ao desenvolvimento da síndrome da imunodeficiência Humana (aids); e

envolve mulheres que convivem com a aids, aumentando a exposição destas a doenças relacionadas à aids e ao óbito (SANTOS, 2017).

Nesse sentido, os enfermeiros, enquanto profissionais da saúde, devem estar munidos do potencial de transformação da sua própria ótica profissional, bem como de uma realidade contextual de vulnerabilidade, por meio da estruturação e/ou implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento do HIV/aids, na atuação direta na oferta de cuidado ao usuário e na promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, com o propósito de melhorar a qualidade de vida daquela à qual seus cuidados se destinam. Sendo assim, esses profissionais necessitam de instrumentos facilitadores da descrição e da comunicação de atividades da prática de enfermagem, que favoreçam uma linguagem padronizada como elemento fundamental da continuidade do cuidado a esta população.

Neste contexto, destacam-se os sistemas de classificação para a prática profissional, dentre eles a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), desenvolvida pelo *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermeiras - CIE), como um dos sistemas de classificação que permite o desenvolvimento de uma linguagem universal, precisa e objetiva, contribuindo com a continuidade de cuidados prestados pela equipe de enfermagem. A CIPE[®] se faz útil no favorecimento da comunicação profissional entre enfermeiros no mundo todo e subsidia a implementação das fases do processo de enfermagem, representando uma forma de eficácia no registro da assistência de enfermagem ao usuário e no fortalecimento profissional (CIE, 2007).

O uso de sistemas de classificação em enfermagem tem sido fundamental no planejamento do cuidado de enfermagem, de modo a favorecer o reconhecimento profissional a partir do registro padronizado e de qualidade, principalmente quando direcionado às áreas de atuação específicas representadas pelos subconjuntos terminológicos da CIPE[®] (conjuntos de enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem) (MEDEIROS; NÓBREGA, 2013).

Em atendimento às especificidades terminológicas necessárias à assistência de enfermagem à população de interesse deste estudo, foi elaborado, anteriormente, o Subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, fundamentado na Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem (OREM, 2006) e no quadro conceitual de

vulnerabilidade apresentado por Ayres (AYRES, 2009), cujo objetivo foi subsidiar um planejamento de cuidado eficaz, a partir de indicadores identificáveis e favorecer o registro sistemático da assistência de enfermagem a essa clientela específica, conforme recomenda o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE).

O supracitado subconjunto é composto por itens que contemplam mensagem aos leitores; importância do subconjunto para a Enfermagem; a inserção da Enfermagem nos modelos teóricos do estudo, a Teoria Geral do Autocuidado de Orem e o quadro conceitual de vulnerabilidade; 53 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem (DEs/REs) e 218 intervenções de enfermagem (IEs), elaborados com base em um Banco de termos para a prática de enfermagem com mulheres idosas com HIV/aids (SIQUEIRA et al., 2015) e validados por consenso junto a um grupo de especialistas.

A partir do que recomenda o CIE para a elaboração e validação de subconjuntos terminológicos/catálogos CIPE[®], entende-se a importância de uma validação clínica desse subconjunto, de modo a verificar se os elementos que o estruturam são úteis na prática dos profissionais da Enfermagem que assistem a clientela de mulheres idosas vulneráveis ao HIV/aids, tendo em vista que validar implica em aferir o quanto os resultados obtidos por determinado instrumento representam a verdade sobre o conceito que se propõe a avaliar (POLIT; BECK, 2011). Essa necessidade justifica e motiva o desenvolvimento do presente estudo.

O Subconjunto Terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids é compreendido, ainda, como base conceitual para o desenvolvimento de uma teoria de médio alcance, de modo a fortalecer o conhecimento da Enfermagem enquanto ciência e disciplina de características próprias. Pois, entende-se que para melhor compreensão subjetiva e conexão contextual do significado dos conceitos incluídos em propostas de padronização da linguagem profissional, bem como para melhor organização estrutural destes, as Teorias de Enfermagem se fazem indispensáveis (GARCIA; NÓBREGA, 2014).

As teorias de enfermagem constituem o meio principal pelo qual é possível alcançar a progressão do corpo de conhecimento da Enfermagem (MELEIS, 2012), com aprofundamento no seu próprio saber. Elas permitem a construção da identidade da profissão, de modo a favorecer o conhecimento da natureza da

Enfermagem e a desenvolver as especificidades científicas da área (BRAGA; SILVA, 2011), atribuindo simbolismo representacional à realidade para descrever, explicar, prever ou prescrever fenômenos e suas relações (MELEIS, 2012).

O uso de teorias/modelos de enfermagem oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem (McEWEN; WILLS, 2009) e possibilita a diferenciação entre o enfermeiro e as demais categorias da Enfermagem, proporcionando visibilidade ao processo de trabalho e autonomia na prestação do cuidado, em que a elaboração intelectual do processo de trabalho ganha espaço e reflexões cada vez mais importantes, com vistas à necessidade de alcançar o status de ciência para a Enfermagem (BRAGA; SILVA, 2011; SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

As teorias podem ter diversos níveis de abstração, do nível mais abstrato, representado pelas metateorias, seguida das grandes teorias/modelos teóricos, evoluindo a níveis mais concretos como as teorias de médio alcance (TMA) e por fim as teorias práticas (WALKER; AVANT, 2019). As duas últimas possuem maior aplicabilidade prática e, por isso, despertam maior interesse de desenvolvimento nas pesquisas científicas que visam nortear intervenções profissionais e reduzir lacunas entre a teoria e a prática (FAWCETT, 2005).

As estratégias para desenvolvimento teórico de médio alcance podem ser de caráter indutivo, em que os dados brutos influenciam a organização e construção teórica, ou dedutiva, no qual uma grande teoria baseia o raciocínio do teórico para a estruturação das ideias derivativas, e, ainda, combinar ambas as estratégias (BRANDÃO et al., 2017).

Aponta-se que as teorias de médio alcance são as que possuem maior potencial de aplicação prática para o contexto dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e propõem a superação da dicotomia estabelecida entre o abstrato do universo da teoria e o que há de mais palpável do contexto da prática, admitindo-se assim, o desafio do desenvolvimento da mesma (BRANDÃO et al., 2019).

No caso deste estudo, em que se estruturou uma teoria de médio alcance para uma clientela específica, reconhece-se o embasamento e contribuição para a construção da ciência Enfermagem, pois as bases teóricas de uma ciência advêm de um processo dinâmico e criativo, desenvolvido para explicar e descrever os elementos relacionados à sua prática e pesquisa (PRIMO; BRANDÃO, 2017).

Sendo assim, propõe-se neste estudo a seguinte tese:

A estruturação, validação e operacionalização de um instrumento para aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids favorece a validação clínica do mesmo, permitindo o desenvolvimento de uma Teoria de Médio Alcance do autocuidado para mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral:

Avaliar a aplicabilidade clínica do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, desenvolvendo uma teoria de médio alcance.

2.2 Específicos:

Identificar a equivalência do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020;

Construir um instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids;

Validar o instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids;

Operacionalizar a aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids por meio de estudos de casos clínicos, conforme recomenda o ICN;

Desenvolver uma teoria de médio alcance para o autocuidado de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids por dedução a partir da Teoria Geral do Autocuidado de Orem e por indução pela pesquisa e pela prática clínica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Feminização e envelhecimento da epidemia de HIV/aids

O processo de heterossexualização do HIV/aids identificado em meados da década de 1990, quando foram iniciadas as notificações de casos de HIV em mulheres brasileiras, passou a pôr em questionamento o risco de se adquirir a infecção como inerente ao sexo masculino. Nessa época, os casos de aids na população feminina aumentaram significativamente em todo o mundo, assim como, a transmissão vertical desta doença. Isso fez com que os olhares das pesquisas em HIV/aids se voltassem para a feminização da epidemia (BRASIL, 2009a).

Desde então, a razão do quantitativo de indivíduos com 50 anos ou mais infectados pelo HIV entre os sexos sofreu diminuição gradativa, passando de 7,0 homens infectados pelo HIV por cada mulher em 1990, para 1,7 homens por cada mulher em 2017 (BRASIL, 2018) e assim se mantendo em dados mais atuais, onde a relação M:F (sexo masculino e sexo feminino) é igual a 1,8 (BRASIL, 2021). O acometimento da população feminina pelo HIV/aids tem acarretado alterações funcionais na sociedade em geral, tendo em vista o papel de cuidadora exercido pela mulher ao longo do tempo no contexto familiar (FREITAS et al., 2012).

O deslocamento da epidemia para faixas etárias mais avançadas também pode ser verificado por meio do aumento da taxa de detecção de indivíduos infectados pelo HIV na faixa etária de 60 anos ou mais. Observou-se uma elevação da taxa de prevalência de oito indivíduos com 60 anos ou mais acometidos pelo HIV/aids a cada 100.000 habitantes no ano de 2006 para 9,5 indivíduos no ano de 2017, de acordo com os dados epidemiológicos do SINAN, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom em relação à faixa etária e sexo/ano de diagnóstico (BRASIL, 2018).

Quanto aos coeficientes de mortalidade, a faixa etária de 60 anos ou mais foi a única a ter apresentado aumento dentre todas as faixas etárias, totalizando aumento de 27,7% nos últimos dez anos, passando de 4,2 em 2010 para 5,4

óbitos/100 mil habitantes em 2020. Tal evento foi observado em ambos os sexos (BRASIL, 2021).

Alguns estudos desenvolvidos na área do HIV/aids apontam para fatores de vulnerabilidade individuais, sociais e programáticos (AYRES, 2009) que estão envolvidos no processo de exposição da mulher idosa à infecção pelo vírus e manifestação da imunodeficiência, como, por exemplo, o fato da sexualidade dos idosos estar envolvido em um contexto cultural de tabus e preconceitos (ARAÚJO; MONTEIRO, 2011; VIEIRA, 2004), fazendo-se invisível pela sociedade em geral, o que os suscetibiliza à infecção (MASCHIO et al., 2011). Como reflexo disso, têm-se profissionais de saúde que não associam a aids às pessoas idosas e, por isso, não proporcionam espaços de discussão sobre a sexualidade com essa clientela. O prejuízo de não desenvolver uma abordagem educativa em saúde voltada para a prevenção de HIV/aids e outras IST's com esses indivíduos é o fato de que alguns idosos só passam a ter relações sexuais seguras após serem diagnosticados com HIV/aids (ALENCAR; CIOSAK, 2014).

A confiança na relação estável como forma de prevenção (LIMA; FREITAS, 2012); a relação de gênero como relação de poder; a dificuldade de negociação do uso do preservativo (BEZERRA et al., 2015; SANTOS et al., 2014; ROCHA et al., 2013); a não percepção de susceptibilidade da mulher idosa ao HIV/aids; a concepção social equivocada de idoso assexuado (ALENCAR; CIOSAK, 2014; SILVA; OLIVEIRA, 2013); o preconceito e estigma em relação à velhice (PRADO et al., 2012); a associação de vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids a comportamentos de promiscuidade (BITTENCOURT et al., 2015); e a precária valorização da prevenção da infecção pelo HIV (SERRA et al., 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2013) constituem outros fatores que contribuem para a inserção da mulher idosa no quadro de vulnerabilidade à infecção.

As considerações que a literatura aponta sobre este contexto de vulnerabilidade inerente ao ser mulher idosa geram uma demanda de planejamento e oferta de cuidado de enfermagem que seja responsiva às especificidades destas pessoas. Neste sentido, haja vista não haver sistemas de classificação da prática profissional que contemple a totalidade das áreas da atuação da Enfermagem, tem-se a recomendação de estruturação de conjunto de enunciados

diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem voltados para populações ou áreas específicas.

3.2 Análise do conceito “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”

Conceitos são considerados elementos básicos que compõem teorias e devem ser capazes de nomear um fenômeno/coisa à que se referem. Eles são oriundos de construções mentais representativas de categorias de informações carregadas de definições de atributos (WALKER; AVANT, 2019).

Analisar um conceito deve ser um processo preciso e rigoroso, porém consciente de que seus resultados sempre serão provisórios. Fatores culturais, contextuais e sociais contribuem para uma constante evolução e mudança de um conceito analisado em determinado tempo, num ciclo dinâmico de surgimento de ideias (WALKER; AVANT, 2019).

A análise de conceitos tem grande utilidade na classificação de fenômenos em enfermagem, pois proporciona novos métodos para definir um conceito, descrever uma determinada situação em enfermagem, ou mesmo replicar um conceito já existente numa outra área de interesse (SOUSA et al., 2018).

A análise do conceito “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids” seguiu as oito etapas do modelo proposto por Walker e Avant (2019), quais sejam: seleção do conceito; objetivos da análise conceitual; identificação dos possíveis usos do conceito; determinação dos atributos definidores; identificação do caso modelo; identificação de caso adicional (contrário); identificação de antecedentes e consequentes; e definição de referenciais empíricos.

Na primeira etapa, o conceito selecionado consistiu em “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”.

Na segunda etapa, almejou-se contribuir para a implementação de estratégias direcionadas a suprir as lacunas encontradas no tocante à vulnerabilidade de mulheres idosas relacionada ao HIV/aids, quer sejam elas pessoas soronegativas que possam ser vulneráveis à infecção, pessoas que vivem com o vírus e possam

ser vulneráveis ao desenvolvimento da aids, e pessoas com aids que possam ser vulneráveis ao adoecimento relacionado ao imunocomprometimento e óbito, favorecendo a minimização dos referidos contextos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids.

O potencial de influência incide sobre diversos aspectos, como a implantação de programas e/ou a criação de políticas públicas, considerando os atributos (características e particularidades), os antecedentes e os consequentes que envolvem a vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids destas mulheres.

Na terceira etapa, de identificação dos possíveis usos do conceito, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011; SOARES et al., 2014), melhor detalhada na oitava etapa desta análise. Além disso, buscaram-se definições em dicionário e outras fontes científicas que abordassem o conceito, haja vista a possibilidade de reconhecer e aproximar-se do contexto de utilização e aplicabilidade atual do mesmo, conforme recomendam Walker e Avant (2019) quanto a não limitar as buscas dentro a literatura da área da saúde, e sim ampliá-la em livros, dicionários, enciclopédias, etc.

Na quarta etapa, identificaram-se os atributos definidores do conceito mencionados nos estudos. Atributos definidores são palavras ou expressões que surgem repetidamente na literatura sobre o conceito e que demonstram a essência do mesmo, constituindo características deste e evitando vieses na sua compreensão (WALKER; AVANT, 2019).

Extraíram-se os atributos definidores dos estudos a partir das respostas identificadas ao seguinte questionamento: quais aspectos caracterizam e/ou definem o conceito “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”?

Na quinta etapa, foi estruturado um caso modelo, tratando-se de um exemplo do uso do conceito que demonstra todos os seus atributos, em que há certeza que se refere ao conceito, a partir dos próprios resultados encontrados nos estudos da revisão integrativa, das experiências assistenciais da pesquisadora, bem como do conhecimento científico prévio da mesma, a fim de transmitir características/atributos definidores que representem o conceito e a sua natureza, conforme recomendado pelo referencial teórico-metodológico (WALKER; AVANT, 2019).

Na sexta etapa, foi elaborado um caso em que não se vislumbra a aplicabilidade do conceito, ou seja, um caso contrário, fictício, considerado como caso adicional. O caso contrário é entendido como aquele que determina a inaplicabilidade do conceito (WALKER; AVANT, 2019).

Na sétima etapa, foi feita a identificação dos antecedentes e consequentes do conceito de interesse. Os antecedentes referem-se aos acontecimentos ou incidentes prévios à existência do fenômeno ao qual se refere o conceito, podendo causar e/ou motivar a ocorrência do mesmo, portanto não podem ser atributos do conceito. Consequentes por sua vez, referem-se aos acontecimentos ocorridos enquanto resultantes do fenômeno contemplado pelo conceito, também não podendo ser considerado atributo conceitual (WALKER; AVANT, 2019).

Os atributos, antecedentes e os consequentes de interesse do conceito “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids” foram identificados a partir dos estudos da revisão integrativa. Para isso, estes foram transcritos para os instrumentos de extração dos dados dos estudos, onde se compôs um quadro sinóptico para agrupá-los (em que consta autoria, ano, base de dados, tipo de estudo, idioma, país, população/amostra e o título), verificando-se a frequência dos mesmos.

A fim de identificar e compilar estes elementos, questionou-se: quais práticas pessoais, sociais e/ou programáticas contribuem para a vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids? Quais eventos, situações e/ou fenômenos influenciam para que a idosa esteja vulnerável ao HIV/aids? Quais particularidades/características foram apontadas pelos autores em relação à vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids? Quais consequências da condição de estar vulnerável ao HIV/aids recaem sobre a mulher idosa? Há consequências de caráter social e/ou programático?

Já na oitava etapa, foram definidos os referenciais empíricos. As referências empíricas são classes ou categorias de fenômenos reais que, por sua presença ou existência, demonstram a ocorrência do conceito em si (WALKER; AVANT, 2019). Os artigos selecionados na revisão integrativa da literatura, as leituras de livros, somados aos conhecimentos proporcionados pela prática profissional da pesquisadora, subsidiaram a identificação das referências empíricas dos atributos, antecedentes e consequentes do conceito de interesse.

Os dados extraídos e analisados foram distribuídos em categorias e subcategorias, de forma que as categorias dos atributos essenciais, antecedentes e consequentes da vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids foram organizadas em subcategorias quanto aos contextos de vulnerabilidade individual, social e programática.

Realizou-se revisão integrativa da literatura, de acordo com as etapas de desenvolvimento deste tipo de revisão na Enfermagem (SOARES et al., 2014), por compreender que a metodologia de análise de conceito ganha robustez com a associação à técnica de revisão integrativa da literatura, por meio da qual é possível garantir a qualidade da fonte de informação incluída na análise (SOUSA et al., 2018).

A busca pelos artigos se deu entre os meses de novembro e dezembro de 2021, por meio de consulta às bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE via Pubmed) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), acessadas por meio do Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e o *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (IBECS), via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Utilizou-se o operador booleano “AND” combinando o descritor não controlado “vulnerabilidade” ou “vulnerability” com os descritores controlados indexados no *Medical Subject Headings* (MeSH) ou os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), respectivamente: “Nursing”, “Women”, “Aging” e “HIV”; e “Enfermagem”, “Mulheres”, “Envelhecimento” e “HIV”, conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Estratégias de buscas dos artigos utilizadas nas bases de dados. João Pessoa, 2022.

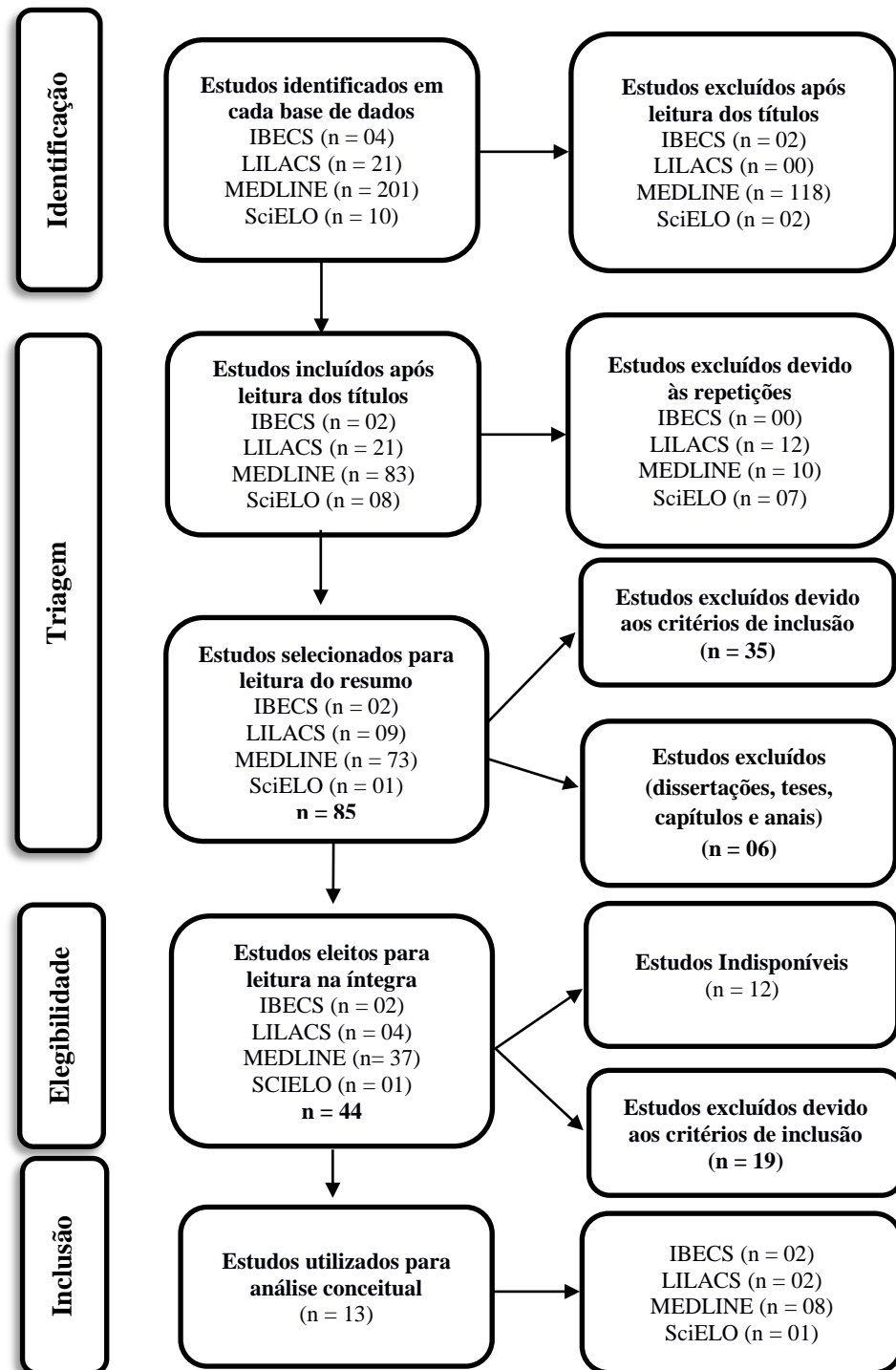
Base de dados	Estratégia de Busca
SciELO	Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “nursing” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “aging” AND “HIV”
MEDLINE	Descritores (MeSH) – “nursing” AND “vulnerability” AND “women” AND “aging” AND “HIV”

	Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “aging” AND “HIV”
LILACS	Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “nursing” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “women” AND “aging” AND “HIV” Descritores (MeSH) – “vulnerability” AND “aging” AND “HIV”
IBECS	Descritores (DeCS) – “vulnerabilidad” AND “envejecimiento” AND “VIH” Descritores (DeCS) – “enfermería” AND “envejecimiento” AND “VIH”

Para a seleção dos estudos identificados, utilizaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos científicos completos disponíveis eletronicamente de forma gratuita e integral, em inglês, português e/ou espanhol, sem limitação de indexação por ano de publicação, desenvolvidos com enfoque na correlação entre a clientela de mulheres idosas e a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids. Nas produções selecionadas, buscou-se identificar o uso do conceito a ser analisado. Foram excluídos dos estudos os artigos repetidos, editoriais, teses, dissertações, pontos de vista e estudos de caso(s).

A estratégia de busca e seleção dos artigos utilizada na revisão seguiu, especificamente, as orientações do guia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses* (PRISMA) (MOHER et al., 2009), detalhado na Figura 1.

Figura 1 – Procedimento de identificação e inclusão dos estudos na análise de conceito *vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids*, utilizando a estratégia *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA). João Pessoa, 2022.



Legenda: IBECS – Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud; LILACS – Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde; MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*; SciELO – *Scientific Electronic Library Online*

Conforme expõe a figura acima, após a busca, foram realizadas leituras dos títulos, seguida dos resumos dos artigos selecionados para constatar se atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos e, posteriormente, foi realizada leitura minuciosa do texto na íntegra de cada artigo selecionado e disponível.

Para análise dos estudos selecionados, empregou-se a estratégia PICO (MILNER; COSME, 2017), que representa acrônimo para: P- pacientes, I- intervenção, C- comparação e O- “outcomes” (desfecho/resultado), e quanto aplicada a este estudo representa: **P** – mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids; **I** – não se aplica; **C** – não se aplica; e **O** – atributos, antecedentes e consequentes da vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids.

Refletindo-se a relevância de aprofundamento conceitual específico da vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids enquanto um processo potencialmente gerador de conhecimento teórico e científico que forneça fundamentação à atuação da Enfermagem, analisou-se o conceito utilizando 13 artigos científicos, na sua maioria se tratando de estudos de revisão da literatura (n=05) e exploratórios descritivos (n=03). O quadro 2 apresenta um resumo dos dados bibliográficos referentes aos artigos selecionados, estes organizados em ordem crescente, de acordo com o ano de publicação.

Quadro 2 – Dados bibliográficos dos estudos selecionados para a análise de conceito. João Pessoa, 2022.

Estudos revisão integrativa							
Base de dados	Ano	Autoria	Título	População/ amostra	País	Idioma	Tipo de estudo
MEDLINE	2003	LEVY, J.A.; ORY, M.G.; CRYSTAL, S.	HIV/aids interventions for midlife and older adults: current status and challenges	Documentos apresentados pela primeira vez em uma conferência sobre HIV/aids e envelhecimento pelo Instituto Nacional sobre Envelhecimento	EUA	Eng	Revisão
IBECS	2012	LOMBARDO PEREIRA, G.; COSTA AGUIAR, B.G.	Envejeciendo con aids o el aids en el envejecimiento: perfil epidemiológico en un hospital de la Universidad de Rio de Janeiro	População: 106 prontuários de indivíduos com mais de 60 anos. Amostra: 34 prontuários de idosas (sexo feminino).	Brasil	Spa	Pesquisa documental. Exploratória de abordagem qualitativa
LILACS	2012	SILVA, J.; SALDANHA, A.A.W.	Vulnerabilidade e convivência com o HIV/aids em pessoas acima de 50 anos	Dez indivíduos – 6 homens e 4 mulheres – entre 51 e 72 anos – que são soropositivos para HIV/aids	Brasil	Pt	Estudo exploratóriodescritivo, com abordagem qualitativa
IBECS	2014	GURGEL SN, LUBENOW JAM, MOREIRA MASP ET AL	Vulnerability of HIV/aids in elderly: a review of integrative literature	Sete artigos científicos	Brasil	Eng	Revisão integrativa da literatura
MEDLINE	2015	SA MOJOLA ET AL.	HIV after 40 in rural South Africa: A life course approach to HIV vulnerability among middle aged and older adults	Pesquisa de prevalência: Respostas de 2.080 adultos com 40 anos ou mais; Entrevistas de grupo focal: 77	África do Sul	Eng	Pesquisa de prevalência e entrevistas de grupos focais

Estudos revisão integrativa							
Base de dados	Ano	Autoria	Título	População/ amostra	País	Idioma	Tipo de estudo
				entrevistados			
MEDLINE	2015	BEZERRA VP ET AL.	Preventive practices in the elderly and vulnerability to HIV	Cinco grupos focais, reunindo, em média, sete idosos em cada grupo	Brasil	Eng	Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa
MEDLINE	2016	VANCE ET AL.	Aging and Neurocognitive Functioning in HIV-Infected Women: A Review of the Literature Involving the Women's Interagency HIV Study	12 estudos recentes (2013-2016) usando dados do <i>Women's Interagency HIV Study</i> (WIHS)	EUA	Eng	Revisão
MEDLINE	2017	THURN, M.; GUSTAFSON, D.R.	Faces of Frailty in Aging with HIV Infection	Revisão	EUA	Eng	Estudo de revisão
SCIELO	2018	SANTOS ET AL.	Nursing diagnoses for elderly women vulnerable to HIV/aids	Quatro enfermeiros	Brasil	Eng	Estudo de natureza exploratória descritiva
MEDLINE	2019	AUNG ET AL.	How all-type dementia risk factors and modifiable risk interventions may be relevant to the first-generation aging with HIV infection?	não referido	Austrália	Eng	Revisão narrativa da literatura
LILACS	2020	ARAÚJO ET AL.	Educational intervention on HIV/aids with elderly individuals: a quasi-experimental study	60 idosos, sendo 51 (85%) mulheres e 9 (15%) homens, com idade média de 68 anos	Brasil	Eng	Quase experimental
MEDLINE	2020	AGUIAR, R.B.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O.	Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV	241 idosos com HIV, de ambos os sexos.	Brasil	Eng	Estudo descritivo quantitativo de corte transversal

Estudos revisão integrativa							
Base de dados	Ano	Autoria	Título	População/ amostra	País	Idioma	Tipo de estudo
MEDLINE	2021	LÍVIO ET AL.	Analysis of inappropriate prescribing in elderly patients of the Swiss HIV Cohort Study reveals gender inequity	Prontuários médicos de 175 idosos	Suíça	Eng	Retrospectivo

Legenda: Eng= inglês; Pt= português; Spa= espanhol.

Dentre os estudos supracitados, a maioria encontra-se indexada na base de dados MEDLINE (61,5%), com predominância de realização no Brasil (53,8%), concentrando-se em sua maior parte nos anos de 2012, 2015 e 2020. A limitação no número de artigos contemplados pela análise do conceito se deve à necessidade de abordagem das especificidades da clientela em sua individualidade, de forma que, explorar estudos que inserisse a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids em contextos mais abrangentes relacionados à pessoa idosa em geral ou a mulheres de todas as faixas etárias poderia incluí-las, mas não as definir em suas particularidades.

Diante dos dados analisados provenientes da literatura, infere-se que o conceito de *vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids* na sua totalidade não se esgota, mas que, complementarmente, os estudos subsidiam a sua estruturação a partir da abordagem dos fatores que o antecedem, o caracterizam e dele emergem, conforme exposto no quadro 3.

Quadro 3 - Atributos essenciais, antecedentes e consequentes do conceito *vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids*. João Pessoa, 2022.

ANTECEDENTES	ATRIBUTOS	CONSEQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do desejo sexual e da frequência da prática sexual apontadas como causa para o estabelecimento de relações sexuais extraconjugais por parceiros de mulheres idosas que possuem relacionamentos estáveis (MOJOLA et al., 2015); • Incoerência entre reconhecer a importância de usar preservativo e sua pouca utilização na prática (BEZERRA et al., 2015); • Associação de necessidade de uso de preservativo apenas por mulheres em idade reprodutiva (ARAÚJO et al., 2020); • Incapacidade/dificuldade em negociar o uso do preservativo no contexto do relacionamento estável/casamento (ARAÚJO et al., 2020; SANTOS et al., 2018; MOJOLA et al., 2015; BEZERRA et al., 2015); • Submissão ao companheiro (ARAÚJO et al., 2020; BEZERRA et al., 2015); • Estigma (SANTOS et al., 2018); • Preconceito (SANTOS et al., 2018); • Menos conhecimento sobre sexualidade da pessoa idosa (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020); • Discriminação por idade e por gênero (SANTOS et al., 2018); • Relação sexual extraconjugal por algum dos membros de um relacionamento estável (MOJOLA et al., 2015); • (Des)confiança na fidelidade do parceiro sexual (ARAÚJO et al., 2020; SANTOS et al., 2018; MOJOLA et al., 2015; BEZERRA et al., 2015; SILVA; GURGEL et al., 2014; SALDANHA, 2012); • Falta de acesso à informação sobre sexualidade no 	<p><u><i>Vulnerabilidade individual</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diferentes graus e naturezas de suscetibilidade à infecção, adoecimento e morte pelo HIV (SANTOS et al., 2018); • Condição de suscetibilidade a fatores de risco diversos (SANTOS et al., 2018); • Mudanças corporais relacionadas ao gênero e à idade que colocam a mulher idosa em risco biológico de adquirir o vírus (LEVY; ORY; CRYSTAL, 2003). <p><u><i>Vulnerabilidade social</i></u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Maior taxa de contaminação na população de mulheres idosas em relacionamentos heterossexuais, destacando-se o grupo de solteiras e viúvas (LOMBARDO PEREIRA; 	<ul style="list-style-type: none"> • Início da menopausa antecipado (ou seja, envelhecimento acelerado) e sintomas da menopausa (sintomas psicológicos, problemas de sono e sintomas vasomotores) podendo ser mais graves (ou seja, envelhecimento acentuado) (VANCE et al., 2016); • Maior prevalência de insuficiência renal, depressão, ansiedade, osteoartrite e osteoporose em idosas que vivem com HIV/aids quando comparadas a homens idosos soropositivos (LÍVIO et al., 2020); • Envelhecimento acelerado em idosas que vivem com HIV/aids e expressão fenotípica de envelhecimento mais graves, permitindo a classificação de mulheres que vivem com o HIV como idosas mais cedo (THURN; GUSTAFSON, 2017); • Maior risco de demência de todos os tipos devido à interação entre as alterações da menopausa e o HIV (AUNG et al., 2019); • Fatores de risco para pior saúde

ANTECEDENTES	ATRIBUTOS	CONSEQUENTES
<p>envelhecimento (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020; SANTOS et al., 2018);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preconceitos construídos a partir de um modelo de educação normativo e repressor, direcionado, especialmente, para o gênero feminino (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020; SANTOS et al., 2018); • Tabus que envolvem a sexualidade da pessoa idosa (SANTOS et al., 2018); • Desigualdades de gênero (SANTOS et al., 2018); • Baixas condições financeiras (SANTOS et al., 2018); • Baixo nível de escolaridade (SANTOS et al., 2018); • Concepção de aids como doença de jovens e grupos de risco (SANTOS et al., 2018; BEZERRA et al., 2015); • Associação do preservativo ao contexto de anticoncepção e não de prevenção de DST (SANTOS et al., 2018; GURGEL et al., 2014); • Construções e exigências sociais sobre o comportamento sexual previamente definido de homens e mulheres (BEZERRA et al., 2015; SILVA; SALDANHA, 2012); • Infidelidade conjugal (BEZERRA et al., 2015); • Mito do amor romântico (SILVA; SALDANHA, 2012); • Não uso do preservativo (GURGEL et al., 2014; SILVA; SALDANHA, 2012); • Relações de poder entre gêneros (SILVA; SALDANHA, 2012); • Acesso diferenciado a bens materiais entre os gêneros (SILVA; SALDANHA, 2012). • Falha no trabalho de prevenção específica para a mulher idosa (SANTOS et al., 2018); • Abordagem incipiente sobre a sexualidade da mulher idosa nos serviços de saúde (SANTOS et al., 2018); 	<p>COSTA AGUIAR, 2012);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atitudes conservadoras em relação à sexualidade da pessoa idosa (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020); • Sexualidade feminina limitada e silenciada por padrões sexuais opressores e preconceitos (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020); • Desconforto, receio e pudor da mulher idosa para falar sobre sexualidade (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020). <p><u>Vulnerabilidade programática</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diferentes graus e naturezas de suscetibilidade à infecção, adoecimento e morte pelo HIV (SANTOS et al., 2018); • Invisibilidade da sua passividade ao acometimento pelo vírus, proporcionando sua inserção na população-alvo de políticas públicas (SANTOS et al., 2018). 	<p>mental e cognitiva são comuns em mulheres idosas vivendo com infecção pelo HIV (AUNG et al., 2019).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medo da morte (SANTOS et al., 2018). • Deslocamento da epidemia para faixas etárias mais avançadas (SANTOS et al., 2018); • Mulheres idosas enquanto vítimas quase esquecidas da epidemia (LEVY; ORY; CRYSTAL, 2003); • Maior taxa de detecção do HIV em mulheres idosas na faixa etária de 50 a 59 anos (LOMBARDO PEREIRA; COSTA AGUIAR, 2012); • Risco de violência (SANTOS et al., 2018). • Diferentes padrões de uso de serviços de saúde (LÍVIO et al., 2020); • Necessidade de execução de ações de autocuidado pelo enfermeiro em prol da mulher idosa acometida pelo HIV/aids (SANTOS et al., 2018); • Necessidade de ações de educação em saúde (SANTOS et al., 2018); • Necessidade de inserção da

ANTECEDENTES	ATRIBUTOS	CONSEQUENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Escassez de políticas públicas de prevenção de HIV/aids em idosos (SANTOS et al., 2018); • Busca e disponibilidade de serviços de saúde para os casos de necessidade de uso da PEP (BEZERRA et al., 2015). 		mulher idosa na população-alvo de políticas públicas (SANTOS et al., 2018).

Reconhecem-se os antecedentes, atributos e consequentes supracitados enquanto indicadores empíricos, abordados no quadro acima tal como constam nos estudos levantados, porém sintetizados na diagramação teórica, de modo que o enfermeiro com atuação prática e científica, ao lidar com tais fatores, possam entender a representação do conceito central por meio deles. A fim de contemplá-los de forma abrangente, auxiliando na elucidação das relações entre eles e, conseqüentemente, na definição conceitual, foram estruturados o caso modelo e o caso adicional (contrário), conforme se segue.

Caso modelo: L.C.T., 62 anos, sexo feminino, viúva (foi casada durante 35 anos, referindo manter fidelidade ao parceiro fixo durante todo o tempo de convívio e por isso nunca ter utilizado preservativo em relações sexuais), sem estabelecer relacionamento afetivo no momento, dona de casa, ensino fundamental incompleto, renda de um salário mínimo, mãe de quatro filhos, reside com um neto, por quem é responsável, em um município vizinho à cidade onde se localiza o serviço de referência em doenças infectoparasitárias, onde a mesma faz acompanhamento médico, pois vive com o vírus da imunodeficiência humana há sete anos. Relacionamento com a família e a comunidade prejudicado devido ao medo de descoberta do diagnóstico e/ou de transmissão do vírus a alguém por meio de compartilhamento de objetos. Refere não possuir parceiro sexual, pois julga não ser correta a preservação da sexualidade em uma mulher de sua idade e com o seu *status* sorológico. Durante a consulta de enfermagem, apresenta postura de desconfiança e questiona repetidas vezes se o que está relatando/informando poderá identificá-la de alguma forma, mesmo sendo explicado didaticamente sobre o sigilo da pesquisa científica. Em prontuário, constam exames diagnósticos/periódicos em atraso (contagem de linfócitos TCD4 e contagem de carga viral), com último exame realizado evidenciando resultados compatíveis com má adesão à terapia antirretroviral e às medidas de autocuidado em geral, além de falha na assiduidade da idosa ao calendário de consultas programadas, atribuindo tal fato à dificuldade de transporte. Quando questionada sobre as queixas atuais, refere fadiga, perda de peso e diarreia há duas semanas. Dados antropométricos: peso= 45kg; Altura: 1,62m. Aferição de sinais vitais: PA= 90x60mmHg; FC= 71bpm; SpO2= 95%; FR= 14 irpm.

Caso adicional (contrário): M.F.R., 59 anos, sexo feminino, casada há 10 anos, professora, ensino superior completo, renda de três salários, sem filhos, reside em município com rede de atenção primária atuante, acompanhada por equipe multiprofissional, sem doenças crônicas. Relacionamento com a família e a comunidade eficaz, tendo como rede de apoio dois irmãos e a família de seu cônjuge. Refere vida sexual ativa com uso de preservativo em todas as relações sexuais estabelecidas com parceiro único, bem como realização de exames periódicos. Durante a consulta de enfermagem, dialoga abertamente sobre dúvidas e se dispõe a fornecer informações acerca da sua saúde sexual. Relata acesso eficaz a serviços de saúde bem como a medidas de prevenção. Nega queixas. Dados antropométricos: peso= 70kg; Altura: 1,65m. Aferição de sinais vitais: PA= 110x75mmHg; FC= 85bpm; SpO2= 98%; FR= 12 irpm.

O antecedente da vulnerabilidade individual referente à diminuição do desejo sexual e da frequência da prática sexual apontadas como causa para o estabelecimento de relações sexuais extraconjugais por parceiros de mulheres idosas que possuem relacionamentos estáveis (MOJOLA et al., 2015) expressa também um caráter social da vulnerabilidade associado, pois reflete uma consequência do padrão patriarcal de uma sociedade com visão responsabilizadora da mulher idosa por seu contexto de vulnerabilidade.

3.3 Subconjuntos terminológicos da CIPE® e validação clínica

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi desenvolvida pelo *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermeiras - CIE) e consiste em um dos sistemas de classificação em enfermagem que permite o desenvolvimento de uma linguagem universal, precisa e objetiva, contribuindo com a continuidade de cuidados prestados pela equipe de enfermagem. A CIPE® pode facilitar a comunicação entre enfermeiros e a implementação das fases do processo de enfermagem, por meio do favorecimento da estruturação dos elementos da prática profissional (diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem), representando uma forma de promover melhoria no registro de enfermagem, na assistência ao usuário e no fortalecimento da profissão (CIE, 2007).

Os enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem voltados para populações ou áreas específicas de atuação da Enfermagem, quando reunidos em um conjunto que compartilha das mesmas especificidades, são representados pelos subconjuntos terminológicos da CIPE® (MEDEIROS; NÓBREGA, 2013).

O modo de elaboração de um subconjunto terminológico da CIPE® está descrito no Guia para o Desenvolvimento de Catálogos CIPE®, publicado pelo CIE em 2008, onde se visualizam os enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem condizentes com o Modelo de Terminologia de Referência de Enfermagem ISO 18.104:2003 (ICN, 2008).

A construção de subconjuntos terminológicos foi proposta pelo CIE com o intuito de facilitar o uso da classificação. A estes subconjuntos também se dava o nome de catálogos CIPE®, os quais são direcionados a contextos específicos de cuidado de enfermagem (CIE, 2007).

Os Subconjuntos Terminológicos da CIPE® ou Catálogos CIPE® “são agrupamentos de enunciados pré-elaborados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, direcionados a uma clientela específica, a uma prioridade de saúde ou a um fenômeno de enfermagem” (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

O desenvolvimento dos subconjuntos é recomendado pelo CIE, em especial, quando direcionados a determinadas populações-chave, e tem se efetivado de maneira expressiva por estudos desenvolvidos no Centro CIPE® brasileiro, acreditado pelo CIE e localizado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB (PPGENF/UFPB). Os membros do referido Centro foram responsáveis pela estruturação de Subconjuntos terminológicos nas mais diversas áreas clínicas especializadas e nos cuidados de saúde primários, em várias áreas temáticas: insuficiência cardíaca congestiva; dor oncológica; pessoa idosa; hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde; prostatectomia; pessoa idosa institucionalizada; diabetes mellitus na atenção especializada, entre outros (BESERRA et al., 2018).

O processo de tomada de decisão profissional, a pesquisa, a formação acadêmica e a prática clínica recebem respaldo pelos dados originados por meio do

desenvolvimento dos Subconjuntos terminológicos. A utilização dos mesmos ainda contribui para a implementação efetiva do processo de enfermagem bem como a construção de sistemas de informação (BESERRA et al., 2018).

Salienta-se que os subconjuntos não substituem o julgamento de enfermagem, nem o processo de tomada de decisão, entretanto possuem papel colaborador importante na prestação de assistência individualizada e sistematizada, como uma referência acessível para os enfermeiros, com propósitos específicos (CIE, 2007).

Não há, ainda, uma padronização detalhada do método para a elaboração de subconjuntos terminológicos da CIPE[®], assim como não há um modelo teórico específico que deva ser adotado ao organizar os enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem (NÓBREGA et al., 2015).

Nesse cenário, o CIE elaborou, em 2007, uma proposta metodológica para o desenvolvimento de subconjuntos terminológicos da CIPE[®] com dez passos, que incluíam a identificação da clientela e prioridade de saúde; a documentação da significância para a Enfermagem; a verificação junto ao CIE da existência de outros grupos trabalhando com a prioridade de saúde em foco, para assim identificar potencial colaboração do estudo; utilização do Modelo de Sete Eixos da CIPE[®] Versão 1.1 para compor enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem; identificação de enunciados adicionais por revisão da literatura e por evidências relevantes; desenvolvimento de conteúdo de apoio; testagem ou validação de enunciados por meio de estudos clínicos; adição, exclusão ou revisão dos enunciados, conforme necessidade; elaboração da cópia final do Catálogo em trabalho conjunto com o CIE; e auxiliá-lo na disseminação do Catálogo (CIE, 2007).

Logo depois, em 2010, Coenen e Kim sugeriram mais uma proposta de desenvolvimento de subconjuntos terminológicos com base em seis passos: identificação da clientela; coleta de termos e conceitos relevantes para a prioridade de saúde; mapeamento dos conceitos identificados junto à CIPE[®]; estruturação de novos conceitos; finalização do Catálogo; e divulgação do Catálogo (COENEN; KIM, 2010).

Em ambos os percursos metodológicos para desenvolvimento dos subconjuntos terminológicos da CIPE[®], dá-se ênfase à clientela, à prioridade de saúde, à coleta de termos, ao mapeamento cruzado, à validação dos enunciados por especialistas na área, e ao referencial teórico adotado (NÓBREGA et al., 2015).

As etapas de elaboração de subconjuntos utilizadas atualmente no Brasil são quatro e consistem em identificar termos relevantes para a clientela e/ou prioridade de saúde; executar mapeamento cruzado dos termos identificados com termos da CIPE[®]; construir os enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem; e por último estruturar o subconjunto. Para isso, é preciso considerar a escolha do modelo teórico que vai estruturá-lo e justificar a importância desse subconjunto para a Enfermagem (NÓBREGA et al., 2015).

Retomando o que recomenda o CIE, destaca-se o sétimo passo referente ao desenvolvimento de subconjuntos terminológicos, que inclui a validação clínica dos mesmos. Validar subconjuntos terminológicos da CIPE[®] consiste em uma etapa determinante que possui o potencial de aferir a efetividade e operacionalidade dos mesmos. Entretanto, a metodologia a ser seguida para executar esta etapa ainda não possui definição padrão na literatura, o que requer reflexões acerca dos métodos adequados e eficazmente utilizados nesse intuito (NÓBREGA et al., 2015).

Alguns métodos de validação são comumente implementados, na área da Enfermagem, para validação de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, eles incluem a validação de conteúdo e a validação clínica (NÓBREGA et al., 2015). Gordon e Sweeney (1979), por exemplo, abordaram o modelo clínico como uma das formas de validar diagnósticos de enfermagem a partir das observações diretas do pesquisador, enquanto enfermeiro, sobre os comportamentos e atitudes dos pacientes em ambiente clínico.

O estudo de caso clínico tem sido um tipo de estudo muito utilizado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba para a validação clínica de subconjuntos terminológicos. Costuma-se utilizar as fases do processo de enfermagem como norteadoras dos estudos de caso, além de fundamentá-los teoricamente no modelo conceitual que subsidiou a estruturação do subconjunto terminológico (NÓBREGA et al., 2015).

Entretanto, o CIE não estabelece definições metodológicas concretas que recomendem o caminho e/ou o referencial a ser utilizado para nortear o processo de validação clínica dos Subconjuntos terminológicos da CIPE®. Sendo assim, a partir do reconhecimento destes Subconjuntos enquanto representantes de um instrumento tecnológico de cuidado em saúde, mais precisamente configurando-se como uma tecnologia leve-dura, assim entendida a partir da compreensão do ponto de inter-relação existente entre o saber estruturado (teoria, método de desenvolvimento e uma estrutura hierárquica classificatória dentro de uma ontologia, ou seja, representação formal) e a leveza do olhar ao indivíduo que necessita do cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2009), elegeu-se o manual do Ministério da Saúde sobre Avaliação de Tecnologias em Saúde para nortear o processo de validação do Subconjunto de interesse deste estudo.

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b) comporta uma ampla diversidade metodológica para se efetivar, entretanto considera que algumas etapas são básicas e devem ser contempladas de forma parcial ou total no processo de avaliação tecnológica, sendo elas:

Etapa 1 - identificar as tecnologias candidatas e estabelecer as prioritárias;

Etapa 2 - especificar o problema a ser avaliado;

Etapa 3 - determinar o cenário da avaliação;

Etapa 4 - recuperar a evidência disponível;

Nesta etapa, a variedade de fontes de evidências que podem ser utilizadas para a ATS inclui: bases de dados computadorizadas da literatura publicada; bases de dados computadorizadas de dados clínicos e administrativos; relatórios de governos, monografias, dissertações e teses; listas de referências em estudos, revisões e nas metanálises disponíveis; anais de eventos científicos; relatórios e diretrizes clínicas das associações profissionais; relatórios de companhias e reportagens em jornais e revistas; sítios na internet; colegas de profissão e pesquisadores (grupos de pesquisa do CNPq).

Etapa 5 - obter novos dados primários (se necessário);

Etapa 6 - interpretar a evidência disponível;

Etapa 7 - sintetizar a evidência;

Etapa 8 - apresentar os resultados e formular as recomendações;

Etapa 9 - disseminar os resultados das recomendações;

Etapa 10 - monitorar o impacto.

A partir do entendimento de que o planejamento e a execução das ações de enfermagem devem ser fundamentados cientificamente, percebe-se a relevante contribuição de estruturar e validar a linguagem padronizada de enfermagem a uma clientela específica (NÓBREGA, 2011).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Quadro conceitual de vulnerabilidade apresentado por Ayres

As reflexões consideradas como referência na Epidemiologia e Saúde Coletiva brasileiras sobre o conceito de vulnerabilidade são as reflexões levantadas por José Ricardo de C. M. Ayres, no tocante à quebra de estereótipos vinculados ao preconceito inspirado pelo pensamento de grupos de risco e comportamentos de risco quando se reflete a vulnerabilidade ao HIV (SEVALHO, 2018).

Na Enfermagem, o conceito de vulnerabilidade em geral costuma ser utilizado no tocante ao risco pessoal ou coletivo de indivíduos, que se encontram com alguma deficiência, a se exporem a agravos em saúde, porém pouco se reflete acerca da dimensão social. Percebe-se que a compreensão de vulnerabilidade no tocante à Enfermagem está intimamente associada à finalidade do trabalho desta categoria profissional ou ainda a situações que geram violência profissional ou contra populações (NICHATA et al., 2008).

A vulnerabilidade pode ter seu entendimento mais específico quando considerados grupos específicos populacionais, por vezes de forma adjetivante, qualificando grupos, e por outras descrevendo contextos comuns da realidade de

todos (CARMO; GUIZARDI, 2018). A relevância da aproximação da Enfermagem ao conhecimento sobre vulnerabilidades de grupos humanos encontra-se no potencial de reconhecimento por estes profissionais frente ao ser humano, família e coletividade dentro das suas necessidades básicas de assistência e processos de vida em todas as dimensões que os compõem (MACEDO et al., 2020).

O conceito de vulnerabilidade de interesse do estudo considera como relevantes os aspectos relacionados aos direitos sociais e políticos de populações fragilizadas, especialmente no tocante aos direitos humanos e emerge com o advento da epidemia do HIV nos anos 1990, num contexto interdisciplinar, fortalecendo debates sociais de superação da responsabilização individual que era impressa à pessoa com infecção pelo HIV/aids (SEVALHO, 2018).

A compreensão dessa vulnerabilidade contempla a possibilidade de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais. As diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos podem ser particularizadas pelo reconhecimento de três componentes interligados – o individual, o social e o programático ou institucional (AYRES, 2009). Estes componentes se interligam permitindo análises multidimensionais, fazendo com que o conceito seja compreendido como um entrelaçado de condições que direcionam os saberes e práticas em saúde (SEVALHO, 2018).

O componente individual da vulnerabilidade se refere às questões cognitivas, ou seja, à quantidade e à qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e sua capacidade de elaborá-la, bem como às questões comportamentais, envolvendo a capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protetoras (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015; AYRES, 2009).

O componente social, por sua vez, envolve aspectos contextuais de acesso às informações, possibilidades de incorporá-las às mudanças práticas e o enfrentamento de barreiras culturais e sociais, como relações econômicas, de gênero, étnico-raciais e religiosas enquanto condições passíveis de inserção do

indivíduo na condição de vulnerabilidade (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015; AYRES, 2009).

Já o componente institucional ou programático da vulnerabilidade contempla uma responsabilização sistêmica vinculada ao compromisso das autoridades, bem como às políticas e ações organizadas, além de programas e vínculo entre a sociedade civil e as instituições. Esta envolve, ainda, as formas que os serviços de saúde atuam para reduzir a vulnerabilidade, a articulação de instituições com setores diversos, como os de educação e justiça, o grau e a qualidade do compromisso, a disponibilidade de recursos, gerência e monitoramento de programas de prevenção e cuidados importantes para identificar necessidades, canalizar os recursos sociais existentes e aperfeiçoar seu uso (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015; AYRES, 2009).

Os diversos componentes da vulnerabilidade expressam a importância da integralidade das ações de saúde, para que contemplem aspectos individuais comportamentais, vivências subjetivas, determinações sociais, políticas e culturais. Este olhar multidimensional pode levar à identificação de fatores causais e os inserir em condições de mudança, pois ao refletir a vulnerabilidade no contexto do HIV/aids não se propõe reproduzir a naturalização de estar vulnerável, e sim estimular a capacidade de prevenção no intuito de emancipar indivíduos e sociedade (NICHATA et al., 2008).

Acredita-se que o conceito da vulnerabilidade propõe uma superação do conceito de risco e que seus componentes levam a uma união das dimensões do indivíduo, do social ou coletivo e do institucional. Esta vulnerabilidade é percebida em contextos de suscetibilidade ao adoecimento ou contágio, bem como em contextos de exposição a agravos (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A contribuição que o conceito de vulnerabilidade apresentado por Ayres traz para o processo de saúde e doença do HIV/aids está na influência sobre as medidas de prevenção e na capacidade de ampliação da compreensão dos fatores determinantes do adoecimento e do enfrentamento (NICHATA et al., 2008; MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

A vulnerabilidade não deve ser vista como realidade particular de algumas pessoas ou grupos sociais, pois ela se relaciona a condições e circunstâncias

factuais que a determinam, e assim que reconhecidas, podem sofrer transformações contextuais de resolutividade e/ou minimização (MACEDO et al., 2020).

Entendendo que o conceito de vulnerabilidade prescinde de uma particularização de relações contextuais e necessita ser diferenciado da dimensão epidemiológica meramente probabilística, a sua fundamentação sugere a necessidade do senso crítico humanizado e politizado que influencie para a não generalização de inferências (SEVALHO, 2018).

Assim, faz-se primordial o reconhecimento da condição de vulnerabilidade com sua peculiaridade de vínculo a fatores e situações temporárias superáveis, para que haja empoderamento de todos os sujeitos sociais e institucionais envolvidos no potencial processo emancipatório e transformador.

4.2 Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem

O autocuidado, para Orem, consiste em ações deliberadas para suprir ou garantir a continuidade da vida, o crescimento e o desenvolvimento, bem como da manutenção da integridade humana (McEWEN; WILLS, 2009). O desenvolvimento do autocuidado depende de fatores internos ou intrínsecos, como idade, estado de saúde e sexo; e de fatores externos ou extrínsecos, como fatores socioculturais, sistema familiar, padrão de vida e disponibilidade de recursos para atender às demandas (OREM, 2006).

As teorias de enfermagem normalmente são estruturadas com base no metaparadigma da Enfermagem, que é constituído por quatro conceitos centrais, a saber: o ser humano, a saúde, o meio ambiente e a Enfermagem. Para Orem, o ser humano consiste no “objeto material” dos enfermeiros e de outros que prestam assistência direta; a saúde significa um estado que engloba a saúde do indivíduo e dos grupos e a saúde humana é evidenciada na capacidade de refletir sobre si mesmo; o meio ambiente inclui aspectos físicos, químicos e biológicos, bem como a família, a cultura e a comunidade; e a Enfermagem é uma arte, onde o enfermeiro presta assistência especializada a pessoas incapacitadas (MCEWEN; WILLS, 2009).

A teoria geral do autocuidado de Orem se classifica como uma grande teoria, haja vista a sua abrangência de estruturação das diversas áreas de interesse da Enfermagem (TOMEY; ALLIGOOD, 2002). Dorothea Orem desenvolveu a Teoria geral do autocuidado em 1971 com uma visão filosófica de realismo moderado (TAYLOR, 2002), e seu interesse por ela surgiu desde que se encarregou de produzir um currículo para a Enfermagem prática do *Department of Health, Education and Welfare*, em Washington, DC junto com alguns colegas. O primeiro livro publicado foi o *Nursing: Concepts of Practice* (OREM, 1971) e as versões subsequentes foram publicadas em 1980, 1985, 1991, 1995, 2001 e 2006. Embora a teórica não credite uma influência direta de outra teoria sobre a dela, menciona os exemplos de contribuição para a Enfermagem de Abdellah, Nightingale, Rogers, Roy e outros (TAYLOR, 2002).

Três constructos se inter-relacionam para compor a Teoria Geral do Autocuidado de Orem, a saber: teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem (FAWCETT, 2005).

A teoria do autocuidado se refere à prática de atividades de cuidado iniciadas e executadas pelo indivíduo em seu próprio favor para manter e/ou promover a saúde, a vida e o bem-estar, bem como para recuperar ou conviver com os efeitos e limitações das alterações de saúde (FAWCETT, 2005).

A teoria do déficit de autocuidado aborda o momento em que as atividades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro se manifestam, e este atua como provedor de autocuidado, face às incapacidades ou limitações do paciente para satisfazer as suas demandas, contínua e eficazmente (FAWCETT, 2005).

A teoria dos sistemas de enfermagem (TSE), por sua vez, constitui métodos de ajuda e apoio desenvolvidos por enfermeiros no intuito de corresponder às demandas de cuidado do indivíduo, e são classificados em três sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, em que o paciente é incapaz de se engajar nas ações do autocuidado, devendo ser desenvolvidas pelo enfermeiro; o sistema parcialmente compensatório, em que o enfermeiro e o paciente são responsáveis pela execução do autocuidado; e o sistema apoio-educação, que consiste na execução de atividades de autocuidado terapêutico pelo próprio indivíduo, após receber instruções educativas do enfermeiro para tal (GEORGE, 2000; BRAGA; SILVA, 2011).

O direcionamento que a teoria geral do autocuidado fornece à prescrição de enfermagem pode ser percebido na teoria dos sistemas de enfermagem, que subsidia o planejamento de enfermagem e consiste numa ferramenta da prestação do cuidado (BRAGA; SILVA, 2011).

A teoria geral do autocuidado é composta por conceitos e pressupostos que direcionam a ação de enfermagem à promoção do autocuidado do indivíduo ou à assistência às condições em que este não dispõe de independência para execução do seu autocuidado (FAWCETT, 2005).

Apresentam-se, explicitamente, os pressupostos para cada uma das três teorias que compõem o constructo teórico, entretanto, alguns pressupostos foram reconhecidos como implícitos na teoria, são eles: momentaneamente, o indivíduo pode ser incapaz de engajar-se no seu autocuidado; o autocuidado é uma atividade que não necessariamente só pode ser desenvolvida pelo próprio indivíduo; um indivíduo pode ser emancipado para exercer o autocuidado a partir de um sistema de apoio-educação (SANTOS et al., 2022; OREM, 1995).

Orem identificou reivindicações filosóficas para sustentar seu trabalho sob a forma de hipóteses e premissas sobre seres humanos, Enfermagem e autocuidado; e pressupostos que se destinam às teorias de autocuidado, déficit de autocuidado e sistema de enfermagem (FAWCETT, 2005).

Em complementariedade, alguns outros conceitos centrais compõem a teoria geral do autocuidado: capacidade de autocuidado, ações de autocuidado, demanda de autocuidado terapêutico, déficit de autocuidado e capacitação em enfermagem. Quatro destes conceitos estão direcionados a quem necessita do cuidado de enfermagem e apenas um voltado para o enfermeiro (BRAGA; SILVA, 2011).

Alguns autores ainda reconhecem como termos teóricos da teoria os seguintes: autocuidado/cuidado de dependentes, agência de autocuidado/agência de cuidado de dependentes, requisitos de autocuidado (universais, de desenvolvimento, de desvio de saúde), demanda de autocuidado terapêutico, ação deliberada, produto de enfermagem, sistema de enfermagem (McEWEN; WILLS, 2009; TOMEY; ALIGOOD, 2002; OREM, 1995).

A teoria geral do autocuidado de Orem possui cinco premissas subjacentes. A primeira se refere ao acesso a informações, para que o ser humano e seu ambiente

se mantenham vivos e funcionantes; a segunda premissa trata do poder de ação deliberado do humano para cuidar de si e do outro, de acordo com todas as necessidades; a terceira trata da privação ou limitação do ser humano maduro em desenvolver o cuidado por si e pelo outro, de forma a executar apenas ações de suporte de vida e reguladoras de função; a quarta aborda a execução de atividades a partir da descoberta, desenvolvimento e transmissão de métodos para identificar necessidades e agir em prol de si e do outro; e por último são abordados os grupos de seres humanos como responsáveis pelos cuidados com os membros do grupo que experimentem privações (OREM, 1995; TOMEY; ALIGOOD, 2002).

Com relação ao critério de abrangência da teoria sobre as diversas áreas da Enfermagem, é necessário percebê-la para além dos contextos preventivos e de promoção da saúde, valorizando-a no contexto de ações de autocuidado de doentes (TAYLOR, 2002) e do indivíduo frente a contextos de enfrentamento, como por exemplo, o contexto da exposição ao HIV, do desenvolvimento da aids, ou do adoecimento relacionado à aids. (SANTOS, 2018; TRETTENE et al., 2017).

A teoria geral do autocuidado de Orem direciona a prática de enfermagem ao definir um conceito secundário da teoria, o constructo de requisitos de autocuidado, onde se faz alusão às atividades dirigidas à provisão do cuidado universal, de desenvolvimento e de desvio de saúde (OREM, 1991).

Para a teórica, os requisitos de autocuidado universal referem-se às ações que se associam à manutenção e à funcionalidade do indivíduo, envolvendo os requisitos de nutrição, respiração, eliminação, bem-estar, interação social, prevenção de perigos e promoção de saúde social e humana. Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento referem-se às ações que necessitam dos requisitos universais para alcançar o desenvolvimento ideal, ao enfrentar situações novas. Já os requisitos de autocuidado de desvio de saúde referem-se às escolhas diante de um problema de saúde, para recuperar a saúde, reabilitar o indivíduo ou controlar o problema, sendo direcionadas às enfermidades, defeitos e incapacidades, envolvendo os requisitos de garantir ajuda médica, tomar ciência de efeitos e resultados, realizar prevenção, recuperação e controle, conhecer, observar e regular efeitos colaterais, enquadrar-se em formas específicas de atendimento demandadas, aceitar-se e adaptar-se, e superar adversidades para alcançar desenvolvimento (OREM, 1991).

Esses requisitos referem-se às ações necessárias ao provimento do autocuidado, que podem ser desenvolvidas tanto pelo próprio indivíduo quanto pelo enfermeiro (OREM, 1991). O momento em que a prática de enfermagem se manifesta para satisfazer as necessidades de autocuidado do indivíduo é contemplado pela teoria do déficit do autocuidado (OREM, 1995).

O nível de abstração das ideias contidas na teoria permite a identificação de formas aplicáveis dos conceitos na prática. Entretanto, a compreensão dos conceitos da teoria geral do autocuidado requer uma apropriação contextual e individual destes para que se possa contemplar o sentido amplo e inter-relacionado dos mesmos na aplicabilidade prática. Se isolados os conceitos, sem compreensão integrada, a aplicabilidade pode ser limitada pela superficialidade da compreensão da ideia de autocuidado, mantendo o vínculo deste apenas a ações desenvolvidas pelo indivíduo em prol de si mesmo e limitando todo o universo de cuidado desempenhado pelo enfermeiro nesta realidade.

Há relevante importância do autocuidado no contexto de vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids da população de mulheres idosas, que, inicialmente, pode sugerir apenas uma associação à necessidade de adoção de medidas preventivas contra a infecção, entretanto, envolve a percepção e compreensão de fatores diversos, como limitações pessoais, sociais e/ou instrutivas, entre outras, enquanto fortes influenciadores das ações de autocuidado a serem exercidas por elas ou pelo enfermeiro. Daí a necessidade de que o autocuidado seja exercido tanto na prevenção à infecção, quanto no enfrentamento da infecção instalada e na prevenção de desfechos como complicações clínicas e morte em mulheres idosas já infectadas pelo HIV/aids, de acordo com a identificação de fatores de vulnerabilidade diversos a cada uma destas situações.

Assim, estabelece-se uma relação entre a Teoria Geral do Autocuidado de Orem e o contexto de vulnerabilidades ao HIV/aids permeada por demandas de autocuidado, em que os diagnósticos/resultados de enfermagem desempenham papel de indicadores de déficits no autocuidado.

Mesmo se tratando de uma grande teoria, onde a aplicabilidade é mais abrangente, amplamente conceituada e contempla áreas mais gerais dentro da Enfermagem enquanto disciplina (McEWEN; WILLS, 2009; QUEIRÓS; VIDINHA; ALMEIDA FILHO, 2014), a teoria geral do autocuidado de Orem ainda tem sido

aplicada na prática de enfermagem dentre contextos específicos diversos, desde contextos de assistência materno-infantil (ALENCAR et al., 2016) a contextos de assistência de enfermagem a idosos (TOMEY; ALIGOOD, 2002; SANTOS et al., 2018), bem como tem sido utilizada em contextos de adoecimento pelo diabetes mellitus, insuficiência renal, hemodiálise, transplante renal, oncologia, doenças psiquiátricas, controle da dor, stress de cuidadores, cuidados intensivos, saúde ocupacional (TAYLOR, 2002), em pessoas com estomia de eliminação intestinal (CARVALHO et al., 2018), bem como no ensino e na pesquisa por meio de composições curriculares de universidades e escolas de enfermagem (McEWEN; WILLS, 2009).

Logo, a Teoria Geral do Autocuidado, graças a seus constructos e conceitos estruturais, demonstra utilidade contextual diversificada na atuação clínico-assistencial, de ensino e de pesquisa na Enfermagem, respaldando a aplicabilidade concreta da mesma, ocasionalmente até de forma inconsciente, em todas as áreas da prática profissional desta categoria, desde que entendida a partir da ótica de corresponsabilidade entre sujeito a ser cuidado e sujeito que cuida.

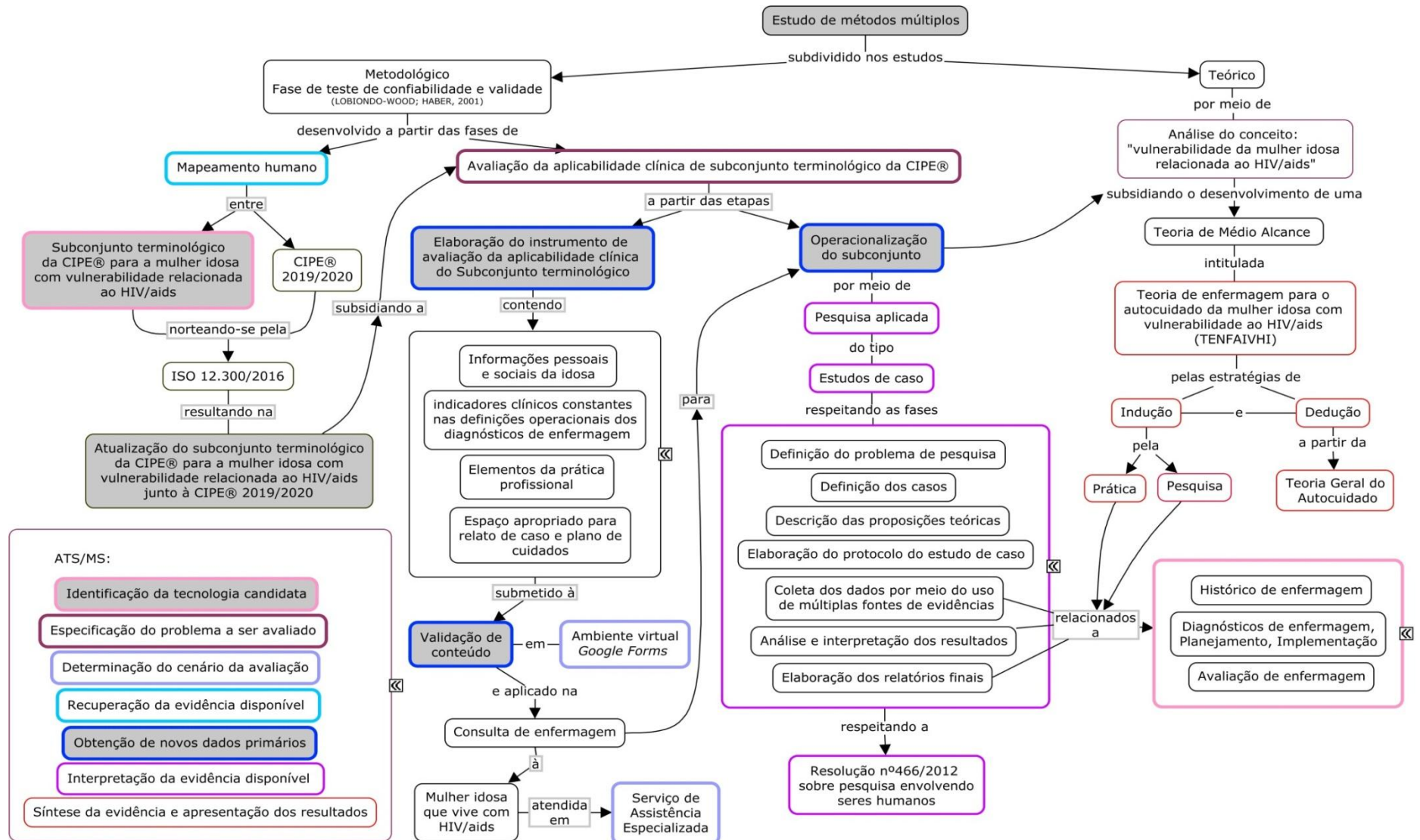
5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de métodos múltiplos, em que são utilizadas diferentes abordagens ou métodos a cada etapa do estudo, em paralelo ou sequencialmente, de forma que não se integram até que as inferências sejam elaboradas, o que diferencia este tipo de estudo em relação à pesquisa de métodos mistos (JOHNSON et al., 2007).

Neste tipo de estudo, dois ou mais desenhos de pesquisa se desenvolvem e são conduzidos de forma independente e completos em si mesmos, de forma a responder, cada um, a uma pergunta de pesquisa que não seriam contempladas com um método único (MORSE, 2003). Dessa forma, a Figura 2 expõe uma síntese do desenvolvimento de tal método com suas etapas e detalhamento.

Figura 2 – Procedimentos metodológicos. João Pessoa, 2022.



O estudo se divide em etapas que contemplam intrinsecamente as recomendações do manual de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009b), sendo adaptadas ao contexto do estudo. As etapas do manual contempladas nas etapas metodológicas deste estudo consistiram em: identificação das tecnologias candidatas e estabelecimento das prioritárias; especificação do problema a ser avaliado; determinação do cenário da avaliação; recuperação da evidência disponível; obtenção de novos dados primários; interpretação de evidência disponível; síntese da evidência; e apresentação dos resultados, formulando as recomendações.

A tecnologia candidata à avaliação da utilidade foi o Subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids (SANTOS, 2017), bem como foi possível traçar e especificar a necessidade de investigação da aplicabilidade clínica do referido subconjunto a partir do que recomenda também o Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) no que tange ao desenvolvimento de Catálogos CIPE[®], com destaque para a operacionalização/aplicação da tecnologia desenvolvida.

Os cenários da avaliação consistiram em dois ambientes: o ambiente virtual, mais precisamente a plataforma de formulários online do Google (*Google Forms*), local onde foi realizada a coleta de dados da etapa 5.3 descrita abaixo, haja vista a limitação imposta pela pandemia da COVID-19 em realizar a coleta de dados presencial no momento em que se implementou a etapa de validação do instrumento; bem como um serviço de referência em assistência à doenças infecciosas e parasitárias do Estado da Paraíba, cenário em que se desenvolveu a etapa 5.4 deste estudo, com a operacionalização do instrumento de avaliação da utilidade clínica do subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids por meio de estudos de casos clínicos.

A recuperação da evidência disponível contemplou um estudo do tipo metodológico desenvolvido a partir do mapeamento humano dos enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que constituem o subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE[®] 2019/2020, conforme descreve a etapa 5.2.

Nesta etapa, diante da variedade de fontes de evidências que podem ser utilizadas para a ATS, foi utilizada a CIPE[®] versão 2019, o Subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids enquanto resultado de uma dissertação de mestrado desenvolvida de 2015 a 2017, bem como a norma ISO/TR 12.300/2016 para mapeamentos de terminologias clínicas (ISO, 2016).

A obtenção de novos dados primários contemplou o desenvolvimento, mais precisamente, de fase de teste de confiabilidade e validade de estudos metodológicos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001), que utilizou o método brasileiro, proposto por Nóbrega et al. (2015), para estruturação e validação de subconjunto terminológico da CIPE[®], contemplando três das etapas metodológicas deste estudo: 5.3 - Estruturação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids; 5.4 - Validação do referido instrumento; e 5.5 - Operacionalização da aplicabilidade clínica do subconjunto por meio de estudos de casos clínicos, conforme recomenda o ICN.

A interpretação da evidência disponível foi desenvolvida a partir da etapa 5.4 de operacionalização do subconjunto terminológico, em que foram estabelecidos planos de cuidados para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids a partir dos estudos de casos clínicos.

A síntese da evidência se deu por meio da apresentação dos resultados e formulação das recomendações para implementação do instrumento, sendo desenvolvida a partir da unificação dos estudos de caso para a elaboração de um único caso representativo da avaliação de aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico em questão, ao final da etapa 5.5, bem como com o desenvolvimento da TMA na etapa 5.6, conforme se detalham a seguir.

5.2 Mapeamento humano do subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE[®] 2019/2020

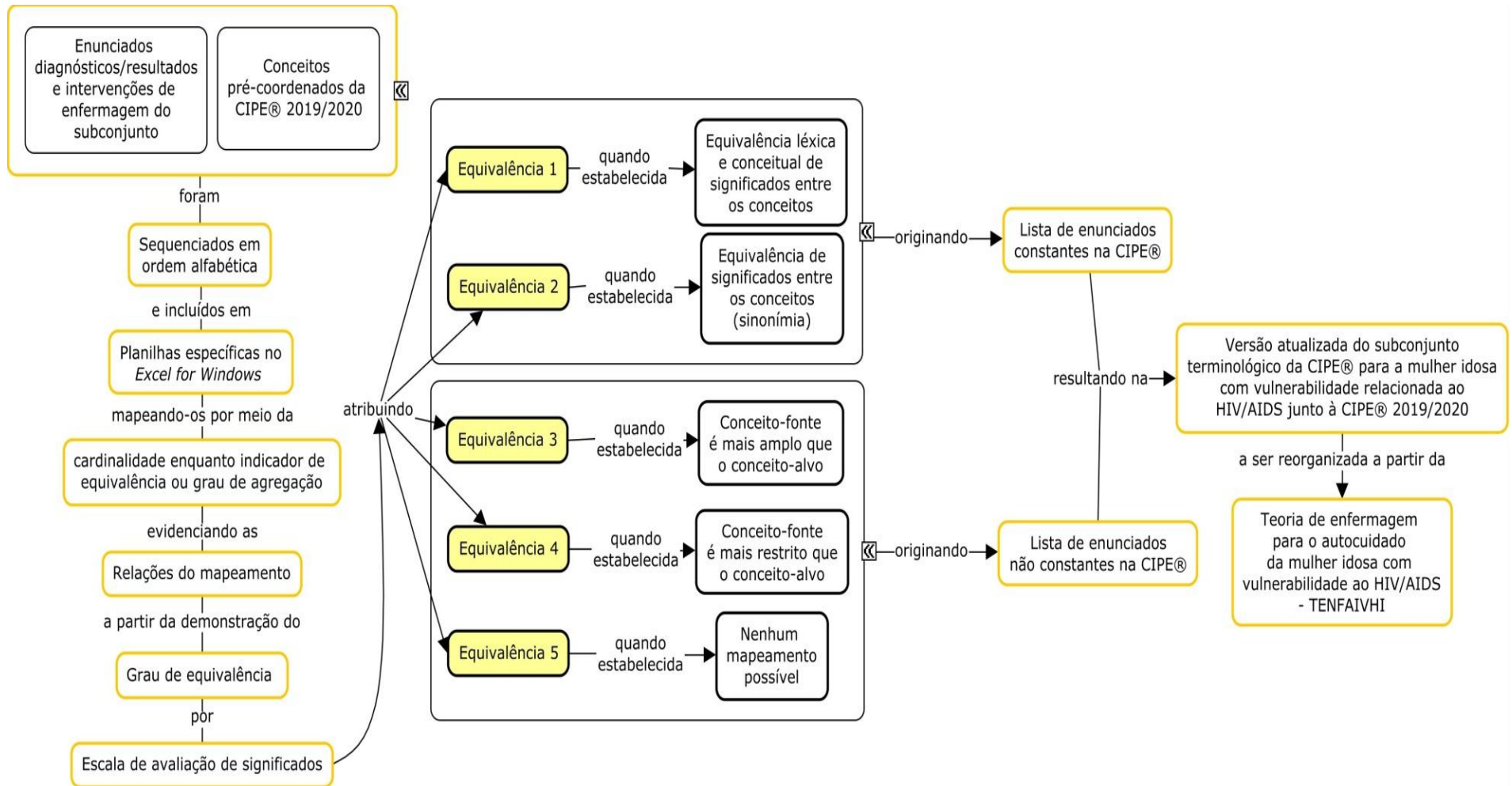
Procedeu-se com o mapeamento humano com propósito único, este sendo o de atualizar os enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem junto aos conceitos pré-combinados da CIPE® 2019/2020, na direção dos conceitos-fonte rumo aos conceitos-alvo, em que o mapeamento do subconjunto seguiu na direção da CIPE® 2019/2020. Para tanto, foram colocados todos os enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem em ordem alfabética, e, considerando que a organização das intervenções de enfermagem respeita uma sequência de execução prioritária validada por consenso entre experts anteriormente, estas não se organizaram por ordem alfabética e sim por ordem de prioridade de implementação.

Os mapeamentos são processos utilizados para permitir coleta e reuso de dados a partir de propósitos diversos, desde para o fornecimento de uma base de pesquisa para a medicina baseada em evidências, como planejamentos em saúde. O mapeamento humano, mais precisamente, se faz conveniente para dar suporte à documentação do cruzamento entre os dados-fonte e dados-alvo, requer conhecimentos e habilidades humanas para relacionar conceitos de diferentes recursos terminológicos de forma individual e consiste na modalidade de mapeamento mais eficiente para uma análise de significados compartilhados, podendo valer-se de recursos eletrônicos de suporte, a partir da consciência de que este último, quando sozinho, não se faz eficaz na determinação da equivalência de significados. Além disso, uma das características do mapeamento de qualidade deve considerar a identificação de novas versões dos conceitos-alvo como motivadoras de um novo mapeamento (ISO, 2016).

Nesse tipo de mapeamento, podem ser utilizadas ferramentas eletrônicas ou computacionais como suporte, assim, foram elaboradas três planilhas *Excel for Windows*®, uma contendo os conceitos diagnósticos/resultados de enfermagem, outra contendo as intervenções de enfermagem constantes no subconjunto terminológico e outra os conceitos pré-combinados da CIPE®. Essas planilhas foram importadas para o Programa *Access for Windows* e as duas primeiras foram combinadas separadamente à última, cada uma por vez, visando à identificação de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem dos subconjuntos que fossem constantes e não constantes na versão 2019/2020 da CIPE®, mapeando-os por cardinalidade enquanto indicador de equivalência ou grau de agregação, evidenciando as relações do mapeamento a partir da demonstração do grau de

equivalência, segundo diretrizes evidenciadas na ISO 12.300/2016. Tal mapeamento ocorreu entre os meses de junho de 2020 a julho de 2021, ou seja, o processo se deu com duração aproximada de 13 meses e deu origem à lista de enunciados constantes e não constantes na CIPE[®] 2019/2020, conforme simboliza a Figura 3 a seguir.

Figura 3 – Mapeamento do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020. João Pessoa, 2022.



A análise do grau de equivalência do mapeamento emergiu da relação entre conceitos/termos-fonte e conceitos/termos-alvo e foi desenvolvida a partir da escala de avaliação de significados proposta pela ISO 12.300, em que a avaliação de equivalência 1 significa equivalência de significado entre os conceitos, léxica e também conceitual; a avaliação de equivalência 2 significa equivalência de significado entre os conceitos, mas com sinonímia; a avaliação de equivalência 3 significa que o conceito-fonte é mais amplo e tem menor significado específico que o conceito/termo-alvo; a avaliação de equivalência 4 significa que o conceito-fonte é mais restrito e tem mais significado específico que o conceito/termo-alvo; enquanto que a avaliação de equivalência 5 evidencia que nenhum mapeamento é possível entre os conceitos/termos alvo e fonte, em que não foi encontrado no alvo um conceito com algum grau de equivalência (como medido por qualquer uma das outras quatro avaliações) (ISO, 2016).

Foram substituídos os conceitos-fonte (DEs/REs e IEs não constantes na CIPE®) pelos conceitos pré-combinados da CIPE® 2019/2020 quando estes se enquadraram na avaliação de equivalência 1 e 2, passando a ser constantes. Os demais conceitos-fonte (DEs/REs e IEs não constantes na CIPE®) que estabeleceram relação de equivalência 3, 4 ou 5 em relação aos termos/conceitos-alvo da CIPE® 2019/2020, não sofreram alteração e foram classificados como DEs/REs e IEs não constantes na CIPE® 2019/2020.

Os enunciados resultantes do mapeamento compuseram a versão atualizada junto à CIPE® 2019/2020 do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids e foram reorganizados, posteriormente, a partir da Teoria de Médio Alcance (TMA) para o cuidado de enfermagem à mulher idosa no contexto de autocuidado e vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.

5.3 Estruturação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids

O instrumento foi estruturado de forma a abordar informações pessoais e de contexto social da mulher idosa; indicadores clínicos constantes nas definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem, bem como os próprios elementos da prática profissional, acompanhados de *check box*, permitindo a identificação e seleção destes no momento dos estudos de casos clínicos; além de espaço apropriado para relato de caso, e para a elaboração de um plano de cuidados à mulher idosa a partir dos elementos da prática profissional (DEs/REs e IEs) contidos no subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.

5.4 Validação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids

O instrumento de coleta de dados foi submetido à validação de conteúdo e forma por especialistas durante os meses de janeiro a agosto de 2021. O primeiro momento da coleta de dados se deu pelo teste piloto, com o envio do instrumento (APÊNDICE C) a cinco membros titulares do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem (GEPFAE), selecionados a partir dos seguintes critérios: ser enfermeiro(a) pesquisador(a), com formação minimamente *stricto sensu* (mestre e/ou doutor) e/ou enfermeiro envolvido na pesquisa científica na área da CIPE[®], com domínio técnico científico acerca do percurso metodológico desenvolvido no estudo, comprovado por meio de produção científica (publicação de trabalhos em revistas e/ou eventos na área).

Posteriormente à fase de teste piloto, que durou, aproximadamente, 2 meses entre janeiro e março de 2021, prazo em que se obtiveram 100% das respostas, foram executados os ajustes recomendados e seguiu-se para a fase de validação do instrumento, com envio do mesmo a 17 participantes selecionados pela técnica de amostragem intencional e por conveniência, devido à experiência profissional prévia da pesquisadora em serviço de referência na assistência à pessoa que vive com HIV/aids, proporcionando à mesma proximidade com os profissionais atuantes no cenário de interesse, associada à técnica de amostragem não probabilística do tipo

snowball (VINUTO, 2014), onde um profissional era convidado a indicar outro para participar do estudo, desde que atendessem aos seguintes critérios: ser enfermeiro(a) assistencial com atuação na área de HIV/aids e/ou pesquisador (a) participante de grupo de pesquisa, com formação minimamente *stricto sensu* (mestre ou doutor) envolvido no ensino e/ou na pesquisa na área de HIV/aids e/ou idosos e/ou CIPE[®], compondo a população do estudo.

Este estudo considerou o que se admite/recomenda quanto ao quantitativo satisfatório de seis a vinte juízes para estudos de validação de instrumentos e/ou tecnologias, com a recomendação mínima de três especialistas (SCHLINDWEIN-ZANINI; CRUZ, 2018).

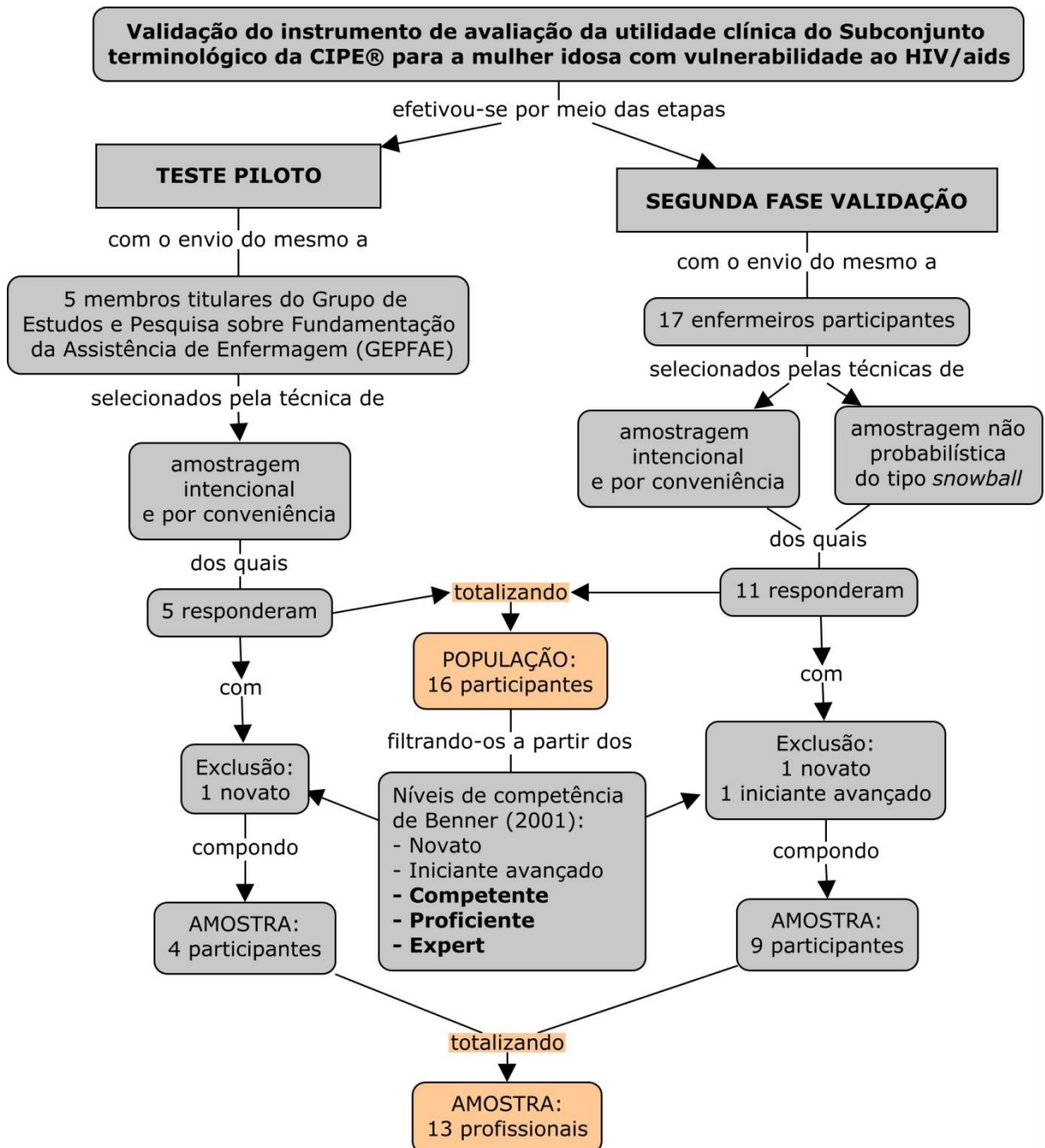
Benner (2001), ao aplicar o Modelo de Aquisição de Competências dos irmãos Dreyfus para a Enfermagem, classificou o enfermeiro em cinco níveis de aquisição de competência, sendo eles: novato, iniciante avançado, competente, proficiente e expert.

O enfermeiro novato não possui experiência prévia acumulada em relação a situações específicas, possui limitação na escolha das ações. Os profissionais que vivenciam uma mudança na área de atuação estão incluídos nesta categoria. Os novatos se baseiam em elementos mensuráveis, independentes do contexto, para orientar as suas ações. O iniciante avançado é representado pelo enfermeiro que já vivenciou situações reais suficientes para ser capaz de detectar os componentes significativos de uma situação, seguem regras e precisam de parâmetros mensuráveis para nortear sua atuação. Os recém-graduados são representados por este nível de competência. O nível competente já é representado pelo profissional que planeja seu trabalho, com capacidade de reconhecer os atributos e aspectos de uma situação que merecem atenção e aqueles que podem ser ignorados. É classificado como competente o enfermeiro que trabalhou de dois a três anos com as mesmas situações clínicas. O enfermeiro proficiente percebe as situações na sua integralidade, possui maior habilidade para reconhecer e responder quando ocorrem alterações. Aqui estão representados os enfermeiros que trabalham com uma mesma população de pacientes, por um período de três a cinco anos. Já o enfermeiro expert é aquele que possui a capacidade de compreender intuitivamente, não se apoia em princípios analíticos (regras), identifica o problema como um todo (BENNER, 2001).

A partir do nível de enfermeiro competente, em que se desenvolvem as ações em termos de metas ou planos em longo prazo, os enfermeiros foram considerados elegíveis para compor a amostra do grupo de validação do instrumento de coleta de dados. Sendo assim, no teste piloto foi excluído um enfermeiro, considerado novato dentre os critérios, e na segunda fase de validação, dentre os 17 enfermeiros que receberam o instrumento via formulário online, 11 responderam ao formulário, compondo a população do estudo, junto aos cinco profissionais que responderam ao questionário na fase de teste piloto.

Dentre os 11 profissionais participantes da segunda fase de validação, um foi excluído por ter correspondido aos critérios da Benner (2001) enquanto enfermeiro novato, e um foi excluído por ter correspondido aos critérios enquanto iniciante avançado. Logo, a amostra foi composta por quatro profissionais da fase de teste piloto e nove profissionais da segunda fase de validação, totalizando 13 profissionais, conforme expõe a Figura 4.

Figura 4 - Composição amostral da fase de validação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids. João Pessoa, 2022.



Os formulários da segunda fase de validação que foram respondidos por nove profissionais que corresponderam aos critérios enquanto enfermeiro competente, enfermeiro proficiente ou enfermeiro expert foram avaliados quanto ao grau de concordância com a organização e aplicabilidade de cada item do instrumento a partir do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), bem como às sugestões quanto à

composição do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do subconjunto.

Em seguida, na etapa 6, de interpretação da evidência disponível, foi desenvolvida a análise dos resultados, com a utilização da estatística descritiva para calcular frequência absoluta e relativa, bem como com o cálculo da concordância dos especialistas quanto à relevância de cada item do instrumento por IVC.

O método do IVC emprega uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro para avaliar a relevância dos componentes do instrumento. As respostas podem incluir: 1 = não relevante ou não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo, 4 = item relevante ou representativo. Os componentes que recebem pontuação “1” ou “2” devem ser revisados ou eliminados. Dessa forma, o IVC tem sido também definido como “a proporção de itens que recebe uma pontuação de 3 ou 4 pelos colaboradores”.

Foi utilizada a seguinte fórmula para realizar o cálculo: $IVC = \text{número de resposta “3” ou “4”} / \text{número total de respostas}$ (ALEXANDRE, COLUCI, 2011). Foram considerados validados os componentes do instrumento que alcançaram um Índice de Validade de Conteúdo (IVC) ≥ 0.80 entre os participantes, o que implica em 80% de concordância, visando a confiabilidade do instrumento na avaliação da aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.

Foi realizada, ainda, a avaliação global do instrumento, para tanto, o cálculo consistiu na razão entre o número de itens considerados adequados pelos especialistas e o número total de itens contidos no instrumento.

5.5 Operacionalização da aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids

Conforme orientações metodológicas do CIE para o desenvolvimento e validação de subconjuntos terminológicos da CIPE®, os enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem devem ser testados

(NÓBREGA et al., 2015). A etapa de testagem dos enunciados foi executada por meio da realização de 9 estudos de caso.

O estudo de caso pode ser definido a partir de duas vertentes: escopo e características. O escopo do estudo de caso permite defini-lo como uma investigação empírica de um fenômeno contemporâneo no seu contexto real em profundidade, especialmente quando o limite entre o fenômeno e o contexto não forem evidentemente bem delimitados. As características do estudo de caso o definem como uma investigação que enfrenta a situação tecnicamente diferenciada, tem como resultado múltiplas fontes de evidência, com dados que convergem de forma triangular, e beneficia-se das proposições teóricas desenvolvidas anteriormente para orientar a coleta e análise de dados (YIN, 2015).

Esta etapa foi desenvolvida em busca de analisar se os diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids contidos no subconjunto são clinicamente úteis no cuidado de enfermagem à referida população.

A literatura da área não contempla um método específico para validação de subconjunto terminológico, por isso, esta etapa do estudo foi desenvolvida por meio do que define Yin (2015) como pesquisa em profundidade sobre um fenômeno contemporâneo do qual podem ser feitas observações diretas, obtendo mais variáveis de interesse envolvidas no contexto do que pontos de dados, favorecendo uma abordagem holística. Desenvolveram-se, então, estudos de caso respeitando sete etapas: Definição do tema/problema de pesquisa; definição dos casos, descrição das proposições teóricas, elaboração do protocolo do estudo de caso, coleta dos dados por meio do uso de múltiplas fontes de evidências; análise e interpretação dos resultados, elaboração dos relatórios finais.

Estas etapas se relacionam ao processo de enfermagem de forma que o histórico de enfermagem é executado na etapa de coleta de dados por meio do uso de múltiplas fontes de evidência, os diagnósticos de enfermagem levantados, o planejamento e implementação de intervenções, bem como os resultados de enfermagem alcançados compõem a etapa de análise e interpretação dos resultados, enquanto que a avaliação de enfermagem é contemplada na etapa de elaboração dos relatórios finais.

Na oportunidade da análise dos dados constantes nos relatórios dos estudos de caso, buscou-se identificar a presença de indicadores empíricos das definições operacionais dos diagnósticos/resultados de enfermagem em cada caso e a utilidade das intervenções frente às necessidades apresentadas pelos indivíduos, família e coletividade.

A Teoria Geral do Autocuidado de Orem e o quadro conceitual de vulnerabilidade apresentado por Ayres foram utilizados como referencial teórico para o desenvolvimento dos estudos de caso, fazendo-se necessário responder se esses estudos de casos clínicos expressam evidências de utilidade dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem elaborados para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres idosas que vivem com HIV/aids e que compareceram à consulta de enfermagem no ambulatório do serviço de atenção especializada (SAE) de referência no cuidado a pessoas que vivem com doenças infecciosas e parasitárias no Estado da Paraíba durante o mês de janeiro de 2022, somente quando foi possibilitada a realização da coleta de dados em campo prático, haja vista se tratar de um local onde se impuseram limitações específicas de funcionamento em decorrência da pandemia do Coronavírus. Assim, tratou-se de amostra do tipo não probabilística por conveniência, com duração média de 30 minutos cada consulta de enfermagem.

Os critérios de inclusão foram mulheres que vivem com HIV/aids, que compareceram à consulta de enfermagem no SAE durante o período da coleta de dados, e que, necessariamente, tenham 50 anos de idade ou mais, conforme população idosa considerada no Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAids), em que os pacientes com sorologia positiva para o HIV a partir dos 50 anos já são considerados idosos (UNAids, 1998).

A coleta de dados para operacionalização do subconjunto terminológico a partir da aplicação do processo de enfermagem para estudo de caso foi desenvolvida a partir do uso do instrumento estruturado na consulta de enfermagem à mulher idosa vivendo com HIV/aids pela própria pesquisadora responsável pelo estudo, devido a pouca familiaridade dos enfermeiros atuantes no serviço com o sistema de classificação CIPE® e com o referencial teórico utilizado, culminando na consolidação de planos de cuidados individualizados, contendo diagnósticos,

resultados e intervenções de enfermagem úteis à clientela e compondo a etapa 6 deste estudo, de interpretação da evidência disponível, a partir do raciocínio diagnóstico e pensamento crítico para a tomada de decisão clínica.

As etapas 7 e 8, de sintetizar a evidência, apresentar os resultados e formular as recomendações, foram desenvolvidas a partir da unificação dos estudos de caso para a elaboração de um único caso representativo da avaliação de aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico em questão, bem como do desenvolvimento teórico de médio alcance.

5.6 Desenvolvimento de Teoria de Médio Alcance para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids – TENFAIVHI

Trata-se do desenvolvimento de um estudo do tipo teórico ou básico, de natureza descritiva, utilizando como estratégia a indução pela pesquisa e pela prática bem como a dedução pela Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem, com uma abordagem “teoria-pesquisa-teoria”, por meio da qual, a partir de uma grande teoria norteadora do subconjunto terminológico e da operacionalização do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do mesmo, estruturou-se uma teoria de médio alcance, tratando necessidades de cuidado de uma clientela específica, a clientela de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.

A pesquisa teórica objetiva subsidiar o acúmulo de informações sobre determinada disciplina a fim de expandir sua base de conhecimento, melhorar sua compreensão e até especificar/refinar uma teoria de abordagem geral (BRANDÃO et al., 2019).

A CIPE[®], a Teoria Geral do Autocuidado de Orem, o Subconjunto terminológico para mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, o processo de validação de seu instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica junto à *experts*, a sua operacionalização junto à clientela, bem como a literatura científica de acesso aberto sobre a temática de interesse do estudo configuraram-se como bases teórico-metodológicas e empíricas para sustentar e organizar o conhecimento relacionado ao autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade

relacionada ao HIV/aids e assim, permitir a indução e dedução da TMA, por meio dos seguintes passos: 1) contextualização teórica 2) finalidade teórica; 3) definição dos conceitos; e 4) modelagem da teoria.

1) A contextualização teórica se deu a partir do posicionamento histórico e sociocultural da teoria.

2) A descrição da finalidade teórica contemplou o detalhamento do que se almejou com o desenvolvimento da TMA.

3) A etapa de definição dos conceitos contemplou a o conceito de “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids” oriundo da análise de conceito, além da definição/adaptação dos conceitos do metaparadigma da Enfermagem, estabelecimento das proposições e pressupostos teóricos, refletindo o caráter dedutivo e indutivo, pois buscou contemplar os aspectos específicos da população de interesse do estudo a partir de uma Grande Teoria (Teoria Geral do Autocuidado de Orem) e dos indicadores clínicos oriundos da operacionalização do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, respectivamente.

A formulação de proposições ou afirmativas teóricas relaciona dois ou mais conceitos para conectá-los no desenvolvimento de teorias antes de estabelecer afirmativas explicativa ou preditivas (McEWEN; WILLS, 2016).

4) A modelagem teórica buscou traçar a simbologia de conexão do contexto teórico, bem como ilustrar de forma sequencial e inter-relacionada as ideias que representam o constructo e seus elementos.

O esquema representativo das relações conceituais é definido como modelo, que apresenta aspectos da realidade, por meios variados, como por meio do uso de formas geométricas e diagramas, podendo ser classificado em modelo empírico ou modelo teórico (ou conceitual), que são respectivamente, réplicas da realidade observável e representações do mundo real com uso da linguagem ou dos símbolos e setas direcionais (McEWEN; WILLS, 2016).

O desenvolvimento do modelo conceitual considerou os componentes da teoria e as bases empíricas utilizadas, além da utilização da Norma NBR 8403 (ABNT, 1983) que fixa os tipos e o escalonamento de linhas para uso em desenhos

técnicos e documentos semelhantes, sendo empregada na seleção das linhas aplicadas no diagrama da TMA.

5.7 Aspectos éticos

O estudo foi aprovado em Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob o Parecer 4.429.145 (ANEXO A), em 2020. Foram respeitados todos os aspectos éticos relacionados à pesquisa com seres humanos em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Foi solicitada autorização ao CEFOR (Centro Formador de Recursos Humanos da Paraíba) para realização da pesquisa no serviço de saúde referência em atendimento a doenças infecciosas e parasitárias do Estado da Paraíba, com anuência prévia cedida pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa da instituição.

Na etapa de validação de conteúdo do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, os profissionais avaliadores foram convidados a participar da pesquisa na qualidade de colaboradores, sendo encaminhados aos mesmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE F) por meio de formulário online gerado na plataforma virtual *Google forms* junto ao instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids pós-teste piloto para a segunda fase da validação (APÊNDICE D). Esta etapa se deu de forma online por ter se desenvolvido em momento pandêmico permeado por decretos nacionais de isolamento e distanciamento social que repercutiram nas limitações de desenvolvimento de algumas fases na modalidade presencial.

Na etapa de operacionalização do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, as idosas que se submeteram à consulta de enfermagem no SAE foram convidadas a participar da pesquisa a partir de uma breve explicação sobre a intenção da pesquisa em favorecer a assistência de

enfermagem frente às necessidades das mesmas, bem como do esclarecimento de dúvidas, com linguagem clara e acessível, tornando aberto o diálogo para o relato de qualquer desconforto por parte da idosa e/ou para a desistência de participar da pesquisa a qualquer tempo. Quando expressada concordância em relação à participação na referida pesquisa, eram solicitadas as assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE G).

Descreveram-se em ambos os TCLEs os riscos decorrentes da pesquisa, bem como os benefícios relacionados à contribuição para o cuidado de enfermagem especializado no autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, a partir de uma linguagem padronizada e universal.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Mapeamento humano do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020

Foi estabelecida equivalência do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020 por meio do mapeamento dos seus elementos constituintes (conceitos-fonte rumo aos conceitos-alvo).

Assim, foram mapeados 53 DEs (conceitos-fonte) junto à CIPE® 2019/2020 (conceitos-alvo) por meio da análise do grau de equivalência, conforme recomenda a ISO 12.300/2016 e cujo processo encontra-se detalhado no Apêndice A.

Após o mapeamento, totalizaram-se 52 DEs de enfermagem, haja vista a equivalência 2 entre dois DEs do subconjunto em relação a um mesmo conceito diagnóstico constante na CIPE® 2019/2020: “Processo sexual ineficaz” e “Relação sexual prejudicada” em relação ao conceito “Desempenho Sexual, Prejudicado”, para o qual foram unidas as intervenções de enfermagem propostas aos diagnósticos anteriores, totalizando sete IEs.

O resultado do supracitado processo de análise de equivalência dos DEs contemplou substituições de conceitos-fonte por conceitos-alvo da seguinte forma: na vulnerabilidade individual, o DE “Autoestima negativa” foi substituído pelo DE “Baixa Autoestima”, o DE “Efeito colateral da medicação presente” foi substituído pelo DE “Efeito colateral da medicação”, o DE “Não adesão ao teste diagnóstico” foi substituído pelo DE “Não Adesão ao Regime de Teste Diagnóstico”, o DE “Processo sexual ineficaz” foi substituído pelo DE “Desempenho Sexual, Prejudicado”, o DE “Resposta ao tratamento negativa” foi substituído pelo DE “Falta de Resposta ao Tratamento”, o DE “Relação sexual prejudicada” foi substituído pelo DE “Desempenho Sexual, Prejudicado”; enquanto que na vulnerabilidade social, o DE “Capacidade prejudicada do cuidador para executar o cuidado” foi substituído pelo DE “Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada”, o DE “Diversidade cultural presente” foi substituído pelo DE “Diversidade cultural”, o DE “Relacionamento com a família negativo” foi substituído pelo DE “Processo familiar, Prejudicado”.

Um quantitativo de 19 DEs já constavam na CIPE[®] tal como encontravam-se redigidos no subconjunto, os outros 34 não constavam na CIPE. Entretanto, dentre os 34 conceitos-fonte (DEs/REs não constantes na CIPE[®]), 9 estabeleceram relação de equivalência 2 em relação aos conceitos pré-combinados da CIPE[®] 2019/2020, incluindo a substituição de dois conceitos-fonte pelo mesmo conceito-alvo, o que totalizou 27 conceitos constantes. Dentre os demais 25 conceitos-fonte (DEs/REs não constantes na CIPE[®]), nenhum estabeleceu relação de equivalência 3, enquanto que 22 estabeleceram relação de equivalência 4 e três estabeleceram relação de equivalência 5 em relação aos termos/conceitos-alvo da CIPE[®] 2019/2020, logo, não sofreram alteração e se mantiveram classificados como DEs/REs não constantes na CIPE[®] 2019/2020. Os dados referentes à identificação da equivalência encontram-se na Figura 5.

Um exemplo de equivalência 2 estabelecida a partir da correlação conceitual de significado por sinonímia entre conceitos pode ser vista no DE “Autoestima negativa”, constante no subconjunto terminológico, em relação ao DE da CIPE[®] 2019/2020 “Baixa autoestima”, pois a definição operacional do primeiro expressa uma negatividade de sentimentos acerca de si mesma (SANTOS et al., 2018),

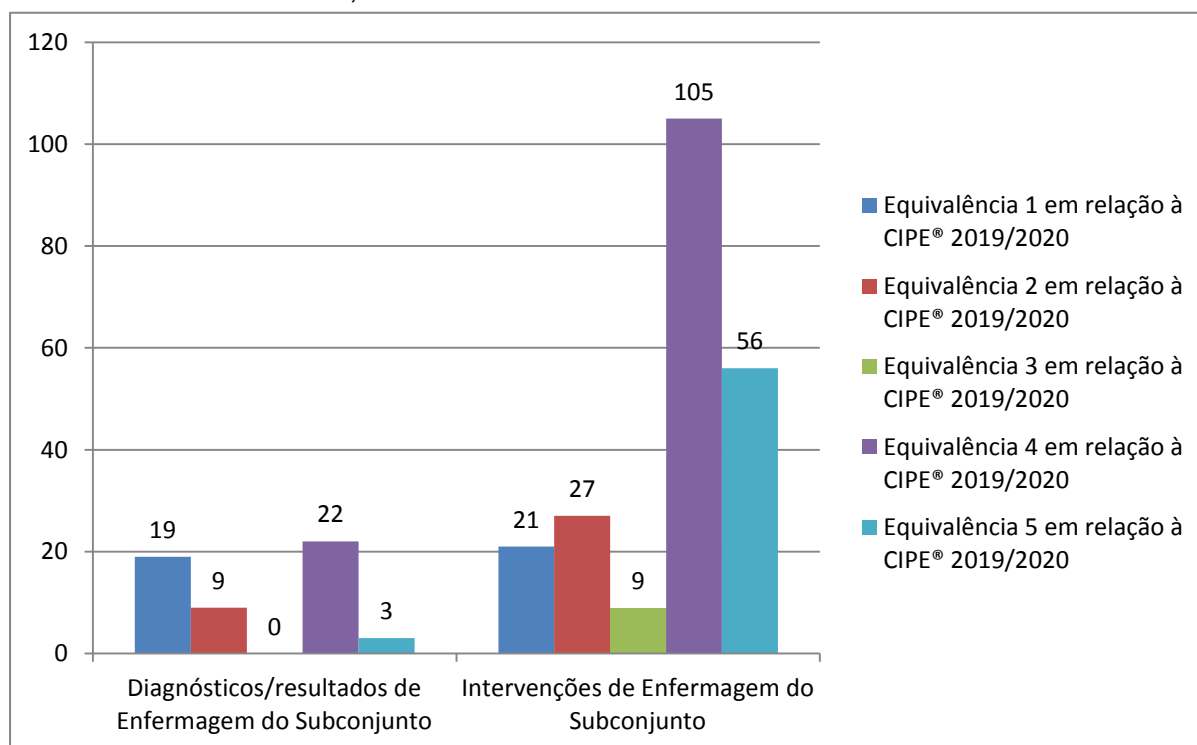
retratada neste mesmo contexto pela CIPE® 2019/2020 enquanto déficit ou inferioridade no nível da autoestima.

Quanto às intervenções, previamente à etapa de mapeamento, elas totalizavam 218 IEs, sendo 192 não constantes na CIPE® e 14 IEs constantes na CIPE®, incluindo seis IEs, dentre estas, que se repetem uma vez, e duas IEs que se repetem três vezes, para atender às necessidades de diferentes DEs, cada uma, conforme processo de mapeamento exposto no Apêndice B.

As IEs “Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas” e “Avaliar capacidade de aprendizado da cliente” possuem frequência absoluta = 4, cada uma, pois normalizou-se a IE “Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente” (retirando o artigo “a”) que possuía frequência absoluta = 2, com base na recomendação da norma ABNT ISO/TR 18.104/2014 (ISO, 2014) para a composição de um enunciado IE a partir da junção de um termo do eixo ação e um termo do eixo foco. Já as IEs “Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa”, “Estimular adesão ao regime medicamentoso”, “Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente”, “Monitorar sinais e sintomas de infecção”, “Realizar Terapia do Humor (ou do Riso)” e “Usar abordagem calma e segura” possuem frequência absoluta = 2 cada uma.

Após o mapeamento dos enunciados de intervenções junto à CIPE®, os números sofreram atualização, isso se justifica por três substituições de um único enunciado por dois (que também poderia ter sido por mais) enunciados equivalentes, conforme a relação de cardinalidade (um para um ou um para muitos) (ISO, 2016). Assim, ao final do mapeamento totalizaram-se 221 IEs (média de 4,25 para cada DE), sendo 170 não constantes na CIPE® (soma das IEs com avaliação de equivalência 3, 4 e 5 em relação aos termos/conceitos-alvo da CIPE®) e 51 constantes na CIPE®, estas últimas consistindo na soma das 21 que se enquadraram na relação de equivalência 1 às 27 IEs que se enquadraram na relação de equivalência 2, mais três IEs que se fragmentaram em duas constantes na CIPE® cada uma, devido à cardinalidade do mapeamento humano de “um para muitos”, conforme resumem os dados constantes na Figura 5 a seguir.

Figura 5 – Equivalência entre os elementos do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020. João Pessoa, 2022.



Exemplos da situação referida acima ocorreram com a intervenção de enfermagem “Controlar o ambiente para facilitar a confiança”, que obteve relação de cardinalidade “um para muitos” com duas intervenções constantes na CIPE®, sendo elas Estabelecer Confiança e Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente), com as quais obteve equivalência 2 e por elas foi substituída.

O resultado do supracitado processo de análise de equivalência das IEs na íntegra incluiu, na vulnerabilidade individual, as substituições: IE “Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool” do subconjunto foi substituída pela IE da CIPE® 2019/2020 “Orientar sobre Abuso de Álcool”; a IE “Encaminhar para terapia de suporte de grupo” foi substituída pela IE “Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio”; a IE “Obter dados sobre atitude em relação ao tratamento, avaliando as causas para tal atitude” foi substituída pela IE “Obter Dados sobre Atitude em Relação ao Regime Terapêutico”; a IE “Reforçar capacidades e traços positivos” foi substituída pela IE “Reforçar Capacidades (ou Aptidões)”; a IE “Encaminhar para terapia de grupo” foi substituída pela IE “Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio”; a IE “Gerenciar efeitos colaterais da medicação” foi substituída pela IE “Gerenciar Efeito Colateral da Medicação”; a IE “Estimular adesão ao regime

medicamentoso” foi substituída pela IE “Promover Adesão à Medicação”; a IE “Colaborar com cuidador no gerenciamento do regime medicamentoso” foi substituída pela IE “Colaborar com Cuidador no Manejo (Controle) do Regime Medicamentoso”; a IE “Analisar resposta ao tratamento continuamente” foi substituída pela IE “Avaliar Resposta ao Tratamento”; a IE “Apoiar tomada de decisão” foi substituída pela IE “Apoiar Processo de Tomada de Decisão”; a IE “Estimular verbalização de sentimentos” foi substituída pela IE “Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos”; a IE “Proporcionar tranquilidade e conforto” foi substituída pela IE “Implementar Cuidados de Conforto”; a IE “Controlar o ambiente para facilitar a confiança” foi fragmentada nas duas intervenções “Estabelecer Confiança” e “Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)”; a IE “Facilitar a verbalização sobre o processo de morte” foi substituída pela IE “Facilitar Capacidade para Falar sobre o Processo de Morrer”; a IE “Manter ambiente seguro e a voz calma” foi fragmentada nas duas intervenções “Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)” e “Usar Técnica Calmante”; a IE “Realizar Terapia do Humor (ou do Riso)” foi substituída pela IE “Terapia do Humor (ou do Riso)”; a IE “Aumentar socialização e sentimentos de esperança” foi fragmentada nas duas intervenções “Promover Capacidade para Socializar-se” e “Promover Esperança”; a IE “Orientar quanto às medidas de tratamento necessárias” foi substituída pela IE “Orientar sobre Regime Terapêutico”; a IE “Supervisionar periodicamente a busca e o uso da terapia medicamentosa” foi substituída pela IE “Monitorar Adesão à Medicação”; a IE “Orientar família sobre suscetibilidade e prevenção da infecção” foi substituída pela IE “Orientar Família sobre Prevenção de Infecção”.

Enquanto que na vulnerabilidade social, as alterações ocorridas foram: a IE “Estimular processo familiar eficaz” foi substituída pela IE “Promover Processo Familiar, Eficaz”; a IE “Encaminhar ao assistente social” foi substituída pela IE “Encaminhar para Assistente Social”; a IE “Explicar sobre os direitos da paciente” foi substituída pela IE “Explicar Direitos do Paciente”; a IE “Respeitar crença cultural” foi substituída pela IE “Proteger Crenças Culturais”; a IE “Motivar apoio familiar” foi substituída pela IE “Promover Apoio Familiar”; a IE “Estabelecer relação de confiança com a paciente” foi substituída pela IE “Estabelecer Confiança”; além de, bem como ocorrido na dimensão da vulnerabilidade individual, a IE “Realizar Terapia do humor (ou do riso)” ter sido substituída pela IE “Terapia do Humor (ou do Riso)”.

Já na vulnerabilidade programática, as alterações se resumizam na IE “Orientar o uso de medicamentos” que foi substituída pela IE “Orientar sobre medicação” e a IE “Explicar sobre direitos da paciente” que foi substituída pela IE “Explicar Direitos do Paciente”.

O movimento de busca conceitual e reflexiva dentro da estrutura hierárquica terminológica da CIPE[®] bem como dentro do constructo teórico, das definições conceituais e operacionais do subconjunto terminológico, fonte da informação do mapeamento, consiste em um processo complexo e configura-se como responsável pelo norteamento da tomada de decisão final em relação à equivalência estabelecida, logo, o processo de mapeamento não pode se restringir à sua técnica de execução, pois se expressa em um mecanismo não linear de raciocínio crítico-reflexivo e relacional.

Exemplos deste movimento podem ser vistos na relação estabelecida entre conceitos como a IE “Avaliar capacidade de aprendizado da cliente” que estabeleceu grau de equivalência 3, ou seja, significado mais amplo, em relação à IE da CIPE[®] 2019/2020 “Obter Dados sobre Disposição (ou Prontidão) para Aprender”, pois tais dados são considerados apenas como uma das informações necessárias à real avaliação da capacidade de aprendizado da cliente (o alcance da intervenção constante no subconjunto) e assim, a primeira representa maior amplitude de contexto em relação ao conceito-alvo.

Já a IE “Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível”, que estabeleceu grau de equivalência 4, ou seja, significado mais restrito, em relação à IE da CIPE[®] 2019/2020 “Facilitar a Aprendizagem”, foi considerada a partir do seu contexto de superação de barreiras da comunicação por meio do uso de linguagem que transmita a informação ao receptor de forma eficaz, assim, estabeleceu-se equivalência de maior restrição em relação ao conceito-alvo, pois este não trabalha o recurso fomentador da ação, não sendo possível substituir o conceito-fonte.

Evidencia-se, tanto na equivalência entre os diagnósticos/resultados quanto nas intervenções de enfermagem uma maior prevalência da equivalência 4 entre os conceitos-fonte em relação aos conceitos-alvo, o que significa que o conceito-fonte (elemento do subconjunto) é mais restrito e tem mais significado específico que o conceito/termo-alvo (elementos da CIPE[®] 2019/2020). Isto se dá pela relação direta com o objetivo primordial de um subconjunto terminológico em representar as

especificidades da clientela a ser assistida. Percebe-se que as IEs, em especial, na maioria das vezes, retratam contextos restritos de atuação da Enfermagem diante de necessidades bem delimitadas pelos DEs e REs, e assim, ou encontram representantes mais amplos ou não encontram representantes equivalentes dentro da terminologia alvo do mapeamento.

Dentre os resultados do mapeamento, para os diagnósticos da vulnerabilidade individual totalizaram 152 intervenções mapeadas, sendo 68 direcionadas a atender aos diagnósticos do requisito de desvio de saúde, 55 do requisito de desenvolvimento e 29 direcionadas aos diagnósticos do requisito universal.

Os dados quantitativos da classificação destas intervenções de enfermagem direcionadas aos diagnósticos da vulnerabilidade individual dentre os conceitos da Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem expõem 83 intervenções no Sistema Apoio-Educação (AE), 33 intervenções no sistema Parcialmente Compensatório (PC) e 36 intervenções no Sistema Totalmente Compensatório (TC), evidenciando a importância do papel do enfermeiro em atuar frente a tais demandas de autocuidado.

Já as destinadas aos DEs da vulnerabilidade social totalizaram 58 intervenções, sendo 14 direcionadas a atender aos diagnósticos do requisito de desvio de saúde, oito do requisito de desenvolvimento e 36 direcionadas aos diagnósticos do requisito universal, dentre as quais 27 intervenções foram classificadas no Sistema Apoio-Educação (AE), 12 intervenções no sistema Parcialmente Compensatório (PC) e 19 intervenções no Sistema Totalmente Compensatório.

Enquanto que na vulnerabilidade programática, a classificação das intervenções evidencia-se na seguinte proporção: 4 direcionadas a atender ao diagnóstico do requisito de desvio de saúde, 0 do requisito de desenvolvimento e 7 direcionadas aos diagnósticos do requisito universal, dentre as quais foram classificadas 3 intervenções no Sistema Apoio-Educação (AE), 0 intervenções no sistema Parcialmente Compensatório (PC) e 8 intervenções no Sistema Totalmente Compensatório.

O Subconjunto terminológico atualizado resultante do mapeamento está exposto no Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 – Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids atualizado junto à CIPE® 2019/2020 por mapeamento humano. João Pessoa, 2022.

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
REQUISITO DE DESVIO DE SAÚDE	1. Abuso de álcool (ou alcoolismo) – Excesso de consumo de bebidas alcoólicas, caracterizado por comportamentos sugestivos de embriaguez ou abstinência, e/ou relato de uso por parte da paciente ou de familiares.	1. Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool (especificar)	AE
		2. Estimular estratégias de redução gradual do consumo de álcool (especificar)	
		3. Aconselhar adesão à terapia de grupo de apoio	
		4. Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	TC
	2. Atitude em relação à condição de saúde negativa – Atitude de negação ou dificuldade de enfrentamento da condição de saúde, caracterizada pela demonstração de sentimentos de culpa pela condição de saúde e/ou de recusa do quadro clínico.	5. Obter Dados sobre Aceitação da Condição de Saúde	PC
		6. Fornecer esclarecimentos sobre o contexto de vulnerabilidade	AE
	3. Atitude em relação ao tratamento, Conflituosa – Atitude de oposição em relação à terapia adotada, caracterizada pela demonstração de intenção negativa em relação ao cumprimento do tratamento por meio de gesto ou postura.	7. Obter Dados sobre Atitude em Relação ao Regime Terapêutico	PC
		8. Estimular atitude positiva por meio da ênfase na melhoria da condição de saúde	AE
		9. Apoiar gerenciamento do plano terapêutico, com orientações sobre a terapia estabelecida	
		10. Fornecer informações acerca da importância em aderir à terapia prescrita	
	4. Baixa Autoestima – Avaliação, opinião, ou sentimentos negativos sobre si mesma e sobre seus valores e capacidades, caracterizados por verbalização de crenças negativas sobre si mesma,	11. Encorajar a idosa a identificar e expressar sentimentos	PC
		12. Estimular autopercepção comportamental e as suas consequências	AE

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	de falta de confiança em si mesma e de imagens negativas, com dificuldade para aceitação de elogios, de encorajamento e de críticas construtivas.	13. Estimular a idosa na aceitação tanto dos sentimentos positivos quanto dos negativos	TC
		14. Reforçar Capacidades (ou Aptidões)	
		15. Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	
	5. Comportamento, Violento – Comportamento agressivo, em que são tomadas ações inapropriadas e injustificadas de força e poder, ou culturalmente proibidas, com o propósito de lesar ou causar dano, maltratar ou atacar, caracterizado por ataque violento, abusivo e ilegal a outro, de forma psicológica, física ou financeira, com padrão de comportamento antissocial e violento, inclusive indiretamente.	16. Usar abordagem calma e segura	TC
		17. Respeitar princípios e valores da idosa	
		18. Demonstrar compreensão da condição psicológica e de saúde da idosa	
		19. Estimular autopercepção	AE
		20. Estimular verbalização de sofrimento	
		21. Relatar Condição a Membro da Família	TC
		22. Requerer apoio psicossocial	
	6. Déficit de autocuidado para prevenção – Capacidade prejudicada para executar as atividades de prevenção, podendo ser caracterizada pela não preocupação com a prevenção ou pela ausência de conhecimento sobre tal necessidade, fazendo com que o profissional de saúde tenha o papel de fornecer informação.	23. Fornecer informações sobre medidas de autocuidado para prevenção	AE
		24. Orientar quanto aos riscos referentes a não adoção de medidas preventivas	
		25. Estimular compreensão sobre contextos de vulnerabilidade a partir do uso de exemplos	
	7. Déficit de autocuidado para tratamento – Capacidade prejudicada para manter-se operacional para executar as atividades de tratamento, caracterizada pela necessidade de realização das atividades terapêuticas por parte dos profissionais de saúde ou de um cuidador instruído.	26. Ensinar sobre medidas de autocuidado para tratamento	AE
		27. Estimular a participação da idosa nas atividades de autocuidado, conforme nível de capacidade	
		28. Incentivar a família e o cuidador para que estimulem o envolvimento da idosa no autocuidado	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
		29. Assistência no autocuidado: oferecer medicamento, quando necessário	TC
		30. Assistência no autocuidado: instruir o cuidador para a oferta de medicamento, quando necessário.	AE
	8. Desempenho Sexual, Prejudicado – Processo ineficaz da atividade sexual entre duas pessoas com finalidade de excitação mútua e orgasmo, devido a ausência ou diminuição na capacidade para participar da relação sexual, caracterizada por relato de abstenção, expressão de preocupação quanto à própria sexualidade e/ou relato de dificuldade na atividade sexual.	31. Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios	AE
		32. Esclarecer dúvidas	
		33. Estimular a atividade sexual de maneira segura	
		34. Investigar relação entre funcionamento sexual e fatores externos	PC
		35. Orientar a idosa sobre o impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na sexualidade	AE
		36. Analisar a interferência das doenças crônicas e efeitos dos medicamentos em uso sobre a sexualidade	TC
		37. Oferecer apoio psicológico à idosa e seu companheiro	
	9. Efeito colateral da medicação – Evento/fenômeno fisiológico de resposta corporal à medicação que resulta do uso intencional das preparações farmacêuticas, caracterizado pela observação/detecção de sintomatologia acompanhante àquela primária desejada.	38. Informar sobre os possíveis efeitos colaterais da medicação	AE
		39. Gerenciar Efeito Colateral da Medicação	PC
		40. Estimular verbalização de sinais e sintomas incompatíveis com os esperados	AE
		41. Orientar ações não farmacológicas de correção ou minimização das consequências dos efeitos colaterais, tais como estimular dieta rica em fibras e ingestão hídrica, orientar manutenção de ingestão alimentar e medidas de higiene, entre outras	
	10. Enfrentamento ineficaz – Incapacidade de	42. Avaliar o impacto da situação de vida da	PC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	gerenciar o estresse, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis, caracterizadas por comportamento destrutivo em relação a si mesmo, habilidades insuficientes para a resolução de problemas e incapacidade de lidar com a situação.	paciente sobre papéis e relacionamentos	
		43. Colaborar na identificação das possíveis consequências de cada escolha	
		44. Instruir quanto à disponibilidade de recursos para enfrentamento de problemas por meio de material de aprendizagem	AE
		45. Oferecer informações sobre diagnóstico, prevenção da doença e transmissão do vírus à idosa, família e cuidador	
	11. Falta de Resposta ao Tratamento – Reação física não correspondente ao esperado quando em uso de medicamentos e adotando medidas terapêuticas específicas, caracterizada por não cessação de sintomas e/ou não retorno à condição clínica anterior, original.	46. Orientar a respeito da necessidade de adesão ao tratamento	AE
		47. Avaliar com a equipe interprofissional se o tratamento proposto segue adequadamente a sua condição para realizá-lo	TC
		48. Avaliar Resposta ao Tratamento	
		49. Estimular a integração da paciente ao tratamento proposto	AE
	12. Infecção – Evidência subjetiva e/ou clínica e laboratorial de alteração fisiológica, revelada pelo paciente, que sugere a existência de infecção, caracterizado por observação clínica e/ou queixa de mudanças nas sensações, funções ou aparência corporal, indicando existência de processo infeccioso.	50. Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção	PC
		51. Analisar resultados de exames laboratoriais junto ao sintoma apresentado	TC
		52. Discutir em equipe interprofissional evidência de infecção	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	13. Não adesão ao regime medicamentoso – Comportamento da pessoa idosa que não coincide com o plano terapêutico acordado entre ela e o profissional de saúde, caracterizado pelo comportamento total ou parcialmente não aderente que leva a resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos.	53. Avaliar fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico	PC
		54. Identificar a condição social da paciente para adaptar orientação ao seu nível de cognição	
		55. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
		56. Promover Adesão à Medicação	
		57. Promover adequação do regime terapêutico à rotina diária da idosa	PC
		58. Estimular participação da família na orientação e administração de medicamentos	AE
	14. Não Adesão ao Regime de Teste Diagnóstico – Comportamento do indivíduo que não coincide com o plano de promoção da saúde acordado entre ele e o profissional de saúde, caracterizado pelo comportamento total ou parcialmente não aderente que leva a resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos.	59. Identificar fatores que dificultam a adesão ao teste diagnóstico	PC
		60. Fornecer informações sobre as consequências de não diagnosticar	AE
		61. Orientar Família sobre Teste Diagnóstico	
	15. Regime medicamentoso interrompido – Regime de medicações prescritas interrompido, caracterizado por não cooperação da paciente na duração, dosagem e/ou frequência do uso dos remédios, e por ineficácia do regime terapêutico iniciado.	62. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
		63. Informar à paciente as consequências de não tomar ou interromper o medicamento	
		64. Registrar interrupção do regime medicamentoso	TC
		65. Estimular adesão ao regime medicamentoso	AE
		66. Ensinar à paciente o método de administração do medicamento, quando necessário	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
REQUISITO DE DESENVOLVIMENTO		67. Colaborar com Cuidador no Manejo (Controle) do Regime Medicamentoso	PC
		68. Analisar grau de eficácia do regime terapêutico por meio de exames laboratoriais (investigação de TCD4 e carga viral)	TC
	16. Aprendizagem sobre prevenção prejudicada – Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou habilidade relacionada à prevenção de doenças, caracterizadas pela não adoção de medidas preventivas, devido à falta de conhecimento, instrução, orientação e/ou de experiência.	69. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	PC
		70. Facilitar a aprendizagem sobre prevenção pelo uso de linguagem acessível	AE
		71. Promover aprendizagem sobre prevenção por meio de material instrucional	
		72. Demonstrar técnica de redução de risco de infecção por DST (colocada e retirada de preservativo masculino e feminino)	
		73. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	17. Aprendizagem sobre saúde prejudicada – Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou competências relacionadas à saúde, caracterizadas pelo não alcance de resultados positivos à saúde, devido à falta de instrução, orientação, prática e experiência, de modo que não há mudanças no comportamento de saúde.	74. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	PC
		75. Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível	AE
		76. Promover aprendizagem sobre saúde por meio de folhetos informativos, campanhas educativas e materiais ilustrativos	
		77. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	18. Aprendizagem sobre tratamento prejudicada – Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou competências relacionadas ao tratamento, caracterizadas pela não efetivação das medidas de	78. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	PC
		79. Promover aprendizagem sobre tratamento por meio de material educativo	AE
		80. Facilitar a aprendizagem sobre tratamento pelo	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	tratamento devido à falta de instrução, orientação, prática e de experiência, de modo que não há mudanças consideráveis no estado de saúde.	uso de linguagem acessível	
		81. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	19. Autonomia para tomada de decisão ausente (especificar) – Ausência do direito da cliente ser independente ou autodirecionada, especialmente em relação à tomada de decisões, caracterizada pela impossibilidade de decidir sobre o que lhe convém ou não.	82. Apoiar Processo de Tomada de Decisão	AE
		83. Estimular posicionamento individual quanto às escolhas	
		84. Instruir sobre as consequências das possíveis decisões	
	20. Comportamento sexual, Prejudicado – Capacidade prejudicada para modificar comportamentos sexuais que comprometem o estado de saúde, caracterizada por atitude negativa e falta de conhecimento para prevenir problemas de saúde.	85. Empoderar a idosa para tomar decisões quanto à sua saúde	TC
		86. Orientar a idosa sobre práticas sexuais de baixo risco	AE
		87. Encorajar a idosa à avaliação do seu comportamento sexual	PC
		88. Investigar presença de fatores contribuintes	
		89. Compartilhar conhecimento sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	AE
	21. Déficit de conhecimento em saúde – Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada à saúde, práticas saudáveis, sinais e sintomas de doenças e/ou serviços de saúde disponíveis, podendo ser caracterizadas pela apresentação de informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações, com interesse insuficiente em aprender, comportamentos	90. Avaliar a capacidade de aprendizado e o conhecimento da cliente	AE
		91. Aconselhar a paciente a respeito de vulnerabilidade às doenças	
		92. Explicar sobre processos de adoecimento e práticas saudáveis à idosa, família e comunidade	
		93. Instruir sobre sinais e sintomas e procedimentos adequados de cuidado à saúde	
	22. Emoção, Negativa – Sentimentos conscientes ou subconscientes, dolorosos fisicamente ou psicologicamente, que podem aumentar com estresse ou doença, ou se desenvolver a partir destes,	94. Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	AE
		95. Auxiliar a paciente no reconhecimento de seus sentimentos	PC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	caracterizados pela expressão ou percepção de sentimentos negativos.	96. Encaminhar a paciente para serviço especializado	TC
	23. Medo – Sentimentos negativos frente a ameaça percebida e conscientemente reconhecida como perigo devido a alguma causa, acompanhada, às vezes, de luta psicológica ou resposta de fuga, caracterizados pela preocupação excessiva com determinado fato ou com determinada possibilidade, que pode desaparecer com o fim da situação ameaçadora.	97. Encorajar a paciente a verbalizar o medo e preocupação relativa à vulnerabilidade à doença	AE
		98. Implementar Cuidados de Conforto	TC
		99. Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	
		100. Estabelecer Confiança	PC
		101. Dar informações corretas, usando linguagem simples	AE
		102. Apoiar enfrentamento do medo	
	24. Medo da morte – Sensação desagradável de ameaça real ou imaginária, de reconhecimento do perigo, de preocupação ou de angústia relacionada à cessação da vida, caracterizado por tensão aumentada, comportamentos de ataque ou de isolamento, foco direcionado sempre para a fonte do medo, podendo causar comprometimento biopsicossocial.	103. Facilitar Capacidade para Falar sobre o Processo de Morrer	PC
		104. Facilitar a obtenção de apoio espiritual	TC
		105. Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	
		106. Usar Técnica Calmante	
	25. Qualidade de vida prejudicada – Estado ou condição que reflete uma insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos da idosa, de forma a apresentar comprometimento biopsicossocial, caracterizados por insuficiente acesso à educação e à informação e/ou inserção	107. Obter Dados sobre Qualidade de Vida	PC
		108. Estimular socialização	AE
		109. Terapia do Humor (ou do Riso)	TC
		110. Estimular Papel de Lazer	AE
		111. Promover Terapia Recreacional	TC
		112. Orientar idosa sobre saúde e bem-estar pelo	AE

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	social negativa.	serviço de educação em saúde	
		113. Estimular apoio familiar	
	26. Risco de infecção cruzada – Possibilidade de novo processo patológico por invasão do corpo por microrganismos patogênicos que originam doenças associadas a infecções primárias, caracterizada por sintomatologia clínica de infecção, tal como febre e secreções purulentas associadas à infecção anterior.	114. Aplicar medidas de precaução padrão contra infecção	TC
		115. Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção	PC
		116. Obter dados de conhecimento da idosa, família e cuidador sobre infecção cruzada, bem como da suscetibilidade da idosa à infecção cruzada	
	27. Sofrimento – Sentimento negativo, caracterizado por prolongamento da tristeza e/ou angústia, associado ao martírio e à necessidade de tolerar sintomas físicos crônicos, estresse psicológico crônico, má reputação ou injustiça.	117. Orientar família, idosa e cuidador sobre prevenção de infecção cruzada	AE
		118. Minimizar sofrimento	TC
		119. Discutir sobre experiências emocionais com a paciente	PC
		120. Apoiar Processo de Tomada de Decisão	AE
		121. Promover Capacidade para Socializar-se	PC
		122. Promover Esperança	
REQUISITO UNIVERSAL	28. Adesão ao regime medicamentoso – Ação iniciada pela própria pessoa para promover recuperação seguindo as orientações sem se desviar, aderindo a um quadro de comportamentos em concordância com o regime terapêutico, caracterizada pela motivação pessoal de buscar medicamentos na data devida, tomá-los conforme orientação e modificar comportamentos errôneos, com consequente apresentação de sinais de melhora.	123. Encaminhar para terapias	TC
		124. Orientar sobre Regime Terapêutico	AE
		125. Elogiar cumprimento do regime medicamentoso	AE
		126. Aconselhar manutenção da adesão à terapia	AE
		127. Monitorar Adesão à Medicação	TC
	29. Adesão ao teste diagnóstico – Aceitação pela própria pessoa para prevenção e promoção do bem-estar, estando devotada a um plano de diagnóstico,	128. Analisar evolução de sinais e sintomas de melhora	PC
		129. Promover atmosfera favorável à manutenção da adesão no serviço de promoção da saúde	
		130. Estimular continuidade da adesão a um regime	AE

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	caracterizada pela demonstração de internalização do valor de comportamentos de cuidado com a saúde e pela motivação pessoal em consonância à boa relação com os profissionais de saúde.	de teste diagnóstico, independente da condição de saúde identificada	
		131. Garantir (ou Assegurar) o acesso ao teste diagnóstico na Unidade de Atenção à Saúde	TC
	30. Crença espiritual, conflituosa – Convicção pessoal prejudicada em relação a um poder maior que si mesmo, capaz de invadir, integrar e transcender a natureza biológica e psicossocial do indivíduo, caracterizada pela indisposição deste em manter e/ou abandonar ações influenciadas pelos princípios espirituais de vida.	132. Ouvir necessidades espirituais da idosa	PC
		133. Investigar o desejo de prática espiritual acessível	TC
		134. Estimular posicionamento espiritual	AE
		135. Observar se há prática de saúde sendo executada em conflito com a religiosidade da cliente	TC
		136. Promover espaço e tempo apropriado à prática espiritual e religiosa, quando for possível	
	31. Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz – Diminuição da capacidade de proporcionar cuidados à própria saúde, incluindo identificação, prevenção de doenças, promoção de bem-estar e tratamento da saúde, quando necessário, caracterizado por atender às próprias necessidades de saúde.	137. Instruir idosa para cuidar (ou tomar conta) da saúde por meio de material de aprendizagem	AE
		138. Proporcionar informações de prevenção de doenças, tratamento e promoção de bem-estar pelo serviço de educação em saúde	
		139. Empoderar idosa para sua necessidade de cuidado	AE
	32. Identidade de gênero ineficaz – Ideias, sentimentos e atitudes negativas sobre o sentido pessoal interiorizado de masculinidade ou feminilidade, caracterizada por confusão em relação a valores ideológicos, descrição de si mesmo por ideias inapropriadas, sensação de estranhamento, e sentimentos oscilantes sobre seu gênero.	140. Estimular percepção de identidade pessoal relacionada ao gênero	AE
		141. Incentivar a idosa à verbalização de ideias e valores condizentes com sua identidade de gênero	
	33. Necessidade de cuidado (especificar) – Condição de demanda de ações básicas ou menos prioritárias, cujo desempenho normal leve à satisfação biopsicossocial, caracterizada pela evidência de	142. Obter dados sobre Disposição (ou Prontidão) da idosa para desempenhar atividades de cuidado (especificar)	PC
		143. Colaborar com os cuidados (especificar) à	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	impossibilidade de deixar de agir em benefício do indivíduo.	idosa	
		144. Motivar família e/ou cuidador a identificar a necessidade de cuidado (especificar) da idosa	AE
	34. Papel de prevenção ineficaz – Ausência de adoção de padrões de comportamentos para evitar o acometimento por doenças, de modo que não atende a um conjunto de expectativas, normas e padrões de prevenção em saúde, caracterizada por relato ou identificação de não desempenho das responsabilidades com medidas preventivas de acordo com normas.	145. Encorajar papel de prevenção à infecção	AE
		146. Aconselhar prática sexual segura (risco de contrair DST e HIV/aids)	AE
		147. Orientar sobre padrões de prevenção	
	35. Risco de infecção – Vulnerabilidade à invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se multiplicam, podendo comprometer a saúde, caracterizada pelos fatores de risco, tais como evidência de contato com fontes de infecção, conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica.	148. Diminuir contato da idosa com fontes de infecção	PC
		149. Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção	TC
		150. Orientar quanto à adoção de medidas de prevenção contra infecção	AE
		151. Orientar Família sobre Prevenção de Infecção	PC
		152. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
REQUISITOS DE DESVIO DE SAÚDE	1. Angústia moral – Sentimento negativo definido por conflito de decisões não físicas nem materiais em relação a funções que são previstas para o indivíduo, caracterizado por expressão de tristeza e aflição relacionadas a princípios e valores diante de normas instituídas.	1. Proporcionar atmosfera que facilite a confiança da idosa e da família	TC
		2. Usar abordagem calma e segura	
		3. Estimular pensamentos positivos	AE
		4. Incentivar participação em grupo de apoio	
		5. Respeitar princípios e valores morais da idosa	TC
	2. Estigma – Crença prejudicada em relação ao outro, devido a um fator distintivo entre os sujeitos,	6. Auxiliar psicologicamente para que a idosa possa progredir no enfrentamento do estigma	PC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	sendo caracterizada pelo acesso desigual à participação social ou a oportunidade, pela prática de associar descrédito, vergonha a outro, discriminação por idade e por gênero ou quando o mesmo apresenta condições diversas, tais como doença mental, incapacidade física, posicionamento religioso ou comportamental divergentes.	7. Orientar Comunidade sobre Doença	AE
		8. Minimizar estigma inserindo a sociedade no processo de enfrentamento	TC
		9. Apoiar o enfrentamento da discriminação por idade e gênero	AE
		10. Estimular atmosfera social de aceitação dos fatores distintivos por meio da educação em saúde	
	3. Risco de violência – Vulnerabilidade a comportamentos de outrem, caracterizada pela demonstração do poder do indivíduo em ser nocivo ao outro, física, emocional ou sexualmente.	11. Orientar familiares da idosa sobre prevenção de violência	AE
		12. Obter dados sobre o risco de violência física, emocional, financeira e sexual	PC
		13. Estimular verbalização de sofrimento de ações violentas	AE
		14. Notificar situação de risco social	TC
REQUISITO DE DESENVOLVIMENTO	4. Abuso à mulher idosa (especificar) – Comportamento agressivo ou violento direcionado à mulher idosa, caracterizado por maus tratos, exploração ou abandono de ordem emocional, financeira, nutricional, sexual ou físico, comumente oriundos de alguém da confiança da pessoa idosa, como membro da família ou funcionários de instituição.	15. Verificar se a paciente idosa apresenta sinais de abuso físico e/ou emocional	TC
		16. Notificar abuso junto às autoridades competentes	
		17. Investigar suporte familiar e social	
		18. Participar da rotina de cuidados da idosa junto ao seu cuidador principal	PC
	5. Acesso a conhecimento em saúde prejudicado – Reduzido acesso a informação pela pessoa idosa, fazendo com que ela tenha dificuldade em utilizar a consciência sobre problemas comuns de saúde, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, caracterizado pela incapacidade em reconhecer	19. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	PC
		20. Oferecer informações compatíveis com a situação e necessidades da paciente	AE
		21. Utilizar linguagem simples e clara	
		22. Assegurar que informações coerentes estejam sendo oferecidas por vários membros da equipe de	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	práticas/comportamentos de risco para a infecção, sinais e sintomas de doenças, apresentando informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações.	cuidados de saúde	
REQUISITO UNIVERSAL	6. Apoio familiar ausente – Falha de sistemas de suporte na família para que a pessoa idosa possa progredir e evitar que falhe com relação aos cuidados de saúde e enfrentamento de doenças, caracterizada por ausência ou desorganização da ajuda biopsicossocial e espiritual desempenhada pela família, podendo levar à resolução ineficaz de problemas e a conflitos familiares e individuais.	23. Obter Dados sobre Processo Familiar	PC
		24. Promover Processo Familiar, Eficaz	
		25. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	AE
		26. Facilitar participação da família no planejamento do cuidado	TC
		27. Encaminhar para Assistente Social	
	7. Apoio social ineficaz – Falha de sistemas de suporte na sociedade que proporcionem assistência e encorajamento para as pessoas idosas superarem problemas, caracterizada por ausência de inserção efetiva em atividades sociais ou ausência de acesso aos sistemas de suporte social.	28. Explicar Direitos do Paciente	AE
		29. Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Social	TC
		30. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias	PC
	8. Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada – Dificuldade do indivíduo que atende às necessidades de uma pessoa idosa dependente em realizar, acompanhar e concluir as atividades necessárias à prestação de cuidados, podendo ser evidenciada na demonstração de frustração, apreensão quanto às condições de saúde da pessoa idosa receptora de cuidados, impaciência e oscilação emocional por parte do cuidador.	31. Obter Dados sobre Autocuidado	PC
		32. Estimular capacidade para executar o autocuidado	AE
		33. Empoderar cuidador para conclusão de atividades necessárias ao cuidado	AE
		34. Auxiliar cuidador no autocuidado	TC
	9. Direitos da idosa prejudicados – Não garantia dos direitos humanos da pessoa idosa enquanto membro da sociedade que possui necessidades em	35. Explicar direitos do paciente à idosa, família e comunidade	AE
		36. Estimular processo comunitário eficaz	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	saúde, caracterizada por descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna e o desrespeito dos direitos da mesma, incluindo a confidencialidade, dignidade e honra.		
	10. Diversidade cultural – Coexistência de diferentes grupos que possuem suas crenças, valores, tradições e comportamentos em uma mesma unidade social, caracterizada por fatores diferenciais na aceitação ou não de condutas de prevenção e/ou tratamento.	37. Intermediação Cultural	TC
		38. Proteger Crenças Culturais	
		39. Promover aceitação do plano de cuidados	AE
		40. Avaliar aceitação do plano de cuidados	TC
	11. Isolamento social – Estado negativo de estabelecimento de barreiras na interação entre a pessoa idosa e a sociedade, percebido como imposta pelos outros ou por escolha da pessoa idosa, na qual há uma quantidade insuficiente ou uma qualidade ineficaz de troca social, caracterizado pelo desejo de estar sozinha, por sentir-se diferente dos outros, pela insegurança em público, pela insatisfação com o envolvimento social e/ou pelo relato familiar de mudança na interação.	41. Encorajar a socialização pela participação em atividades sociais	PC
		42. Promover Apoio Familiar	
		43. Estabelecer Confiança	TC
		44. Orientar a idosa, família e comunidade sobre sua condição de saúde	AE
		45. Motivar a autopercepção	PC
		46. Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Emocional	TC
		47. Terapia do Humor (ou do Riso)	
	12. Papel de gênero ineficaz – Dificuldade de adotar padrão de comportamento e autoexpressão de um ou de outro sexo que atenda às expectativas dos indivíduos e sociedade em relação ao que é próprio ou impróprio do papel de ser homem ou de ser mulher.	48. Apoiar papel de gênero, incentivando posicionamento individual compatível com a identidade de gênero	AE
		49. Estimular a paciente a desempenhar o seu papel na sociedade	
	13. Relacionamento com a comunidade negativo –	50. Obter dados sobre os fatores comprometedores	PC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações entre a pessoa idosa e a sua unidade social, com quem compartilha área geográfica, condições ou interesses, para interagir e atender necessidades recíprocas.	do estabelecimento de relações sociais	AE
		51. Discutir as limitações do apoio social com a paciente	
		52. Orientar sobre Comunicação, Efetiva	
		53. Estimular papel comunitário	
	14. Processo familiar, Prejudicado – Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações comportamentais, psicológicas e sociais entre a pessoa idosa e os demais membros da família nuclear e estendida, para interagir e atender necessidades recíprocas.	54. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos familiares	TC
		55. Orientar sobre processo familiar eficaz	AE
		56. Estimular comunicação familiar eficaz	
		57. Orientar a família sobre papel de unidade familiar	
		58. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	
	VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA		
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
Requisito de desvio de saúde	1. Acesso a tratamento prejudicado – Potencialidade prejudicada para utilizar medicamentos prescritos e adotar condutas de cuidado, caracterizada por dificuldades geográficas, de transporte, financeiras, e de disponibilidade nos serviços de saúde.	1. Facilitar Acesso a Tratamento	TC
		2. Discutir com equipe interprofissional sobre disponibilidade de medicamentos em pontos descentralizados	
		3. Orientar sobre medicação	AE
		4. Orientar Família sobre Comportamento de Busca de Saúde	
Requisito universal	2. Direitos do paciente prejudicados – Não garantia dos direitos humanos da pessoa idosa enquanto paciente sob os cuidados em saúde, caracterizada por descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna, o	5. Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito	TC
		6. Garantir privacidade e confidencialidade	AE
		7. Explicar Direitos do Paciente	
		8. Garantir direitos da paciente nos serviços de saúde	TC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
	desrespeito dos direitos da mesma com relação à confidencialidade, à dignidade e honra.	9. Criar uma atmosfera de aceitação isenta de juízos	
	3. Política de saúde parcial – Declaração ampla documentada que esboça diretrizes insuficientes e inespecíficas para a tomada de decisão na prestação de serviços de saúde, caracterizada por ausência de atendimento às especificidades de parte da população alvo das ações propostas.	10. Liderar reflexões acerca das especificidades não contempladas pelas políticas de saúde	TC
		11. Trabalhar em rede no apoio às necessidades de população alvo	

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

6.2 Estruturação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids

O instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do subconjunto foi estruturado contendo:

- Espaço para preenchimento dos dados sociodemográficos da idosa, conforme Figura 6;

Figura 6 – Recorte do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids referente aos dados sócio-demográficos. João Pessoa, 2022.

Dados sócio-demográficos			
Nome:		Idade:	Data de nascimento:
Filhos: () sim () não. Quantos:	Prontuário:	Estado marital: () solteira () vive com companheiro(a) () casada	
Com quem reside?		Estado civil:	
Local de moradia:		Raça:	
Necessita de cuidador? () sim () não. Quem é o principal cuidador?			
Religião/Espiritualidade:		Ocupação:	
Escolaridade:		Naturalidade:	
Sexo:		Gênero:	
Informações adicionais:			

- Orientações para a operacionalização da aplicabilidade clínica do instrumento, onde se discorre: “Preencha um X no campo ☐ quando o elemento da prática clínica (diagnóstico/resultado ou intervenção de enfermagem) e/ou indicador clínico correspondente for reconhecido no caso clínico em estudo. Tal marcação representará a operacionalização clínica do elemento e/ou indicador clínico.”

- Quadros contendo os enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids mapeado junto à CIPE® 2019/2020, organizados de acordo com a Teoria Geral do Autocuidado de Orem e com o quadro conceitual de vulnerabilidade apresentado por Ayres; bem como os indicadores

RELATO DE CASO CLÍNICO	
<p>Modelo de relato:</p> <p>Iniciais do nome, idade, gênero, cor, ocupação, filhos, estado civil, grau de instrução, religião.</p> <p>Achados clínicos em relação aos requisitos de autocuidado:</p> <p>Universal (manutenção e funcionalidade do indivíduo, envolvendo os requisitos de nutrição, respiração, eliminação, bem-estar, interação social, prevenção de perigos e promoção de saúde social e humana):</p> <p>Desenvolvimento (necessitam dos requisitos universais para alcançar o desenvolvimento ideal, ao enfrentar situações novas):</p> <p>Desvio de saúde (escolhas diante de um problema de saúde, para recuperar a saúde, reabilitar o indivíduo ou controlar o problema, sendo direcionadas às enfermidades, defeitos e incapacidades, envolvendo os requisitos de garantir ajuda médica, tomar ciência de efeitos e resultados, realizar prevenção, recuperação e controle, conhecer, observar e regular efeitos colaterais, enquadrar-se em formas específicas de atendimento demandadas, aceitar-se e adaptar-se, e superar adversidades para alcançar desenvolvimento):</p>	
Diagnósticos de enfermagem	Resultados de enfermagem
Podem constar DEs da CIPE® que não constem no subconjunto, mas sejam úteis à clientela.	
Intervenções de enfermagem	

O referido instrumento tal como foi estruturado inicialmente pode ser apreciado na íntegra no Apêndice C.

6.3 Validação do instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids

O instrumento estruturado foi submetido à validação por experts em duas fases semelhantes, a fase de teste piloto e a segunda fase da validação. Para tal validação do supracitado instrumento, foi estruturado um formulário via plataforma online do *Google Forms*, que, além de apresentar a fase do estudo em que se encontrava, os objetivos desta fase, bem como explicar a forma como o participante estaria colaborando com o mesmo, foi composto por sete seções para ambas as fases de validação:

Seção 1 – Questionamento sobre a concordância em participar desta fase de validação do instrumento de coleta de dados, contendo o TCLE em anexo;

Seção 2 – Estabelecendo o perfil profissional do participante do estudo, conforme os critérios da Benner (2001), a fim de selecionar a amostra do estudo;

Seção 3 – Escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro para avaliar a relevância, por meio do cálculo de IVC, do componente do instrumento: dados sociodemográficos da idosa;

Seção 4 - Escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro para avaliar a relevância, por meio do cálculo de IVC, do componente do instrumento: orientações para a operacionalização/aplicação do instrumento;

Seção 5 – Escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro para avaliar a relevância, por meio do cálculo de IVC, dos componentes do instrumento: 53 DEs/REs (fase de teste piloto) e 52 DEs/REs (segunda fase de validação) organizados em ordem alfabética, com seus respectivos indicadores clínicos, e 221 IEs organizadas por ordem prioritária, provenientes do resultado do mapeamento humano do subconjunto junto à CIPE® 2019/2020;

Seção 6 - Escala tipo *Likert* com pontuação de um a quatro para avaliar a relevância, por meio do cálculo de IVC, do componente do instrumento: relato de caso clínico, contendo modelo norteador;

Seção 7 – Agradecimento pela participação e solicitação de registro do meio de contato pelo qual o participante gostaria de ser comunicado sobre o andamento do estudo e/ou feedback dos resultados.

Ao estabelecer o perfil profissional dos participantes do estudo, conforme os critérios de Benner (2001), questionou-se: “Como você costuma atuar frente à clientela de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids (incluindo a mulher idosa saudável bem como a mulher idosa que convive com o HIV/aids) e/ou frente ao método científico do estudo?” e “Como caracteriza a sua experiência com a situação clínica de interesse deste estudo e/ou frente ao método científico do estudo?”.

Ao primeiro questionamento, as respostas possíveis eram: “tenho certa dificuldade em discernir entre os aspectos relevantes e irrelevantes, possuo limitação na escolha das ações que devo tomar”, compatível com a categoria de enfermeiro novato; “sigo regras e preciso de parâmetros mensuráveis para nortear minha atuação, apresento um nível de desempenho aceitável, no entanto ainda

dependo dos conselhos de profissionais mais experientes e, em situações mais amplas, posso apresentar dificuldades em dominar uma situação”, compatível com a categoria de enfermeiro iniciante avançado; “planejo meu trabalho, de modo a alcançar minhas metas. Posso reconhecer os atributos e aspectos de uma situação (presentes ou previstos) que merecem atenção e aqueles que podem ser ignorados”, compatível com a categoria de enfermeiro competente; “apreendo os aspectos mais relevantes de uma situação e vou ao foco do problema e utilizo-me de conhecimentos prévios”, compatível com a categoria de enfermeiro proficiente; “posso a capacidade de compreender intuitivamente, a partir de processos cerebrais, e consigo prever problemas, antecipando ações com extensa assertividade”, compatível com a categoria de enfermeiro expert, segundo Benner (2001).

Já para o segundo questionamento, as respostas possíveis eram: “não possuo experiência prévia acumulada com a situação clínica e/ou metodológica de interesse do estudo”, compatível com a categoria de enfermeiro novato; “sou recém-graduado”, compatível com a categoria de enfermeiro iniciante avançado; “posso dois a três anos de experiência com a situação clínica e/ou metodológica de interesse do estudo”, compatível com a categoria de enfermeiro competente; “posso três a cinco anos de experiência com a situação clínica e/ou metodológica de interesse do estudo”, compatível com a categoria de enfermeiro proficiente; “considero que possuo expertise clínica e/ou metodológica na área de interesse deste estudo”, compatível com a categoria de enfermeiro expert (BENNER, 2001).

Os perfis profissionais que se enquadraram nas respostas compatíveis com as categorias de enfermeiro novato e iniciante avançado foram excluídos da amostra do estudo.

Na fase de teste piloto, foi excluído um profissional, que se enquadrava na categoria de enfermeiro novato, pois não possui experiência prévia acumulada com a situação clínica e/ou metodológica de interesse do estudo, e na segunda fase da validação foram excluídos dois profissionais, um deles tanto segue regras, precisa de parâmetros mensuráveis para nortear sua atuação, quanto informou não possuir experiência prévia acumulada com a situação clínica e/ou metodológica de interesse do estudo, categorizando-se enquanto enfermeiro novato, enquanto o outro apenas

referiu seguir regras e precisar de parâmetros mensuráveis para nortear sua atuação, categorizando-se enquanto enfermeiro iniciante avançado.

Já os perfis profissionais que foram compatíveis com as respostas das categorias de enfermeiro competente, proficiente e expert foram incluídos na amostra do estudo. Na fase de teste piloto foram incluídos quatro dos cinco profissionais participantes, enquanto que na segunda fase de validação, foram incluídos nove dos 11 profissionais, totalizando uma amostra final de 13 experts.

As Figuras 9 e 10 expõem os gráficos gerados pela plataforma do *Google Forms* referentes à seleção dos participantes do estudo, conforme o perfil profissional dos mesmos.

Figura 9 – Perfil profissional dos participantes da fase de teste piloto, segundo os critérios de Benner (2001). João Pessoa, 2022.

Como você costuma atuar frente a clientela de mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/AIDS e/ou frente ao método científico do estudo?

5 respostas



Como caracteriza a sua experiência com a situação clínica de interesse deste estudo e/ou frente ao método científico do estudo?

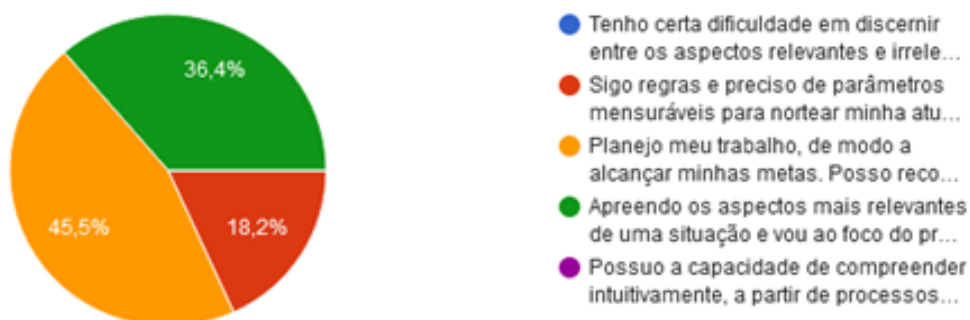
5 respostas



Figura 10 – Perfil profissional dos participantes da segunda fase de validação, segundo os critérios de Benner (2001). João Pessoa, 2022.

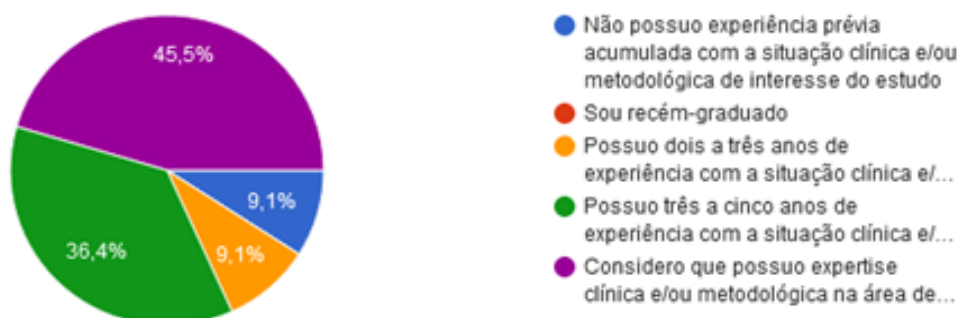
Como você costuma atuar frente a clientela de mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/AIDS (incluindo a mulher idosa saudável bem como a mulher idosa que convive com o HIV/AIDS) e/ou frente ao método científico do estudo?

11 respostas



Como caracteriza a sua experiência com a situação clínica de interesse deste estudo e/ou frente ao método científico do estudo?

11 respostas



Após a composição amostral do estudo, foram exportadas as planilhas de respostas dos 13 profissionais do *Google Forms* (quatro profissionais que participaram da fase de teste piloto e nove participantes da segunda fase de validação) para uma planilha *Excel for Windows* única, com exportação e verificação, a fim de proceder com o cálculo de IVC de cada seção do instrumento, conforme avaliação dos especialistas. O quadro 5 a seguir expõe as taxas de IVC a cada seção e seus componentes.

Quadro 5 – Dados quantitativos referentes às fases de validação do instrumento de operacionalização do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids. João Pessoa, 2022.

Fase de validação	COMPONENTES DO INSTRUMENTO		FA/FR P1	FA/FR P2	FA/FR P3	FA/FR P4	Sugestões	IVC
Teste piloto	Dados sóciodemográficos da idosa		0/0	0/0	1/25	3/75	Avaliar se há necessidade de manter estado marital e estado civil ou unificá-las; Acrescentar “Nome social” e “Renda familiar”.	1
	Orientações para a operacionalização/aplicação do instrumento		0/0	0/0	0/0	4/100	-	1
	DEs/REs e IEs – VI	DEs/REs 1 a 3 IEs 1 a 10	0/0	0/0	1/25	3/75	Retirar a repetição do trecho "condição de saúde" da intervenção 8; Unificar os DEs 2 e 3 em um só e unir as intervenções; Acrescentar a necessidade do enfermeiro em especificar o risco na IE 1; Acrescentar uma IE ao DE 3.	1
		DEs/REs 4 a 6 IEs 11 a 25	0/0	0/0	1/25	3/75	Questionou-se, na IE 21, se o profissional irá relatar condição de comportamento; Alteração do DE 4 para “Baixa Autoestima, Situacional”; Acrescentar uma IE ao DE 4 e uma ao DE 6; Alteração do texto das IEs 14 e 20.	1
		DEs/REs 7 a 9 IEs 26 a 38	0/0	0/0	1/25	3/75	Iniciar as IEs 29 e 30 pelo verbo no infinitivo; Retirar a IE 32, pois foi julgada como uma IE “vaga” para o profissional de Enfermagem implementar; Acrescentar uma IE ao DE 9.	1
		DEs/REs 10 a 12 IEs 39 a 51	0/0	0/0	1/25	3/75	Acrescentar uma IE a cada um dos DEs 10 e 11; Unificar o DE 10 ao DE 3; Questionou-se que tipo de orientação seria fornecida na IE 47.	1
		DEs/REs 13	0/0	0/0	1/25	3/75	Unificar o DE 13 com o 10 e o 3;	1

Fase de validação	COMPONENTES DO INSTRUMENTO		FA/FR P1	FA/FR P2	FA/FR P3	FA/FR P4	Sugestões	IVC
		a 15 IEs 52 a 65					Especificar os sintomas da IE 63.	
		DEs/REs 16 a 18 IEs 66 a 78	0/0	0/0	1/25	3/75	Unificar todos os DEs sobre aprendizagem.	1
		DEs/REs 19 a 22 IEs 79 a 93	0/0	0/0	2/50	2/50	Alteração do DE 21; Unificar o DE 20 com o DE 12; Unificar o DE 21 com o DE 17.	1
		DEs/REs 23 a 25 IEs 94 a 110	0/0	0/0	2/50	2/50	Questionou-se como obter dados sobre qualidade de vida, sugerindo inclusive retirar a IE 104.	1
		DEs/REs 26 a 29 IEs 111 a 128	0/0	0/0	1/25	3/75	Alterar a IE 111.	1
		DEs/REs 30 a 33 IEs 129 a 141	0/0	0/0	2/50	2/50	Acrescentar uma IE a cada um dos DEs 30 e 31; Unificar os DEs 31, 13, 10 e 3; Unificar o DE 30 ao DE 15.	1
		DEs/REs 34 a 36 IEs 142 a 152	0/0	0/0	1/25	3/75	Remover repetição dentre os DEs 35 e 12; Acrescentar IE ao DE 34.	1
	DEs/REs e IEs - VS	DEs/REs 1 a 3 IEs 1 a 14	0/0	0/0	0/0	4/100	Substituir o verbo da IE 13; Acrescentar duas IEs ao DE 3.	1
		DEs/REs 4 a 6 IEs 15 a 27	0/0	0/0	1/25	3/75	Unificar o DE 5 da VS com o 17 da VI.	1
		DEs/REs 7 a	0/0	0/0	0/0	4/100	-	1

Fase de validação	COMPONENTES DO INSTRUMENTO		FA/FR P1	FA/FR P2	FA/FR P3	FA/FR P4	Sugestões	IVC
		10 IEs 28 a 40						
		DEs/REs 11 a 13 IEs 41 a 53	0/0	0/0	0/0	4/100	Acrescentar uma IE ao DE 11.	1
		DE/RE 14 IEs 54 a 58	0/0	0/0	1/25	3/75	Unificar os DEs 14 e 6.	1
	DEs/REs e IEs - VP	DEs/REs 1 a 3 IEs 1 a 11	0/0	0/0	0/0	4/100	-	1
	Relato de caso clínico (contém modelo norteador)		0/0	0/0	0/0	4/100	-	1
Fase II validação	COMPONENTES DO INSTRUMENTO		FA/FR P1	FA/FR P2	FA/FR P3	FA/FR P4	Sugestões	IVC
	Dados sociodemográficos da idosa		0/0	0/0	1/11,1	8/88,8	Colocar mais opções de respostas para as variáveis, conforme foi feito para o estado conjugal; Talvez, raça e naturalidade não sejam relevantes.	1
	Orientações para a operacionalização/ aplicação do instrumento		0/0	0/0	0/0	9/100	-	1
	DEs/REs e IEs - VI	DEs/REs 1 a 3 IEs 1 a 10	0/0	0/0	2/22,2	7/77,7	Normalizar letras maiúsculas e minúsculas nas IEs.	1
		DEs/REs 4 a 6 IEs 11 a 25	0/0	0/0	1/11,1	8/88,8	-	1
		DEs/REs 7 a 9 IEs 26 a 38	0/0	0/0	1/11,1	8/88,8	Acrescentar uma IE ao DE 7.	1
		DEs/REs 10	0/0	0/0	0/0	9/100	-	1

Fase de validação	COMPONENTES DO INSTRUMENTO		FA/FR P1	FA/FR P2	FA/FR P3	FA/FR P4	Sugestões	IVC
		a 12 IEs 39 a 54						
		DEs/REs 13 a 15 IEs 55 a 68	0/0	0/0	1/11,1	8/88,8	No DE 14, sugeriu-se atentar para que as IEs não responsabilizem a paciente antes de ser avaliado quanto à adequação e eficácia; Acrescentar uma IE ao DE 13.	1
		DEs/REs 16 a 18 IEs 69 a 81	1/11,1	0/0	1/11,1	7/77,7	Questionou-se se o material educativo da IE 76 se trata de um material lúdico.	0,88
		DEs/REs 19 a 22 IEs 82 a 96	0/0	1/11,1	2/22,2	6/66,6	Questionou-se quanto ao DE 19, como o profissional poderia apoiar a tomada de decisão ou estimular o posicionamento da paciente, bem como se estas ações não se configurariam como imprudência.	0,88
		DEs/REs 23 a 25 IEs 97 a 113	0/0	0/0	2/22,2	7/77,7	-	1
		DEs/REs 26 a 29 IEs 114 a 131	0/0	0/0	1/11,1	8/88,8	Acrescentar uma IE relacionada à musicalização ao DE 27.	1
		DEs/REs 30 a 33 IEs 132 a 144	0/0	1/11,1	1/11,1	7/77,7	Rever o DE 31 (não detalhou o aspecto a ser revisado); Rever o DE 32 quanto à aplicabilidade na rotina diária.	0,88
		DEs/REs 34 a 36 IEs 145 a 152	0/0	0/0	0/0	9/100	-	1
	DEs/REs e IEs - VS	DEs/REs 1 a 3	0/0	0/0	1/11,1	8/88,8	-	1

Fase de validação	COMPONENTES DO INSTRUMENTO		FA/FR P1	FA/FR P2	FA/FR P3	FA/FR P4	Sugestões	IVC
		IEs 1 a 14						
		DEs/REs 4 a 6 IEs 15 a 27	0/0	0/0	1/11,1	8/88,8	Acrescentar uma IE ao DE 5.	1
		DEs/REs 7 a 10 IEs 28 a 40	0/0	0/0	1/11,1	8/88,8	Relato de difícil compreensão da IE 34.	1
		DEs/REs 11 a 13 IEs 41 a 53	0/0	0/0	0/0	9/100	-	1
		DE/RE 14 IEs 54 a 58	0/0	0/0	0/0	9/100	-	1
	DEs/REs e IEs – VP	DEs/REs 1 a 3 e IEs 1 a 11	0/0	0/0	1/11,1	8/88,8	Incluir legenda para as siglas do instrumento.	1
	Relato de caso clínico (contém modelo norteador)		0/0	0/0	1/11,1	8/88,8	Acrescentar nível de percepção relacionado à (in)dependência para o autocuidado em relação às AVDs.	1
	Totais (P1/NR, P2/NR, P3/NR, P4/NR)		1/0,55	2/1,1	18/10	159/88,3	IVC global	1

Legenda: AVDs= Atividades de vida diária; FA= frequência absoluta; FR= frequência relativa ao total de respostas para cada componente (%); P1= pontuação 1 na escala *Likert*; P2= pontuação 2 na escala *Likert*; P3= pontuação 3 na escala *Likert*; P4= pontuação 4 na escala *Likert*; NR= número total de respostas (180); VI= vulnerabilidade individual; VS= vulnerabilidade social; VP= vulnerabilidade programática.

Após a fase de teste piloto, motivado pela recorrente sugestão de alteração de alguns DEs/REs e IEs já validados e mapeados, acrescentou-se ao formulário, no texto de apresentação desta fase do estudo, a seguinte informação: “o conteúdo do instrumento é oriundo do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, logo, seu conteúdo já passou por validação junto à experts em estudo científico anterior, assim solicitamos a sua colaboração na avaliação do instrumento quanto à organização estrutural e aplicabilidade”.

Provenientes ainda da fase de teste piloto, em correspondência às solicitações dos experts, os seguintes ajustes foram executados: acrescentou-se nome social e renda familiar dentre os dados sócio demográficos da idosa; alterou-se os dados “estado civil” e “estado marital” pelos dados adotados pelo IBGE “estado conjugal” e “estado civil”; a IE “Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool” foi alterada para “Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool (especificar)”; alterou-se a escrita do indicadores clínicos do DE “Efeito colateral da medicação”, tornando-o mais claro e de melhor compreensão; unificaram-se os DEs/REs 12 e 35 (“Desempenho sexual, Prejudicado”) devido ao resultado do mapeamento, constando como repetição no instrumento da fase de teste piloto; modificou-se o DE/RE “Sintoma de infecção” para “Infecção”, comportando-se como uma modificação da etapa de mapeamento executada tardiamente, haja vista o conceito diagnóstico (DC) “Infecção” constar na CIPE® e “sintoma de infecção” configurar-se apenas como foco da assistência de enfermagem; alterou-se a IE “Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção” para “Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção (especificar)”; e alterou-se a IE “Usar técnica calmante” para “Usar Técnica Calmante (especificar)”. Em seguida, procedeu-se com a submissão do instrumento à última fase da validação.

Na segunda fase de validação, em correspondência às solicitações dos experts, foram executados os seguintes ajustes para que o instrumento fosse considerado validado: foram normatizadas as letras maiúsculas e minúsculas nas IEs, de forma que as IEs constantes na CIPE® foram redigidas respeitando a escrita constante na referida terminologia e as IEs não constantes respeitaram a norma ortográfica brasileira vigente para o Português; e foi incluída legenda para as siglas do instrumento.

Os ajustes solicitados, em ambas as fases de validação, de ordem contextual na composição do subconjunto já validado em estudo anterior e que, por este motivo, não foram executados consistiram nas solicitações de inserção de novas IEs aos DEs, nas solicitações de unificação de dois ou mais DEs que não tenham sido resultantes do processo de mapeamento, solicitações de alteração na escrita de DEs/REs e IEs, alteração de verbos de algumas IEs, alteração da escrita de IEs constantes na CIPE® e solicitações de retirada de DEs/REs e/ou IEs do subconjunto. Além disso, a solicitação de remoção dos dados sóciodemográficos raça e naturalidade, por um dos avaliadores, não foi executada devido ao seu reconhecimento dentre os fatores vulnerabilizantes da idosa que precisam ser identificados para o planejamento da assistência de enfermagem.

Após a execução dos ajustes referidos acima, obteve-se o instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids validado, conforme exposto no Apêndice E.

6.4 Operacionalização da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids por meio de estudos de casos clínicos

Tratando-se de amostra não probabilística por conveniência, realizada a partir do recrutamento das mulheres idosas que compareceram à consulta de enfermagem no SAE durante o mês de janeiro de 2022, foram realizados nove estudos de casos clínicos com mulheres idosas que vivem com HIV/aids a partir da operacionalização do subconjunto. A definição de critério de duração da coleta relacionada ao tempo se deu desta maneira em decorrência das limitações impostas pela pandemia do Coronavírus. Houve um encontro presencial com cada idosa, na oportunidade da consulta de enfermagem às quais estas compareceram.

Para obtenção dos dados por meio da implementação dos nove estudos de caso, respeitaram-se sete etapas: definição do tema/problema de pesquisa; definição dos casos; descrição das proposições teóricas; elaboração do protocolo do estudo de caso (instrumento); coleta dos dados por meio do uso de múltiplas fontes

de evidências; análise e interpretação dos resultados, elaboração dos relatórios finais, conforme recomenda Yin (2015).

A faixa etária do grupo variou entre 50 e 65 anos. Dentre as idosas que participaram do estudo, sete tinham idade entre 50 e 60 anos e duas idosas tinham 60 anos ou mais de idade. Quanto ao estado civil, seis idosas são viúvas, uma é divorciada, e duas, solteiras. Quanto ao estado conjugal, sete não vivem em união e duas vivem em união. Um total de quatro idosas moram sozinhas, as outras cinco moram acompanhadas de familiares (filho(a), mãe e/ou companheiro), sendo, uma delas, cuidadora de mãe longeva e nenhuma delas recebe assistência de cuidador formal. Quanto à escolaridade, houve uma predominância de oito idosas que estudaram até o fundamental incompleto, e apenas uma cursou o ensino superior incompleto, portanto todas são alfabetizadas. A fonte de renda prevalente foi aposentadoria/pensão, sendo apenas uma delas trabalhadora autônoma, sem renda formal.

Foram operacionalizados, do subconjunto terminológico, um total de 32 diagnósticos/resultados de enfermagem e 114 intervenções de enfermagem, o que é possível conferir nos Quadros 6 e 7 a seguir.

Quadro 6 – Frequência dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem operacionalizados nos estudos de casos clínicos. João Pessoa, 2022.

Requisitos de autocuidado	DE/RE	FAO
Vulnerabilidade individual		
Requisito de desvio de saúde	4. Baixa autoestima	2
	7. Déficit de autocuidado para tratamento	1
	8. Desempenho Sexual, Prejudicado	7
	9. Efeito colateral da medicação	1
	12. Infecção	2
Requisito de desenvolvimento	17. Aprendizagem sobre saúde prejudicada	1
	21. Déficit de conhecimento em saúde	1
	22. Emoção negativa	4
	23. Medo	1
	25. Qualidade de vida prejudicada	1
	26. Risco de infecção cruzada	1
Requisito universal	28. Adesão ao regime medicamentoso	9
	29. Adesão ao teste diagnóstico	9
	30. Crença espiritual conflituosa	1
	31. Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz	1

Requisitos de autocuidado	DE/RE	FAO
	33. Necessidade de cuidado (especificar)	1
	35. Risco de infecção	3
Vulnerabilidade social		
Requisito de desvio de saúde	1. Angústia moral	1
	2. Estigma	4
	3. Risco de violência	3
Requisito de desenvolvimento	4. Abuso à mulher idosa (especificar)	1
	5. Acesso a conhecimento em saúde prejudicado	1
Requisito universal	6. Apoio familiar ausente	4
	7. Apoio social ineficaz	1
	9. Direitos da idosa prejudicados	2
	10. Diversidade cultural	1
	11. Isolamento social	2
	13. Relacionamento com a comunidade negativo	2
	14. Processo familiar, Prejudicado	2
Vulnerabilidade programática		
Requisito de desvio de saúde	1. Acesso a tratamento prejudicado	1
Requisito universal	2. Direitos do paciente prejudicados	2
	3. Política de saúde parcial	1

Legenda: DE/RE= diagnósticos/resultados de enfermagem; FAO = frequência absoluta de operacionalização.

Quadro 7 - Frequência das intervenções de enfermagem operacionalizadas nos estudos de casos clínicos. João Pessoa, 2022.

Requisitos de autocuidado	IE	FAO
Vulnerabilidade individual		
Requisito de desvio de saúde	11. Encorajar a idosa a identificar e expressar sentimentos	2
	12. Estimular autopercepção comportamental e as suas consequências	2
	13. Estimular a idosa na aceitação tanto dos sentimentos positivos quanto dos negativos	2
	14. Reforçar Capacidades (ou Aptidões)	2
	26. Ensinar sobre medidas de autocuidado para tratamento	1
	27. Estimular a participação da idosa nas atividades de autocuidado, conforme nível de capacidade	1
	28. Incentivar a família e o cuidador para que estimulem o envolvimento da idosa no autocuidado	1
	31. Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios	7

Requisitos de autocuidado	IE	FAO
	32. Esclarecer dúvidas	7
	33. Estimular a atividade sexual de maneira segura	7
	34. Investigar relação entre funcionamento sexual e fatores externos	2
	35. Orientar a idosa sobre o impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na sexualidade	7
	36. Analisar a interferência das doenças crônicas e efeitos dos medicamentos em uso sobre a sexualidade	7
	37. Oferecer apoio psicológico à idosa e seu companheiro	1
	38. Informar sobre os possíveis efeitos colaterais da medicação	1
	40. Estimular verbalização de sinais e sintomas incompatíveis com os esperados	1
	41. Orientar ações não farmacológicas de correção ou minimização das consequências dos efeitos colaterais, tais como estimular dieta rica em fibras e ingestão hídrica, orientar manutenção de ingestão alimentar e medidas de higiene, entre outras	1
	47. Avaliar com a equipe interprofissional se o tratamento proposto segue adequadamente a sua condição para realizá-lo	1
	48. Avaliar Resposta ao Tratamento	1
	49. Estimular a integração da paciente ao tratamento proposto	1
	51. Analisar resultados de exames laboratoriais junto ao sintoma apresentado	2
	52. Discutir em equipe interprofissional evidência de infecção	2
Requisito de desenvolvimento	74. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	1
	75. Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível	1
	77. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	1
	90. Avaliar a capacidade de aprendizado e o conhecimento da cliente	1
	91. Aconselhar a paciente a respeito de vulnerabilidade às doenças	1
	92. Explicar sobre processos de adoecimento e práticas saudáveis à idosa, família e comunidade	1
	93. Instruir sobre sinais e sintomas e procedimentos adequados de cuidado à saúde	1
	94. Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	4
	95. Auxiliar a paciente no reconhecimento de seus sentimentos	4

Requisitos de autocuidado	IE	FAO
	96. Encaminhar a paciente para serviço especializado	4
	97. Encorajar a paciente a verbalizar o medo e preocupação relativa à vulnerabilidade à doença	1
	100. Estabelecer Confiança	1
	101. Dar informações corretas, usando linguagem simples	1
	102. Apoiar enfrentamento do medo	1
	107. Obter Dados sobre Qualidade de Vida	1
	108. Estimular socialização	1
	110. Estimular Papel de Lazer	1
	112. Orientar idosa sobre saúde e bem-estar pelo serviço de educação em saúde	1
	113. Estimular apoio familiar	1
	114. Aplicar medidas de precaução padrão contra infecção	1
	115. Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção	1
	116. Obter dados de conhecimento da idosa, família e cuidador sobre infecção cruzada, bem como da suscetibilidade da idosa à infecção cruzada	1
	117. Orientar família, idosa e cuidador sobre prevenção de infecção cruzada	1
Requisito universal	124. Orientar sobre Regime Terapêutico	9
	125. Elogiar cumprimento do regime medicamentoso	9
	126. Aconselhar manutenção da adesão à terapia	9
	129. Promover atmosfera favorável à manutenção da adesão no serviço de promoção da saúde	9
	130. Estimular continuidade da adesão a um regime de teste diagnóstico, independente da condição de saúde identificada	9
	131. Garantir (ou Assegurar) o acesso ao teste diagnóstico na Unidade de Atenção à Saúde	9
	132. Ouvir necessidades espirituais da idosa	1
	133. Investigar o desejo de prática espiritual acessível	1
	134. Estimular posicionamento espiritual	1
	135. Observar se há prática de saúde sendo executada em conflito com a religiosidade da cliente	1
	138. Proporcionar informações de prevenção de doenças, tratamento e promoção de bem-estar pelo serviço de educação em saúde	1
	139. Empoderar idosa para sua necessidade de cuidado	1
	142. Obter dados sobre Disposição (ou Prontidão) da idosa para desempenhar atividades de cuidado (especificar)	1

Requisitos de autocuidado	IE	FAO
	143. Colaborar com os cuidados (especificar) à idosa	1
	148. Diminuir contato da idosa com fontes de infecção	3
	149. Monitorar sinais e sintomas de infecção	3
	150. Orientar quanto à adoção de medidas de prevenção contra infecção	3
	152. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	3
Vulnerabilidade social		
Requisito de desvio de saúde	1. Proporcionar atmosfera que facilite a confiança da idosa e da família	1
	2. Usar abordagem calma e segura	1
	3. Estimular pensamentos positivos	1
	5. Respeitar princípios e valores morais da idosa	1
	6. Auxiliar psicologicamente para que a idosa possa progredir no enfrentamento do estigma	4
	9. Apoiar o enfrentamento da discriminação por idade e gênero	4
	10. Estimular atmosfera social de aceitação dos fatores distintivos por meio da educação em saúde	4
	12. Obter dados sobre o risco de violência física, emocional, financeira e sexual	3
	13. Estimular verbalização de sofrimento de ações violentas	3
Requisito de desenvolvimento	15. Verificar se a paciente idosa apresenta sinais de abuso físico e/ou emocional	1
	16. Notificar abuso junto às autoridades competentes	1
	17. Investigar suporte familiar e social	1
	19. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	1
	20. Oferecer informações compatíveis com a situação e necessidades da paciente	1
	21. Utilizar linguagem simples e clara	1
	22. Assegurar que informações coerentes estejam sendo oferecidas por vários membros da equipe de cuidados de saúde	1
Requisito universal	23. Obter dados sobre processo familiar	4
	24. Promover Processo Familiar, Eficaz	1
	25. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	1
	26. Facilitar participação da família no planejamento do cuidado	4
	27. Encaminhar para Assistente Social	4
	28. Explicar Direitos do Paciente	1
	29. Prover (proporcionar, fornecer) apoio social	1
	30. Encorajar a participação em atividades sociais e	1

Requisitos de autocuidado	IE	FAO
	comunitárias	
	35. Explicar direitos do paciente à idosa, família e comunidade	2
	36. Estimular processo comunitário eficaz	2
	37. Intermediação Cultural	1
	38. Proteger Crenças Culturais	1
	40. Avaliar aceitação do plano de cuidados	1
	41. Encorajar a socialização pela participação em atividades sociais	2
	43. Estabelecer Confiança	2
	44. Orientar a idosa, família e comunidade sobre sua condição de saúde	2
	45. Motivar a autopercepção	2
	46. Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Emocional	2
	50. Obter dados sobre os fatores comprometedores do estabelecimento de relações sociais	2
	51. Discutir as limitações do apoio social com a paciente	2
	52. Orientar sobre Comunicação, Efetiva	2
	53. Estimular papel comunitário	2
	54. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos familiares	2
	55. Orientar sobre processo familiar eficaz	2
	56. Estimular comunicação familiar eficaz	2
Vulnerabilidade programática		
Requisito de desvio de saúde	1. Facilitar acesso a tratamento	1
	2. Discutir com equipe interprofissional sobre disponibilidade de medicamentos em pontos descentralizados	1
	3. Orientar sobre medicação	1
Requisito universal	5. Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito	2
	6. Garantir privacidade e confidencialidade	2
	7. Explicar Direitos do Paciente	2
	8. Garantir direitos da paciente nos serviços de saúde	2
	9. Criar uma atmosfera de aceitação isenta de juízos	2
	10. Liderar reflexões acerca das especificidades não contempladas pelas políticas de saúde	1
	11. Trabalhar em rede no apoio às necessidades de população alvo	1

Legenda: IE= intervenções de enfermagem; FAO = frequência absoluta de operacionalização.

Observou-se que a operacionalização com maior frequência foi a dos diagnósticos/resultados de enfermagem positivos, tal fato pode ter relação com o ambiente da execução da coleta de dados, pois o ambulatório do serviço de atenção especializada reúne um perfil de mulheres idosas que vivem com HIV/aids e mantêm assiduidade junto ao serviço de saúde, boa adesão ao regime terapêutico e a testes diagnósticos, favorecendo condutas de manutenção dos cuidados e reforço de aptidões.

Nos relatórios individuais dos estudos de casos, estão apontados os indicadores empíricos das definições operacionais identificados em cada caso clínico que tenham norteado a escolha/eleição dos diagnósticos/resultados de enfermagem bem como das intervenções operacionalizadas por terem sido consideradas úteis frente às necessidades apresentadas pelas idosas, família e coletividade, consolidando os planos de cuidados individualizados.

Tais estudos de casos clínicos expressam evidências de utilidade dos enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem que compõem o Subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, conforme se exemplifica a seguir em mapas conceituais e em resumo detalhado do caso 01, bem como é possível conferir dentre os Apêndices H ao O os demais estudos de casos e seus esquemas gráficos.

Caso 01

C.F.S., 54 anos, sexo/gênero feminino, natural do município de João Pessoa – PB, estado civil: divorciada, estado conjugal: não vive em união, evangélica, com ensino fundamental incompleto; autônoma (vendedora de cosméticos por catálogo), renda familiar irregular, mora sozinha, possui dois filhos vivos. Compareceu sem acompanhante à consulta de enfermagem no SAE por agendamento, previamente à consulta médica no mesmo serviço. Refere se beneficiar com todos os serviços especializados da Unidade de saúde de referência em doenças infectoparasitárias na qual se encontrava, onde, inclusive, recebeu seu diagnóstico de soropositividade para o HIV há mais de 7 anos. Comorbidades: doença renal crônica (DRC), hepatopatia a/e, glaucoma e Diabetes mellitus tipo II. Nega tabagismo e/ou alcoolismo. Refere boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) prescrita e cuidados regulares com a alimentação. Consciente, orientada, comunicando-se verbalmente de forma eficaz, cooperativa, corada, hidratada, eupneica, afebril, apetite preservado, independente para as atividades de vida diária e instrumentais, abdome distendido, queixando-se de pirose e dor em hipocôndrio direito após ingestão medicamentosa diária. Refere abstenção sexual e interações social e familiar prejudicadas, apresentando uma preocupação especial em relação a um irmão e sua esposa no tocante a sofrer ameaças frequentes por parte destes contra o direito ao sigilo diagnóstico da idosa. Apresenta autoestima satisfatória. Foram identificados, no caso 01, um total de 14 diagnósticos/resultados de enfermagem, e traçadas suas intervenções, conforme expõem as Figuras 11, 12 e 13.

Figura 11 – Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 01 – Parte I. João Pessoa, 2022.

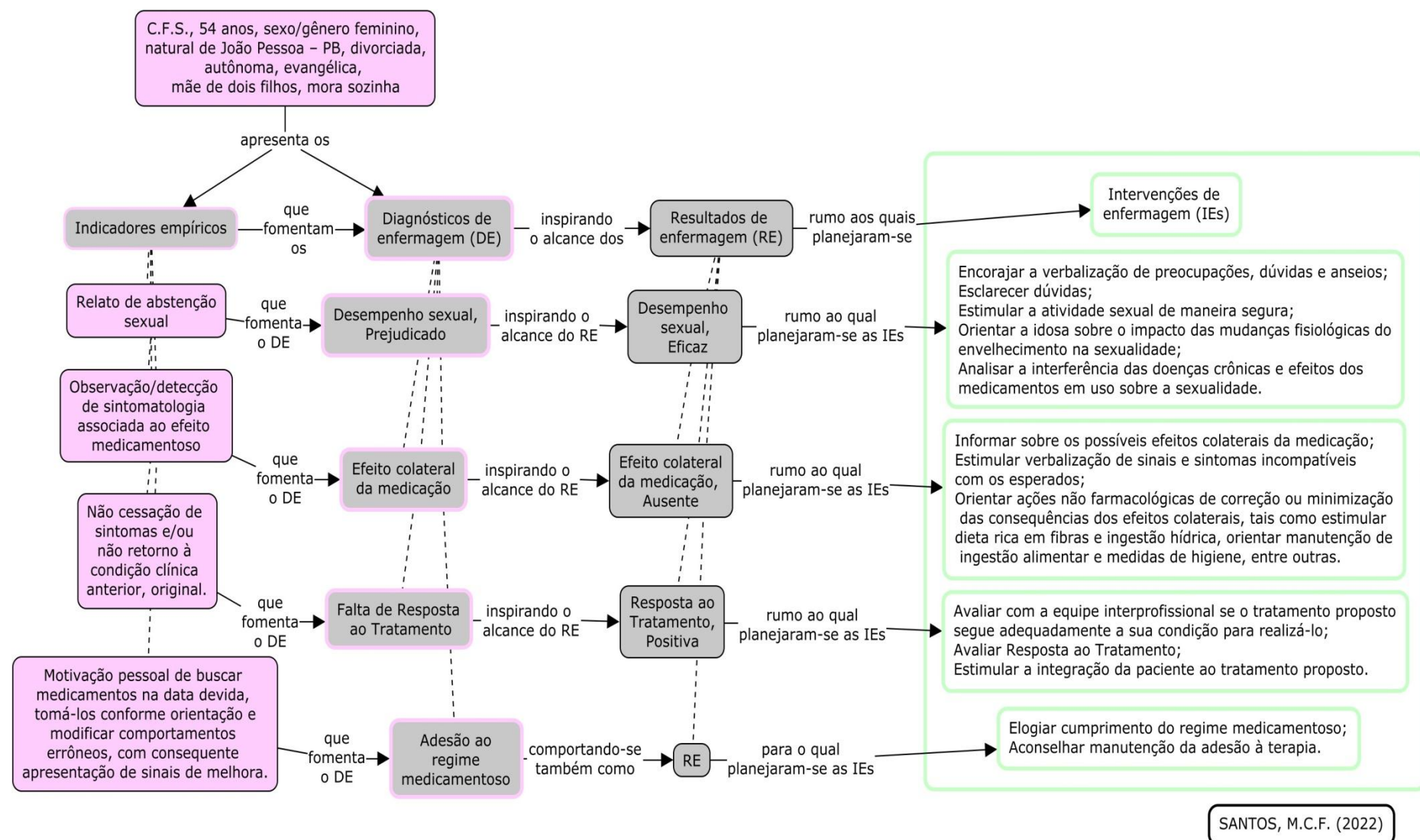


Figura 12 - Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 01 – Parte II. João Pessoa, 2022.

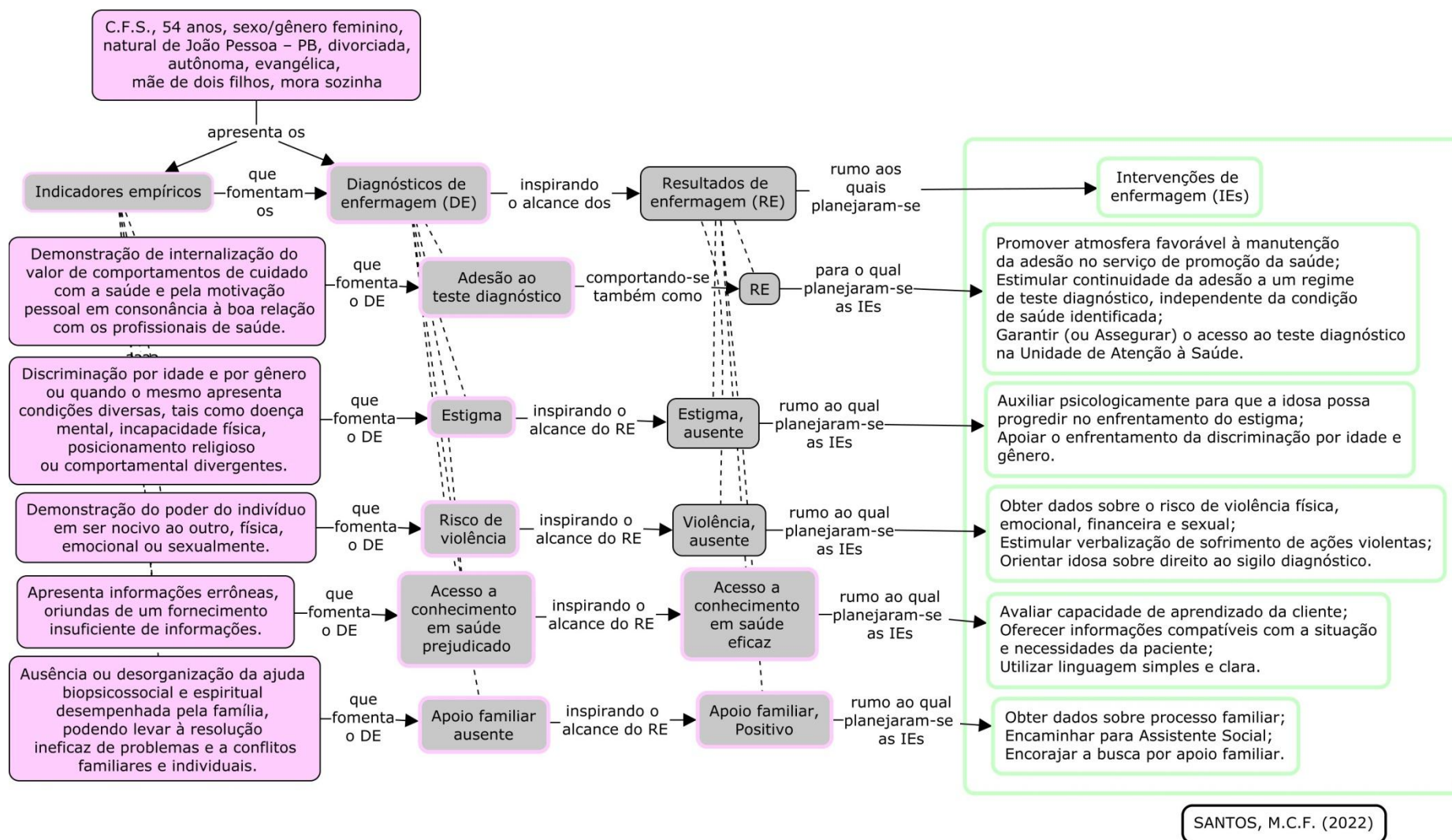
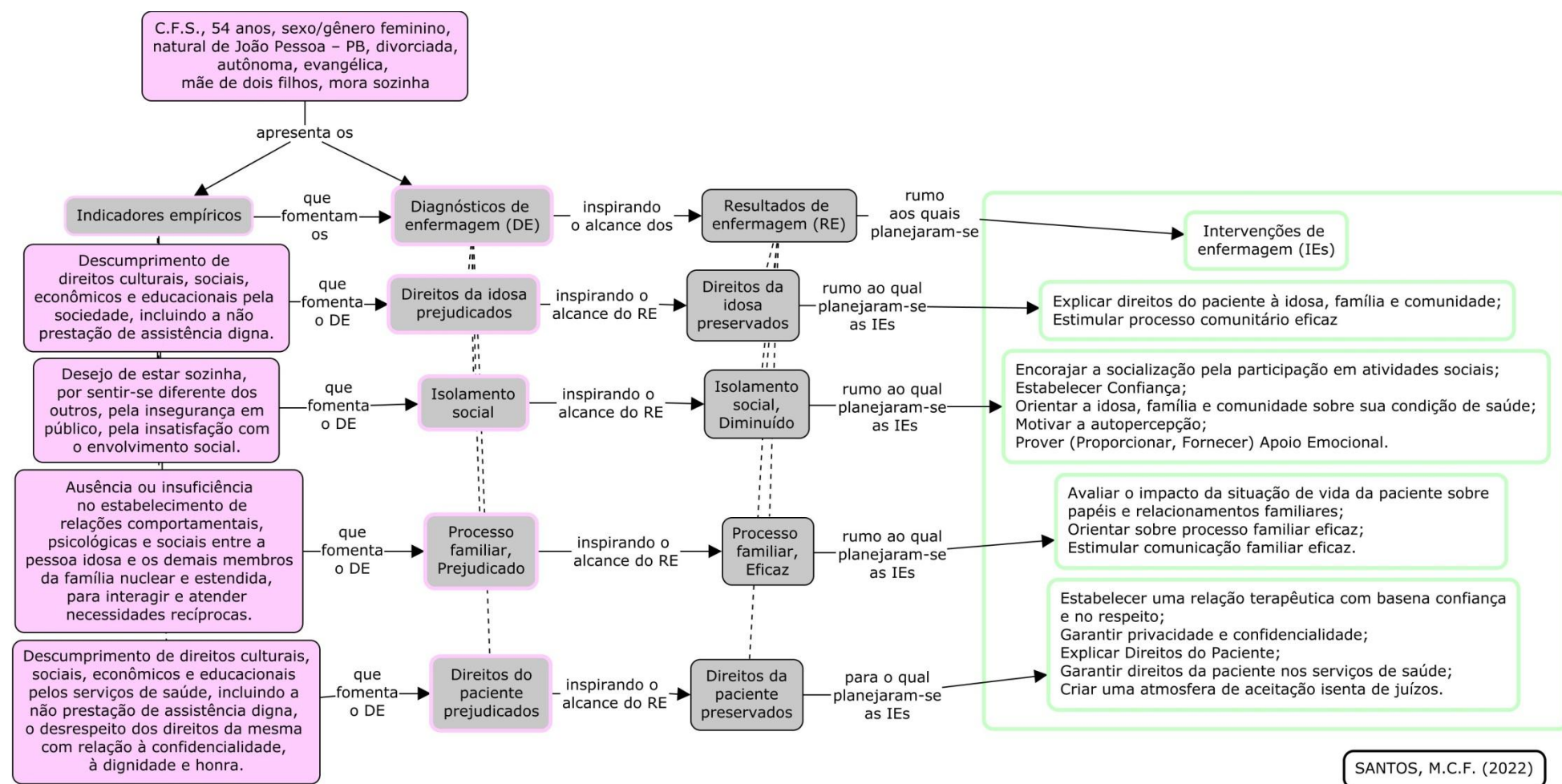


Figura 13 - Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 01 – Parte III. João Pessoa, 2022.



Boa parte dos diagnósticos elencados nos estudos refletem condições positivas, evidenciando-se, portanto a importância de que faça parte do processo de promoção do cuidado, na atuação do enfermeiro, um planejamento que elenque resultados esperados de reforço e manutenção da condição de saúde, assim como tracem intervenções de enfermagem nesse intuito.

Muito cabe refletir sobre o resultado de enfermagem “estigma, ausente” traçado como alvo de algumas intervenções em alguns estudos de casos, pois o mesmo não consta dentre os conceitos pré-coordenados da CIPE® e sobre o mesmo se pensa que não é possível melhorar, ou reduzir o grau danoso de um fenômeno que só em existir já é ruim, logo, não seria viável traçar como RE algo do tipo “estigma, melhorado”, “estigma, reduzido”.

Quanto ao diagnóstico “Direitos da idosa prejudicados”, que tem como indicador clínico o “Descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna”, teve sua utilidade no estudo de caso 01 associada ao descumprimento de tais direitos pela sociedade, e não pelos serviços de saúde, o que talvez justifique uma alteração do indicador clínico a posteriori.

Nos REs “Direitos da idosa preservados” e “Direitos do paciente preservados”, ambos não constantes na CIPE®, destaca-se o fato de que o termo utilizado no julgamento também não consta na terminologia, mas foi adotado devido à necessidade de planejamento de cuidados, pois, em tal eixo da referida nomenclatura, não se dispõe de termo de cunho garantidor, somente termos relacionados a estados/condições, motivando a escolha de um termo para julgamento não contemplado na terminologia.

Sintetizando a evidência disponível a partir da reunião de todos os estudos de casos, foram operacionalizados 32 diagnósticos de enfermagem, em uma média de três DEs por mulher idosa. Este quantitativo identificado nos nove estudos de caso corresponde a, aproximadamente, 61% dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids. Verificou-se que houve repetição de alguns diagnósticos de enfermagem positivos em todos os casos realizados, sendo os diagnósticos “Adesão ao regime medicamentoso” e “Adesão ao teste diagnóstico”

unânicos em operacionalização de 100% dos casos. Além disso, para cada conceito diagnóstico operacionalizado, foi traçado um resultado de enfermagem esperado não constante no subconjunto terminológico, conforme pode ser visto nos mapas conceituais expostos entre os Apêndices H ao O.

Mesmo em oportunidade de apenas uma consulta com cada mulher idosa, foi possível planejar e implementar 117 intervenções de enfermagem de acordo com as demandas sinalizadas pelos DEs identificados, em uma média de, aproximadamente, 12 intervenções por mulher idosa, para os 32 conceitos diagnósticos de enfermagem pré-combinados, das quais 114 fazem parte do Subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, o que corresponde a, aproximadamente, 51% das intervenções de enfermagem desse subconjunto, e outras três IEs que não fazem parte do subconjunto mas se fizeram essenciais na assistência especializada, sendo elas: Obter Dados sobre Capacidade para Preparar Alimentos, Estimular capacidade para Transferir-se, por si próprio; e Orientar sobre Técnica de Transferência, implementadas no estudo de caso 04.

Por fim, unificaram-se os estudos de caso para a elaboração de um único caso representativo da avaliação de aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico em questão, conforme se segue.

Caso síntese

Mulher idosa, 55 anos, gênero feminino, estado civil: viúva, estado conjugal: não vive em união, evangélica, alfabetizada, estudou até o ensino fundamental incompleto, aposentada/pensionista, renda familiar regular, mora acompanhada de familiares (filho(a), mãe e/ou companheiro), possui dois filhos vivos. Compareceu sem acompanhante à consulta de enfermagem no SAE por agendamento, previamente à consulta médica a ser realizada no mesmo serviço. Refere ter recebido seu diagnóstico de soropositividade para o HIV há, aproximadamente, 10 anos. Comorbidades: Doença Renal Crônica (DRC), Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo II. Nega tabagismo e/ou alcoolismo. Refere boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) prescrita e cuidados regulares com a alimentação. Consciente, orientada, comunicando-se verbalmente de forma eficaz, cooperativa, corada, hidratada, eupneica, afebril, apetite preservado, independente para as atividades de vida diária e instrumentais, com queixas fisiopatológicas de diarreia,

infecção de vias aéreas superiores persistente em tratamento. Refere prejuízo e/ou abstenção na atividade sexual, relacionamento negativo com a comunidade, problemas com o estigma e preconceito sofrido em algumas situações, especialmente no tocante às questões de gênero, idade e soropositividade, inclusive em agências bancárias, configurando situações de violência, interações social e familiar prejudicadas, com consequente isolamento social frequente. Refere autoestima satisfatória. Foram identificados um total de 32 diagnósticos/resultados de enfermagem, para os quais foram traçadas 117 intervenções.

6.5 Teoria de enfermagem para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids - TENFAIVHI

6.5.1 Contextualização teórica

O uso de teorias/modelos de enfermagem oferece estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem (McEWEN; WILLS, 2009) e possibilita a diferenciação entre o enfermeiro e as demais categorias da Enfermagem, proporcionando visibilidade ao processo de trabalho e autonomia na prestação do cuidado, em que a elaboração intelectual do processo de trabalho ganha espaço e reflexões cada vez mais importantes, com vistas à necessidade de alcançar o status de ciência para a Enfermagem (BRAGA; SILVA, 2011; SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Uma teoria é composta por elementos, sendo eles conceitos, pressupostos e proposições. Os conceitos consistem na estrutura interna da teoria, podem ser primitivos ou derivados e são descritos a partir de sua clareza, definição conceitual, propriedade observável e seus limites. Os pressupostos são afirmações/suposições base para determinar o ponto de vista do teórico, não são testáveis pela mesma teoria, mas levam a um conjunto de proposições a serem testadas. Já as proposições são afirmações descritivas das propriedades e dimensões de um conceito, podem ser declarações de ligação/conexão entre dois conceitos e fornecem à teoria a capacidade de descrição, explicação ou previsão (MELEIS, 2012).

A Teoria de enfermagem para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, abreviada, pela autora, por meio da sigla TENFAIVHI, trata-se de uma Teoria de Médio Alcance (TMA), do tipo descritiva, oriunda de uma abordagem do tipo Teoria-Pesquisa-Teoria, em que há uma modificação e aperfeiçoamento (especificação) de um modelo conceitual/grande teoria com base na pesquisa científica e na prática clínica, culminando em uma nova teoria por meio da estratégia de dedução por substrução da teoria do autocuidado de Dorothea Orem, em que uma teoria derivou de outra teoria, sendo estas do mesmo campo do conhecimento, porém partindo de uma maior abstração para um contexto teórico mais concreto, assim como da estratégia de indução pela pesquisa e pela prática, em que dados da pesquisa científica e da experiência em prática clínica com mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids subsidiaram a origem de novos conceitos teóricos.

A produção de teorias de enfermagem de médio alcance configura-se como uma possível estratégia de redução do distanciamento entre teoria, pesquisa e prática de enfermagem. As teorias de médio alcance possuem menor grau de abstração e se inserem no caminho intermediário entre as grandes teorias e as teorias práticas, de forma que aproximam o enfermeiro à compreensão de suas ações às perspectivas filosóficas da disciplina (BRANDÃO et al., 2017).

A TENFAIVHI tem seus principais dados oriundos de uma tese de Doutorado em Enfermagem, da Universidade Federal da Paraíba, Brasil, embora venha sendo desenvolvida de forma despretensiosa desde o curso de Mestrado da teórica. Ela teve suas primeiras características reconhecidas a partir do desenvolvimento e disseminação de um Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, que correlacionava o contexto de vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids à teoria geral do autocuidado, quando, repetidamente a cada apresentação do mesmo em grupos de estudos e ambientes acadêmicos, questionavam-na sobre tratar-se de uma teoria de médio alcance em desenvolvimento inicial, até que a mesma se alertou para tal feito.

Inclusive, já se discute na literatura o fato de existir potencial para o desenvolvimento teórico a partir do raciocínio indutivo de estudos estruturados em fase de doutoramento, alguns já possuindo a sua estrutura compatível com teorias

de médio alcance, mas não sendo reconhecidas e divulgadas com tal denominação por seus autores (BRANDÃO et al., 2017; ALLIGOOD, 2013).

Destaca-se, ainda, que esta teoria deriva de um processo inter-relacionado entre resultados de estudos de casos, revisão integrativa da literatura e análise de conceito. Contemplaram-se os aspectos contextuais contemporâneos do desenvolvimento conceitual, a fim de dar enfoque ao momento histórico e epidemiológico, bem como às influências socioculturais e institucionais.

Considerando que o contexto histórico da epidemia de HIV/aids na população idosa é caracterizado por uma transição de cenário epidemiológico ocorrida ao longo dos anos, faz-se necessário reconhecer os fatores envolvidos na ascensão da incidência de acometimento da população acima dos 60 anos como não tem acontecido em nenhuma outra faixa etária (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2020).

Ao passo em que se observa o comportamento epidemiológico do HIV/aids nessa transição, tem-se um contexto sócio-político brasileiro de planejamento do enfrentamento da feminização da epidemia em evolução, que, na teoria, propõe-se a contemplar os diversos contextos de vulnerabilidades das mulheres ao vírus e à doença em ações práticas e concretas no tocante à prevenção e/ou tratamento (PIRES; MEYER, 2019).

Nessa perspectiva, foram lançados planos estratégicos e políticas de enfrentamento que mencionam as questões de gênero como foco central da atenção necessária às especificidades da população feminina, mas que também alerta para a responsabilização social e programática envolvida na prevenção e controle da epidemia, que vai além da esfera pessoal e do setor da saúde, envolvendo uma intersectorialidade imprescindível (PIRES; MEYER, 2019).

Reforçando a invisibilidade na qual a mulher de faixa etária avançada é inserida atualmente no tocante à sexualidade e vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids e outras IST's, tais políticas, mesmo que "bem intencionadas", ainda fortalecem os cenários excludentes da idosa em específico, quer seja quando as reconhece enquanto grupo vulnerável, mas não as inclui em planejamento de ações, quer seja quando erotizam medidas de prevenção, como é feito com a recomendação do uso do preservativo a população jovem e/ou a profissionais do sexo (PIRES; MEYER, 2019; BRASIL, 2009).

Ademais, o olhar sociopolítico atual de que necessita esta população inclui ainda a compreensão de promoção da saúde e prevenção de agravos relacionados a desfechos negativos para a mulher idosa que já convive com a infecção, como o surgimento de incapacidades, desenvolvimento de comorbidades, de coinfeções que as insiram no contexto da síndrome propriamente dita e até de evolução para o óbito.

A conjuntura política, cultural e social que deriva de momentos históricos pregressos e tem se fortalecido nos anos mais recentes do desenvolvimento desta teoria evidencia predominância da visão patriarcal em uma sociedade que concentra o poder decisório dentro das relações familiares sobre as mãos da figura masculina, e, quando fora do contexto familiar, há uma culpabilização da figura feminina solteira e/ou viúva pela preservação da sua sexualidade em qualquer faixa etária, mas ainda maior nas faixas etárias mais avançadas.

Situações que interferem no poder social feminino parecem ter sido enfrentadas com ainda mais dedicação com o passar dos anos, pois estar no papel de mulher em envelhecimento posiciona esta em desfavor frente a seus objetivos que sejam compatíveis com a vivência de uma sexualidade saudável e autônoma. Embates mais frequentes e profundos no tocante a direitos e conquistas passaram a requerer maior empenho crítico e reflexivo no momento histórico atual.

Em decorrência de tais lacunas e das necessidades dessa população específica, a TENFAIVHI organiza, descreve e esquematiza os fatores e fenômenos relevantes por meio dos seus conceitos, proposições, pressupostos e modelagem teórica, correlacionando o referencial teórico primário às estratégias de desenvolvimento estrutural e contextual do conceito central de interesse, produzindo um corpo de conhecimento dissertado e ilustrado que fomentem o olhar crítico profissional da Enfermagem brasileira e mundial.

6.5.2 Finalidade teórica

As finalidades da TMA consistem em:

- Descrever e explicar o cuidado de enfermagem e saúde à mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids e os principais fatores relacionados com o

fenômeno central de interesse teórico – vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids e o seu autocuidado;

- Prescrever o cuidado de enfermagem e saúde na transformação da prática clínica frente ao autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids bem como às demandas de autocuidado da mesma.

6.5.3 Definição dos conceitos

6.5.3.1 Metaparadigma

A TENFAIVHI foi desenvolvida por meio da conceitualização relacionada à pesquisa científica e à prática de enfermagem que compõe os elementos desta prática constantes no Subconjunto terminológico da CIPE® para a clientela de interesse teórico, sendo estes conceitos operacionalizados em cenário prático por meio da implementação de estudos de caso. Neste sentido, enfatiza-se a relevância de associação entre o contexto teórico-prático de médio alcance e a sistematização da assistência de enfermagem.

A base conceitual da TENFAIVHI se estruturou pela influência supracitada, mas também pela dedução do trabalho teórico da Dorothea Orem (2006) acerca do autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem, além de sofrer influência do quadro conceitual de vulnerabilidade apresentado por Ayres (2009).

O caminho teórico desenvolvido ainda contemplou os conceitos do metaparadigma da Enfermagem descrito por Janet Wagner (1986) - a pessoa, a saúde, a Enfermagem e o ambiente. Neste estudo, estes conceitos se adequam ao contexto específico da clientela e se definem de tal forma:

Pessoa - refere-se à mulher idosa vulnerável a eventos indesejáveis relacionados ao HIV/aids mediante exposição a fatores de natureza individual, social e/ou programática geradores da vulnerabilidade;

Meio ambiente - refere-se aos espaços físicos e sociais nos quais a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids executa, com ou sem auxílio profissional, o autocuidado;

Saúde - refere-se ao alcance do autocuidado por meio da redução ou eliminação dos fatores de vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids nas dimensões individual, social e/ou programática;

Enfermagem - refere-se ao cuidado prestado pelo enfermeiro e/ou equipe de enfermagem, incluindo a própria execução das ações de autocuidado no lugar da mulher idosa quando esta estiver incapacitada para tal, ou ações para que a mulher idosa execute por si mesma o autocuidado com relação à convivência com o HIV/aids.

6.5.3.2 O conceito de “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids”

A partir da análise conceitual somada ao conhecimento teórico prévio da autora no tocante ao quadro conceitual de vulnerabilidade apresentado por Ayres, que permitiu o entendimento inicial da correlação entre mulher idosa e contexto epidemiológico atual da convivência com a infecção e doença, a *vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids* foi definida como condição/estado de suscetibilidade feminina senescente, de diferentes graus e naturezas, à infecção, adoecimento e/ou morte pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e/ou ao acometimento pela síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) sobre a qual exercem influência direta os fatores relacionados à idade e ao gênero, sendo estes de ordem individual, social e/ou programática e, por esta razão, deve dispor de multidisciplinaridade para o seu enfrentamento adequado e eficaz.

6.5.3.3 Pressupostos e proposições teóricas

Os subsídios filosóficos de Dorothea Orem indicam a valorização da capacidade dos indivíduos para cuidar de si e dos outros, sendo necessária a intervenção dos profissionais de saúde apenas quando surgem déficits de autocuidado reais ou potenciais. Além disso, Orem espera que as pessoas sejam

responsáveis por si mesmas e por procurar ajuda quando não for possível manter o autocuidado terapêutico ou o cuidado de dependentes (FAWCETT, 2005).

Considerando que o desenvolvimento teórico de médio alcance de caráter dedutivo deriva de um modelo conceitual amplo e de suas proposições e pressupostos, relacionando conceitos de interesse, os pressupostos estruturados neste estudo estão expostos no Quadro 8 em paralelo às afirmativas norteadoras, o que favorece, inclusive, a testagem da TMA desenvolvida (BRANDÃO et al., 2017).

Quadro 8 – Pressupostos da TENFAIVHI oriundos da dedução por substrução da teoria geral do autocuidado de Orem. João Pessoa, 2022.

Pressupostos da teoria geral do autocuidado de Orem	Pressupostos da TENFAIVHI provenientes da estratégia dedutiva por substrução
1. Todas as coisas são iguais, os seres humanos têm o potencial para desenvolver habilidades intelectuais e práticas e manter a motivação essencial para o autocuidado e cuidado de familiares dependentes.	As mulheres idosas, como seres humanos em atividade, continuam tendo o potencial para desenvolver habilidades intelectuais e práticas e não são menos capazes de manter a motivação essencial para o autocuidado em situação de vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.
2. Maneiras de satisfazer requisitos de autocuidado são elementos de cultura e variam com indivíduos e grupos sociais maiores.	As maneiras das mulheres idosas satisfazerem seus próprios requisitos de autocuidado frente a infecção pelo HIV e frente à aids são marcadas por elementos culturais e variam de forma individual por influência social, determinando fatores de vulnerabilidade nesta dimensão.
3. Engajamento no autocuidado requer capacidade de autogerir-se dentro de um ambiente estável ou em mudanças.	O engajamento da mulher idosa no autocuidado requer capacidade de autogerir-se nas condições de mudança da fase de vida, bem como enquanto membro de relacionamentos estáveis, condicionada a adotar práticas sexuais comumente desprotegidas em detrimento da estabilidade do seu quadro de saúde, bem como das suas relações interpessoais.
4. A qualidade e integridade do autocuidado e do cuidado de dependentes familiares e da comunidade repousam sobre a cultura, incluindo realizações científicas de grupos sociais e da educabilidade dos membros do grupo.	Alcança-se uma qualidade e integridade ideal do autocuidado nos âmbitos de pessoa, família e comunidade quando há marcas intervencionistas educacionais sobre a cultura de grupos populacionais, sem excluir, nem marginalizar grupos específicos como o da população mais velha na realidade da vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.
5. Envolvimento em autocuidado e	O envolvimento da mulher idosa no seu

Pressupostos da teoria geral do autocuidado de Orem	Pressupostos da TENFAIVHI provenientes da estratégia dedutiva por substrução
no cuidado de dependentes é afetado, como é o envolvimento em todas as formas de atuação prática, por limitações das pessoas em saber o que fazer em condições e circunstâncias existentes ou como fazê-lo.	autocuidado necessário à prevenção da infecção pelo HIV/aids pode ser afetado quando a mesma possui limitações quanto ao que deve fazer e/ou como deve proceder em circunstâncias reais de vulnerabilidade à infecção/doença.
6. Sociedades fornecem ajuda para o estado humano de dependência social, ao instituir formas e meios para ajudar às pessoas de acordo com a natureza e as razões para a sua dependência.	O estado da mulher idosa de dependência social (supondo-se que é a partir de quando o indivíduo não depende somente de si mesmo) deve receber apoio da sociedade de acordo com a natureza e as razões da sua necessidade, de modo a reduzir os fatores determinantes da vulnerabilidade social ao HIV/aids.
7. Em situações de institucionalização, operações diretas de ajuda de membros de grupos sociais tornam-se os meios para ajudar às pessoas em estados de dependência social.	Em situação de institucionalização, as ações dos membros do grupo social consistem nas possibilidades de apoio que as mulheres idosas dispõem para reduzir sua vulnerabilidade social ao HIV/aids e auxiliar no seu autocuidado.
8. As operações diretas de ajuda de membros de grupos sociais podem ser classificadas naquelas associadas com estados de dependência relacionados à idade, e naquelas que não são associadas.	As dependências sociais da mulher idosa podem ter suas etiologias atreladas ao fator idade e suas consequências fisiológicas, bem como ao fator gênero de posicionamento social numa relação de poder.
9. Serviços diretos de ajuda instituídos em grupos sociais para fornecer assistência às pessoas, independentemente da idade, devem ser incluídos nos serviços de saúde.	A visão não estigmatizante de ajudar grupos sociais, independente do fator determinante para as dependências deles, deve fazer parte da filosofia e prática dos serviços de saúde.
10. A Enfermagem consiste em esforços práticos de enfermeiros envolvidos por algum período de tempo para os indivíduos em localizações, tempo ou lugar, sempre que as suas limitações de ação para o engajamento no autocuidado ou de cuidados de dependentes sejam relacionadas com a saúde ou derivados.	A Enfermagem, frente à realidade de vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids, e incorporando-se de seu dever enquanto membro do serviço de saúde, deve centrar-se na união de esforços práticos em prol das limitações de ação que esta população tenha para o engajamento no autocuidado, seja relacionada com a prevenção de infecção, seja no enfrentamento da doença ou, no âmbito educativo, para adoção de práticas saudáveis.

Por meio da estratégia indutiva, os pressupostos que estruturam o raciocínio clínico referente à necessidade de autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids emergem da prática de operacionalização do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids e configuram expressões da experiência científica e prática, devendo ser testados ao longo dos estudos científicos vindouros. São eles os expostos no Quadro 9.

Quadro 9 - Pressupostos da TENFAIVHI oriundos da indução pela prática e pela pesquisa. João Pessoa, 2022.

Pressupostos da TENFAIVHI provenientes da estratégia indutiva
A vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids não está obrigatoriamente relacionada ao acometimento da mesma pelo vírus HIV nem pela doença propriamente dita – aids – e sim à condições de suscetibilidade diversas vinculadas à estes, podendo esta, inclusive, estar clinicamente saudável.
Os principais fatores de vulnerabilidade individual da mulher idosa relacionada ao HIV/aids são: baixa escolaridade, ideias de grupos de risco, não adesão ao uso do preservativo, precária valorização da prevenção, não percepção de vulnerabilidade, confiança na fidelidade do parceiro, concepção de idoso assexuado, desinformação sobre formas de infecção, relação de gênero e poder, estigmatização da sexualidade na terceira idade, reprodução de preconceitos e estereótipos nos serviços de saúde, ausência de campanhas específicas, não abordagem do tema sexualidade com população idosa.
Os fatores de vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids podem ser classificados em mais de uma modalidade da vulnerabilidade, tendo em vista que elas não são isoladas e se relacionam.
A identificação de um único fator de vulnerabilidade enquanto indicador de necessidade de cuidado é capaz de inserir a mulher idosa em condição de vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.
A atuação do enfermeiro sobre os fatores de vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids constitui imprescindível meio de intervenção capaz de solucionar ou enfrentar déficits de autocuidado.
Em torno do sistema apoio-educação, estão um quantitativo expressivo de ações de enfermagem necessárias para intervir sobre fatores de vulnerabilidade individual, o que rompe com a lógica da responsabilização exclusiva da mulher idosa por sua vulnerabilidade relacionada à infecção/doença.
Por meio do fornecimento de informação e de instrução pelo enfermeiro é possível gerar mudanças de comportamento no indivíduo, na direção da adoção de boas práticas em saúde.
A vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids é condição transitória sensível ao cuidado de enfermagem e saúde por meio do processo de enfermagem em suas etapas de investigação/histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, intervenções de enfermagem e avaliação na promoção do autocuidado.

Se os cuidados de enfermagem forem implementados diante da multidisciplinaridade que o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids demanda, haverá redução desta vulnerabilidade a curto, médio e longo prazos.

Para a redução da vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids é indispensável a implementação da assistência de enfermagem subsidiada pela TENFAIVHI.

A análise de conceito consistiu em uma das estratégias metodológicas fomentadoras da descrição dos conceitos e proposições relacionados à vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids. Considerando que proposições consistem em afirmações caracterizadoras de um conceito, podendo descrevê-lo, explicá-lo ou prevê-lo (MELEIS, 2012), o Quadro 10 expõe os conceitos e as proposições relacionadas a eles adaptadas da teoria geral do autocuidado de Orem ao contexto de interesse da TENFAIVHI por meio da estratégia dedutiva.

Quadro 10 – Conceitos e proposições teóricas da TENFAIVHI deduzidas a partir da teoria geral do autocuidado de Orem para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids. João Pessoa, 2022.

Conceitos	Proposições
Capacidade de autocuidado	Desenvolvimento, operabilidade e adequação relacionados aos tipos de ações que podem ser realizadas pela mulher idosa, aos tipos de ações que elas realizam consciente e efetivamente, e à relação entre as ações que podem realizar e as que são requeridas.
Ações de autocuidado	Condutas aprendidas e executadas para o autocuidado da mulher idosa. Expressam, também, a decisão da execução de atividades.
Demanda de autocuidado terapêutico	Necessidades que correspondem aos requisitos de autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.
Déficit de autocuidado	Resultado negativo da relação entre a demanda de ações e a capacidade da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids para executar o autocuidado terapêutico.
Capacitação em enfermagem para o autocuidado	Formação do enfermeiro para desenvolver habilidades especializadas em ajudar a superar deficiências e incapacidades na execução do autocuidado pela mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids
Requisitos de autocuidado universais	Ações que se associam à manutenção e funcionalidade da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, envolvendo os requisitos de nutrição, respiração, eliminação, bem-estar, interação social, prevenção de perigos e promoção

Conceitos	Proposições
	de saúde social e humana.
Requisitos de autocuidado de desenvolvimento	Ações que necessitam dos requisitos universais para alcançar o desenvolvimento ideal, ao enfrentar situações novas.
Requisitos de autocuidado de desvio de saúde	Referem-se às escolhas diante de um problema de saúde, para recuperar a saúde, reabilitar a mulher idosa ou controlar o problema, sendo direcionadas às enfermidades, defeitos e incapacidades, envolvendo os requisitos de garantir ajuda médica, tomar ciência de efeitos e resultados, realizar prevenção, recuperação e controle, conhecer, observar e regular efeitos colaterais, enquadrar-se em formas específicas de atendimento demandadas, aceitar-se e adaptar-se, e superar adversidades para alcançar desenvolvimento.

As proposições teóricas representam aquilo que uma teoria conclui sobre o fenômeno central de interesse da mesma (LEANDRO et al., 2020). Na estratégia de indução teórica para o desenvolvimento de uma TMA, os dados são provenientes da pesquisa e/ou da prática (BRANDÃO et al., 2017), sendo neste estudo favorecida pela operacionalização do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids por meio da estruturação e validação de um instrumento norteador da prática sistematizada. Assim, emergiram as proposições teóricas relacionais da TENFAIVHI expostas no Quadro 11.

Quadro 11 – Proposições relacionais da TENFAIVHI. João Pessoa, 2022.

Proposições relacionais da TENFAIVHI
Os diagnósticos de enfermagem comportam-se como déficits de autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.
Os déficits de autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids requerem planejamento de intervenções de enfermagem respaldadas pela teoria dos sistemas de enfermagem.
Os sistemas de enfermagem constituem uma ferramenta para a prestação do cuidado sistematizado à clientela de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.
Os diagnósticos de enfermagem sinalizam demandas de autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.
As demandas de autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids implicam em requisitos de autocuidado.
Os requisitos de autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids fazem alusão às atividades necessárias dirigidas à provisão do cuidado e são divididas entre universais, referindo-se às ações que se associam à manutenção e funcionalidade do indivíduo; de desenvolvimento, referindo-se às ações necessárias mediante situações novas (de mudança); e de desvio de saúde,

Proposições relacionais da TENFAIVHI
referindo-se às escolhas diante de um problema de saúde, para recuperar a saúde, reabilitar o indivíduo ou controlar o problema
Os atributos, antecedentes e consequentes da vulnerabilidade (individual, social e programática) da mulher idosa relacionada ao HIV/aids podem levar à déficits de autocuidado, necessitando da capacidade de enfermagem para implementar ações dentre os requisitos de autocuidado por meio dos sistemas de enfermagem totalmente compensatórios, parcialmente compensatórios e/ou apoio-educação.

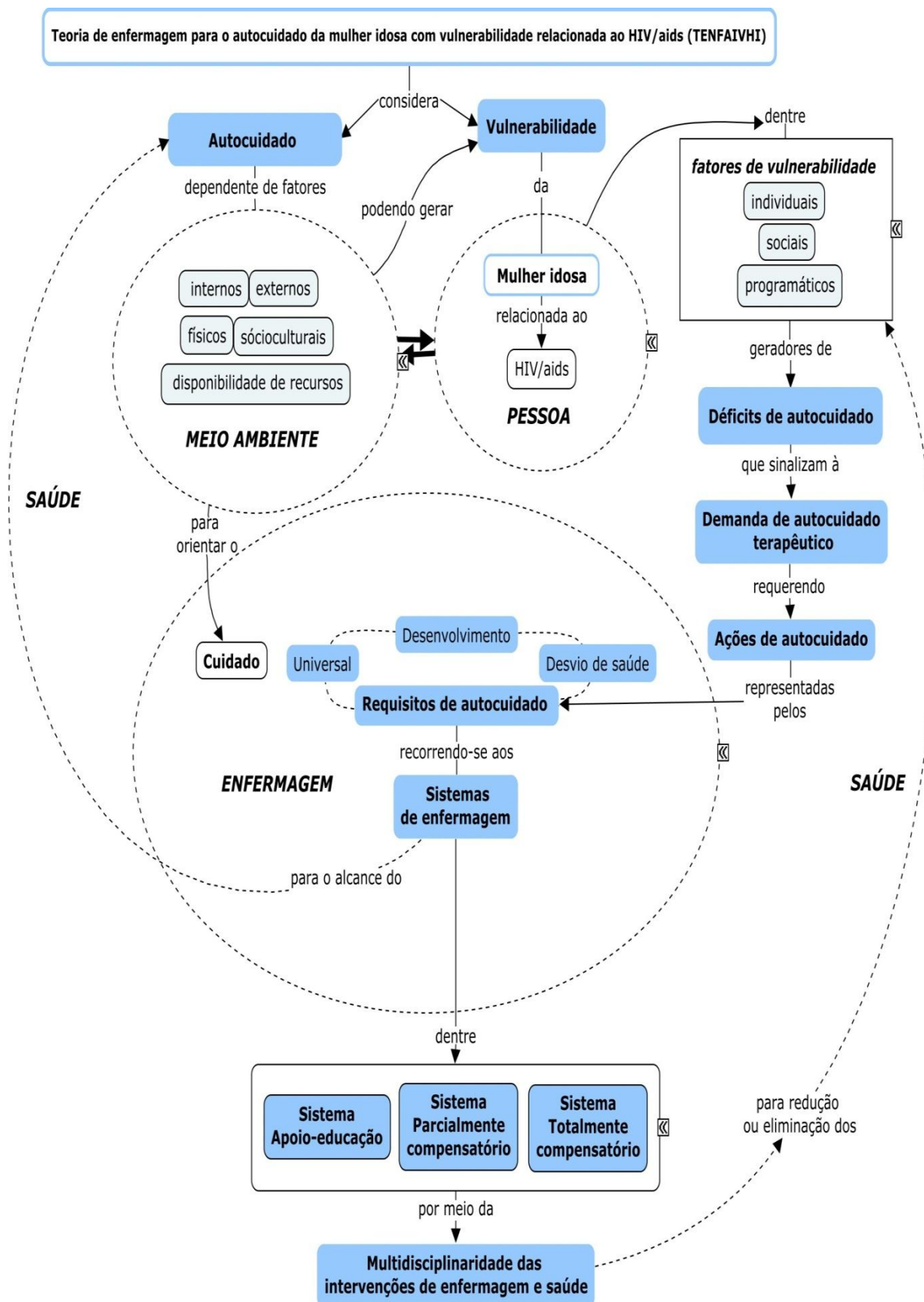
6.5.4 Modelagem da teoria

Um diagrama ou quadro-síntese de uma teoria de médio alcance consiste em um elemento importante de organização crítica das informações e do raciocínio do teórico, que permite a compreensão prática ao enfermeiro sobre as relações entre os principais conceitos da teoria (LEANDRO et al., 2020).

Os vínculos conceituais de uma teoria, expostos por meio de diagramação, fazem parte dos elementos básicos necessários numa estruturação teórica, além dos conceitos principais e das proposições, assim faz parte dos três elementos estruturais minimamente recomendados a serem apresentados em uma TMA (LEANDRO et al., 2020).

A diagramação conceitual da TENFAIVHI considera os conceitos do metaparadigma da Enfermagem adaptado ao contexto teórico, os conceitos centrais desta teoria, um deles com seus antecedentes, atributos e consequentes, correlacionados aos principais conceitos provenientes da estratégia dedutiva de desenvolvimento da TMA, conforme expõe a Figura 14.

Figura 14 – Modelagem da Teoria de enfermagem para o autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids (TENFAIVHI). João Pessoa, 2022.



6.5.5 Limitações da TENFAIVHI

A TENFAIVHI possui a limitação, embora momentânea, de não apresentar elementos testados, conforme recomenda a literatura da área, entretanto retrata contextos derivativos por indução e dedução, logo, é oriunda da prática, mas necessita de implementação prática de seus elementos a fim de ter suas proposições, conceitos e pressupostos testados.

6.5.6 Diferencial teórico e orientações de aplicabilidade da TENFAIVHI na pesquisa e na prática

A TENFAIVHI vislumbra a contemplação de especificidades de uma clientela que reúne características próprias e diferenciadas de vulnerabilização relacionada ao HIV/aids, pois embora a literatura disponível sobre vulnerabilidade e autocuidado seja vasta, a escassez de produções acerca do autocuidado desta população vulnerável é uma realidade. Em concomitância a isto, tem-se o quadro epidemiológico da epidemia do HIV/aids mantendo a mulher idosa dentre os grupos expressivamente acometidos quando comparado com a sua historicidade. Acredita-se que este venha a ser o diferencial da TENFAIVHI dentre o universo teórico de médio alcance.

Tem-se, ainda, a necessidade de testagem teórica da TENFAIVHI e de seus elementos (pressupostos, proposições, conceitos, etc.), para o que se recomenda que sejam desenvolvidos estudos práticos no intuito de articular questões de pesquisa relacionadas à teoria, bem como estudos críticos (LIEHR; SMITH, 2017). Uma das formas vislumbradas para tal seria por meio da identificação na prática do conceito central a partir de seus antecedentes e atributos enquanto indicadores de necessidades de cuidado inerentes ao acompanhamento clínico da clientela.

Testar teorias de médio alcance permite o fortalecimento da construção do conhecimento (LIEHR; SMITH, 2017) e, quando oportuno, devem ter seus resultados amplamente divulgados e encorajados pela comunidade acadêmica e científica da Enfermagem.

Assim, quanto à TENFAIVHI, recomenda-se a sua aplicabilidade por meio do instrumento de operacionalização do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, o qual foi reestruturado com base nos conceitos da TENFAIVHI a partir do arcabouço teórico que norteou o desenvolvimento da mesma e reflete uma ferramenta de aplicabilidade teórico-prática do cuidado sistematizado de enfermagem ao autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.

Ao utilizar o supracitado instrumento, em sua versão reestruturada, o enfermeiro estará contribuindo com o teste da TENFAIVHI, somando esforços no subsídio teórico da prática de enfermagem no autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids. Logo, recomenda-se a sua utilização pelos serviços de referência na assistência especializada, mas também acreditando no potencial de aplicação do mesmo nos diversos pontos da rede de atenção à saúde de pessoas com HIV/aids. O Quadro 12 a seguir expõe a referida reestruturação.

Quadro 12 – Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids reestruturado a partir dos conceitos da TENFAIVHI. João Pessoa, 2022.

Instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids de acordo com a TENFAIVHI

Dados sóciodemográficos		
Nome:		Idade: Data de nascimento:
Nome social:		Renda familiar:
Filhos: () sim () não. Quantos:	Prontuário:	Estado conjugal: () vive em união () casamento civil e/ou religioso () união consensual () não vive em união
Com quem reside?		Estado civil: () solteira () casada () divorciada/desquitada ou separada judicialmente () viúva
Local de moradia:		Raça:
Necessita de cuidador? () sim () não. Quem é o principal cuidador?		
Religião/Espiritualidade:		Ocupação:
Escolaridade:		Naturalidade:
Sexo:		Gênero:
Informações adicionais:		

Preencha um X no campo ☐ quando o elemento da prática clínica (diagnóstico/resultado ou intervenção de enfermagem) e/ou indicador clínico correspondente for reconhecido no caso clínico em estudo. Tal marcação representará a operacionalização/aplicabilidade clínica do elemento e/ou indicador clínico.

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado de desvio de saúde da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	1. Abuso de álcool (ou alcoolismo) – Excesso de consumo de bebidas alcoólicas, caracterizado por comportamentos sugestivos de embriaguez ou abstinência, e/ou relato de uso por parte da paciente ou de familiares.	1. Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool (especificar)	AE
		2. Estimular estratégias de redução gradual do consumo de álcool (especificar)	
		3. Aconselhar adesão à terapia de grupo de apoio	
		4. Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	TC
	2. Atitude em relação à condição de saúde negativa – Atitude de negação ou dificuldade de enfrentamento da condição de saúde, caracterizada pela demonstração de sentimentos de culpa pela condição de saúde e/ou de recusa do quadro clínico.	5. Obter Dados sobre Aceitação da Condição de Saúde	PC
		6. Fornecer esclarecimentos sobre o contexto de vulnerabilidade	AE
	3. Atitude em relação ao tratamento, Conflituosa – Atitude de oposição em relação à terapia adotada, caracterizada pela demonstração de intenção negativa em relação ao cumprimento do tratamento	7. Obter Dados sobre Atitude em Relação ao Regime Terapêutico	PC
		8. Estimular atitude positiva por meio da ênfase na melhoria da condição de saúde	AE
		9. Apoiar gerenciamento do plano terapêutico, com	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	por meio de gesto ou postura.	orientações sobre a terapia estabelecida	
		10. Fornecer informações acerca da importância em aderir à terapia prescrita	
	4. Baixa Autoestima – Avaliação, opinião, ou sentimentos negativos sobre si mesma e sobre seus valores e capacidades, caracterizados por verbalização de crenças negativas sobre si mesma, de falta de confiança em si mesma e de imagens negativas, com dificuldade para aceitação de elogios, de encorajamento e de críticas construtivas.	11. Encorajar a idosa a identificar e expressar sentimentos	PC
		12. Estimular autopercepção comportamental e as suas consequências	AE
		13. Estimular a idosa na aceitação tanto dos sentimentos positivos quanto dos negativos	
		14. Reforçar Capacidades (ou Aptidões)	TC
		15. Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	
	5. Comportamento, Violento – Comportamento agressivo, em que são tomadas ações inapropriadas e injustificadas de força e poder, ou culturalmente proibidas, com o propósito de lesar ou causar dano, maltratar ou atacar, caracterizado por ataque violento, abusivo e ilegal a outro, de forma psicológica, física	16. Usar abordagem calma e segura	TC
		17. Respeitar princípios e valores da idosa	
		18. Demonstrar compreensão da condição psicológica e de saúde da idosa	
		19. Estimular autopercepção	AE
		20. Estimular verbalização de sofrimento	
		21. Relatar Condição a Membro da Família	TC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	ou financeira, com padrão de comportamento antissocial e violento, inclusive indiretamente.	22. Requerer apoio psicossocial	
	6. Déficit de autocuidado para prevenção – Capacidade prejudicada para executar as atividades de prevenção, podendo ser caracterizada pela não preocupação com a prevenção ou pela ausência de conhecimento sobre tal necessidade, fazendo com que o profissional de saúde tenha o papel de fornecer informação.	23. Fornecer informações sobre medidas de autocuidado para prevenção	AE
		24. Orientar quanto aos riscos referentes a não adoção de medidas preventivas	
		25. Estimular compreensão sobre contextos de vulnerabilidade a partir do uso de exemplos	
	7. Déficit de autocuidado para tratamento – Capacidade prejudicada para manter-se operacional para executar as atividades de tratamento, caracterizada pela necessidade de realização das atividades terapêuticas por parte dos profissionais de saúde ou de um cuidador instruído.	26. Ensinar sobre medidas de autocuidado para tratamento	AE
		27. Estimular a participação da idosa nas atividades de autocuidado, conforme nível de capacidade	
		28. Incentivar a família e o cuidador para que estimulem o envolvimento da idosa no autocuidado	
		29. Assistência no autocuidado: oferecer medicamento, quando necessário	TC
		30. Assistência no autocuidado: instruir o cuidador	AE

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
		para a oferta de medicamento, quando necessário.	
	8. Desempenho Sexual, Prejudicado – Processo ineficaz da atividade sexual entre duas pessoas com finalidade de excitação mútua e orgasmo, devido a ausência ou diminuição na capacidade para participar da relação sexual, caracterizada por relato de abstenção, expressão de preocupação quanto à própria sexualidade e/ou relato de dificuldade na atividade sexual.	31. Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios	AE
		32. Esclarecer dúvidas	
		33. Estimular a atividade sexual de maneira segura	
		34. Investigar relação entre funcionamento sexual e fatores externos	PC
		35. Orientar a idosa sobre o impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na sexualidade	AE
		36. Analisar a interferência das doenças crônicas e efeitos dos medicamentos em uso sobre a sexualidade	TC
		37. Oferecer apoio psicológico à idosa e seu companheiro	
	9. Efeito colateral da medicação – Evento/fenômeno fisiológico de resposta corporal à medicação que resulta do uso intencional das preparações	38. Informar sobre os possíveis efeitos colaterais da medicação	AE
		39. Gerenciar Efeito Colateral da Medicação	PC
		40. Estimular verbalização de sinais e sintomas	AE

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	farmacêuticas, caracterizado pela observação/detecção de sintomatologia acompanhante àquela primária desejada.	incompatíveis com os esperados 41. Orientar ações não farmacológicas de correção ou minimização das consequências dos efeitos colaterais, tais como estimular dieta rica em fibras e ingestão hídrica, orientar manutenção de ingestão alimentar e medidas de higiene, entre outras	
	10. Enfrentamento ineficaz – Incapacidade de gerenciar o estresse, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis, caracterizadas por comportamento destrutivo em relação a si mesmo, habilidades insuficientes para a resolução de problemas e incapacidade de lidar com a situação.	42. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos	PC
		43. Colaborar na identificação das possíveis consequências de cada escolha	
		44. Instruir quanto à disponibilidade de recursos para enfrentamento de problemas por meio de material de aprendizagem 45. Oferecer informações sobre diagnóstico, prevenção da doença e transmissão do vírus à idosa, família e cuidador	AE
	11. Falta de Resposta ao Tratamento – Reação	46. Orientar a respeito da necessidade de adesão ao tratamento	AE

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	física não correspondente ao esperado quando em uso de medicamentos e adotando medidas terapêuticas específicas, caracterizada por não cessação de sintomas e/ou não retorno à condição clínica anterior, original.	47. Avaliar com a equipe interprofissional se o tratamento proposto segue adequadamente a sua condição para realizá-lo	TC
		48. Avaliar Resposta ao Tratamento	
		49. Estimular a integração da paciente ao tratamento proposto	AE
	12. Infecção – Evidência subjetiva e/ou clínica e laboratorial de alteração fisiológica, revelada pelo paciente, que sugere a existência de infecção, caracterizado por observação clínica e/ou queixa de mudanças nas sensações, funções ou aparência corporal, indicando existência de processo infeccioso.	50. Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção	PC
		51. Analisar resultados de exames laboratoriais junto ao sintoma apresentado	TC
		52. Discutir em equipe interprofissional evidência de infecção	
	13. Não adesão ao regime medicamentoso – Comportamento da pessoa idosa que não coincide com o plano terapêutico acordado entre ela e o	53. Avaliar fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico	PC
		54. Identificar a condição social da paciente para adaptar orientação ao seu nível de cognição	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	profissional de saúde, caracterizado pelo comportamento total ou parcialmente não aderente que leva a resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos.	55. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
		56. Promover Adesão à Medicação	
		57. Promover adequação do regime terapêutico à rotina diária da idosa	PC
		58. Estimular participação da família na orientação e administração de medicamentos	AE
	14. Não Adesão ao Regime de Teste Diagnóstico – Comportamento do indivíduo que não coincide com o plano de promoção da saúde acordado entre ele e o profissional de saúde, caracterizado pelo comportamento total ou parcialmente não aderente que leva a resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos.	59. Identificar fatores que dificultam a adesão ao teste diagnóstico	PC
		60. Fornecer informações sobre as consequências de não diagnosticar	AE
		61. Orientar Família sobre Teste Diagnóstico	
	15. Regime medicamentoso interrompido – Regime de medicações prescritas interrompido, caracterizado	62. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
		63. Informar à paciente as consequências de não	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	por não cooperação da paciente na duração, dosagem e/ou frequência do uso dos remédios, e por ineficácia do regime terapêutico iniciado.	tomar ou interromper o medicamento	
		64. Registrar interrupção do regime medicamentoso	TC
		65. Estimular adesão ao regime medicamentoso	AE
		66. Ensinar à paciente o método de administração do medicamento, quando necessário	
		67. Colaborar com Cuidador no Manejo (Controle) do Regime Medicamentoso	PC
		68. Analisar grau de eficácia do regime terapêutico por meio de exames laboratoriais (investigação de TCD4 e carga viral)	TC
Requisitos de autocuidado de desenvolvimento da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao	16. Aprendizagem sobre prevenção prejudicada – Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou habilidade relacionada à prevenção de doenças, caracterizadas pela não adoção de medidas preventivas, devido à falta de conhecimento, instrução, orientação e/ou de experiência.	69. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	PC
		70. Facilitar a aprendizagem sobre prevenção pelo uso de linguagem acessível	AE
		71. Promover aprendizagem sobre prevenção por meio de material instrucional	
		72. Demonstrar técnica de redução de risco de infecção por DST (colocada e retirada de preservativo masculino e feminino)	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
HIV/aids		73. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	17. Aprendizagem sobre saúde prejudicada – Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou competências relacionadas à saúde, caracterizadas pelo não alcance de resultados positivos à saúde, devido à falta de instrução, orientação, prática e experiência, de modo que não há mudanças no comportamento de saúde.	74. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	PC
		75. Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível	AE
		76. Promover aprendizagem sobre saúde por meio de folhetos informativos, campanhas educativas e materiais ilustrativos	
		77. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	18. Aprendizagem sobre tratamento prejudicada – Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou competências relacionadas ao tratamento, caracterizadas pela não efetivação das medidas de tratamento devido à falta de instrução, orientação, prática e de experiência, de modo que não há mudanças consideráveis no estado de saúde.	78. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	PC
		79. Promover aprendizagem sobre tratamento por meio de material educativo	AE
		80. Facilitar a aprendizagem sobre tratamento pelo uso de linguagem acessível	
		81. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	19. Autonomia para tomada de decisão ausente	82. Apoiar Processo de Tomada de Decisão	AE

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	(especificar) – Ausência do direito da cliente ser independente ou autodirecionada, especialmente em relação à tomada de decisões, caracterizada pela impossibilidade de decidir sobre o que lhe convém ou não.	83. Estimular posicionamento individual quanto às escolhas	
		84. Instruir sobre as consequências das possíveis decisões	
		85. Empoderar a idosa para tomar decisões quanto à sua saúde	TC
	20. Comportamento sexual, Prejudicado – Capacidade prejudicada para modificar comportamentos sexuais que comprometem o estado de saúde, caracterizada por atitude negativa e falta de conhecimento para prevenir problemas de saúde.	86. Orientar a idosa sobre práticas sexuais de baixo risco	AE
		87. Encorajar a idosa à avaliação do seu comportamento sexual	PC
		88. Investigar presença de fatores contribuintes	
		89. Compartilhar conhecimento sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	AE
	21. Déficit de conhecimento em saúde – Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada à saúde, práticas saudáveis, sinais e sintomas de doenças e/ou serviços de saúde disponíveis, podendo ser caracterizadas pela apresentação de informações	90. Avaliar a capacidade de aprendizado e o conhecimento da cliente	AE
		91. Aconselhar a paciente a respeito de vulnerabilidade às doenças	
		92. Explicar sobre processos de adoecimento e práticas saudáveis à idosa, família e comunidade	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações, com interesse insuficiente em aprender, comportamentos	93. Instruir sobre sinais e sintomas e procedimentos adequados de cuidado à saúde	
	22. Emoção, Negativa – Sentimentos conscientes ou subconscientes, dolorosos fisicamente ou psicologicamente, que podem aumentar com estresse ou doença, ou se desenvolver a partir destes, caracterizados pela expressão ou percepção de sentimentos negativos.	94. Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	AE
		95. Auxiliar a paciente no reconhecimento de seus sentimentos	PC
		96. Encaminhar a paciente para serviço especializado	TC
		97. Encorajar a paciente a verbalizar o medo e preocupação relativa à vulnerabilidade à doença	AE
		98. Implementar Cuidados de Conforto	TC
		99. Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	
		100. Estabelecer Confiança	PC
		101. Dar informações corretas, usando linguagem simples	AE
	23. Medo – Sentimentos negativos frente a ameaça percebida e conscientemente reconhecida como perigo devido a alguma causa, acompanhada, às vezes, de luta psicológica ou resposta de fuga, caracterizados pela preocupação excessiva com determinado fato ou com determinada possibilidade, que pode desaparecer com o fim da situação ameaçadora.	102. Apoiar enfrentamento do medo	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	24. Medo da morte – Sensação desagradável de ameaça real ou imaginária, de reconhecimento do perigo, de preocupação ou de angústia relacionada à cessação da vida, caracterizado por tensão aumentada, comportamentos de ataque ou de isolamento, foco direcionado sempre para a fonte do medo, podendo causar comprometimento biopsicossocial.	103. Facilitar Capacidade para Falar sobre o Processo de Morrer	PC
		104. Facilitar a obtenção de apoio espiritual	TC
		105. Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	
		106. Usar Técnica Calmante	
	25. Qualidade de vida prejudicada – Estado ou condição que reflete uma insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos da idosa, de forma a apresentar comprometimento biopsicossocial, caracterizados por insuficiente acesso à educação e à informação e/ou inserção social negativa.	107. Obter Dados sobre Qualidade de Vida	PC
		108. Estimular socialização	AE
		109. Terapia do Humor (ou do Riso)	TC
		110. Estimular Papel de Lazer	AE
		111. Promover Terapia Recreacional	TC
		112. Orientar idosa sobre saúde e bem-estar pelo serviço de educação em saúde	AE
		113. Estimular apoio familiar	
	26. Risco de infecção cruzada – Possibilidade de	114. Aplicar medidas de precaução padrão contra infecção	TC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	novo processo patológico por invasão do corpo por microrganismos patogênicos que originam doenças associadas a infecções primárias, caracterizada por sintomatologia clínica de infecção, tal como febre e secreções purulentas associadas à infecção anterior.	115. Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção	PC
		116. Obter dados de conhecimento da idosa, família e cuidador sobre infecção cruzada, bem como da suscetibilidade da idosa à infecção cruzada	
		117. Orientar família, idosa e cuidador sobre prevenção de infecção cruzada	AE
	27. Sufrimento – Sentimento negativo, caracterizado por prolongamento da tristeza e/ou angústia, associado ao martírio e à necessidade de tolerar sintomas físicos crônicos, estresse psicológico crônico, má reputação ou injustiça.	118. Minimizar sofrimento	TC
		119. Discutir sobre experiências emocionais com a paciente	PC
		120. Apoiar Processo de Tomada de Decisão	AE
		121. Promover Capacidade para Socializar-se	PC
		122. Promover Esperança	
		123. Encaminhar para terapias	TC
Requisitos de autocuidado universais da mulher idosa com	28. Adesão ao regime medicamentoso – Ação iniciada pela própria pessoa para promover recuperação seguindo as orientações sem se desviar, aderindo a um quadro de comportamentos em concordância com o regime terapêutico, caracterizada	124. Orientar sobre Regime Terapêutico	AE
		125. Elogiar cumprimento do regime medicamentoso	AE
		126. Aconselhar manutenção da adesão à terapia	AE
		127. Monitorar Adesão à Medicação	TC
		128. Analisar evolução de sinais e sintomas de	PC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	pela motivação pessoal de buscar medicamentos na data devida, tomá-los conforme orientação e modificar comportamentos errôneos, com consequente apresentação de sinais de melhora.	melhora	
	29. Adesão ao teste diagnóstico – Aceitação pela própria pessoa para prevenção e promoção do bem-estar, estando devotada a um plano de diagnóstico, caracterizada pela demonstração de internalização do valor de comportamentos de cuidado com a saúde e pela motivação pessoal em consonância à boa relação com os profissionais de saúde.	129. Promover atmosfera favorável à manutenção da adesão no serviço de promoção da saúde	TC
		130. Estimular continuidade da adesão a um regime de teste diagnóstico, independente da condição de saúde identificada	AE
		131. Garantir (ou Assegurar) o acesso ao teste diagnóstico na Unidade de Atenção à Saúde	TC
	30. Crença espiritual, conflituosa – Convicção pessoal prejudicada em relação a um poder maior que si mesmo, capaz de invadir, integrar e transcender a natureza biológica e psicossocial do indivíduo, caracterizada pela indisposição deste em manter e/ou abandonar ações influenciadas pelos princípios espirituais de vida.	132. Ouvir necessidades espirituais da idosa	PC
		133. Investigar o desejo de prática espiritual acessível	TC
		134. Estimular posicionamento espiritual	AE
		135. Observar se há prática de saúde sendo executada em conflito com a religiosidade da cliente	TC
		136. Promover espaço e tempo apropriado à prática	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
		espiritual e religiosa, quando for possível	
	31. Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz – Diminuição da capacidade de proporcionar cuidados à própria saúde, incluindo identificação, prevenção de doenças, promoção de bem-estar e tratamento da saúde, quando necessário, caracterizado por atender às próprias necessidades de saúde.	137. Instruir idosa para cuidar (ou tomar conta) da saúde por meio de material de aprendizagem	AE
		138. Proporcionar informações de prevenção de doenças, tratamento e promoção de bem-estar pelo serviço de educação em saúde	
		139. Empoderar idosa para sua necessidade de cuidado	AE
	32. Identidade de gênero ineficaz – Ideias, sentimentos e atitudes negativas sobre o sentido pessoal interiorizado de masculinidade ou feminilidade, caracterizada por confusão em relação a valores ideológicos, descrição de si mesmo por ideias inapropriadas, sensação de estranhamento, e sentimentos oscilantes sobre seu gênero.	140. Estimular percepção de identidade pessoal relacionada ao gênero	AE
		141. Incentivar a idosa à verbalização de ideias e valores condizentes com sua identidade de gênero	
	33. Necessidade de cuidado (especificar) – Condição de demanda de ações básicas ou menos	142. Obter dados sobre Disposição (ou Prontidão) da idosa para desempenhar atividades de cuidado (especificar)	PC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	prioritárias, cujo desempenho normal leve à satisfação biopsicossocial, caracterizada pela evidência de impossibilidade de deixar de agir em benefício do indivíduo.	143. Colaborar com os cuidados (especificar) à idosa	
		144. Motivar família e/ou cuidador a identificar a necessidade de cuidado (especificar) da idosa	AE
	34. Papel de prevenção ineficaz – Ausência de adoção de padrões de comportamentos para evitar o acometimento por doenças, de modo que não atende a um conjunto de expectativas, normas e padrões de prevenção em saúde, caracterizada por relato ou identificação de não desempenho das responsabilidades com medidas preventivas de acordo com normas.	145. Encorajar papel de prevenção à infecção	AE
		146. Aconselhar prática sexual segura (risco de contrair DST e HIV/aids)	AE
		147. Orientar sobre padrões de prevenção	
	35. Risco de infecção – Vulnerabilidade à invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se multiplicam, podendo comprometer a saúde, caracterizada pelos fatores de risco, tais como evidência de contato com fontes de infecção,	148. Diminuir contato da idosa com fontes de infecção	PC
		149. Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção	TC
		150. Orientar quanto à adoção de medidas de prevenção contra infecção	AE
		151. Orientar Família sobre Prevenção de Infecção	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica.	152. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	PC
VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
Requisitos de autocuidado de desvio de saúde da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	1. Angústia moral – Sentimento negativo definido por conflito de decisões não físicas nem materiais em relação a funções que são previstas para o indivíduo, caracterizado por expressão de tristeza e aflição relacionadas a princípios e valores diante de normas instituídas.	1. Proporcionar atmosfera que facilite a confiança da idosa e da família	TC
		2. Usar abordagem calma e segura	
		3. Estimular pensamentos positivos	AE
		4. Incentivar participação em grupo de apoio	
		5. Respeitar princípios e valores morais da idosa	TC
	2. Estigma – Crença prejudicada em relação ao outro, devido a um fator distintivo entre os sujeitos, sendo caracterizada pelo acesso desigual à participação social ou a oportunidade, pela prática de associar descrédito, vergonha a outro, discriminação por idade e por gênero ou quando o mesmo	6. Auxiliar psicologicamente para que a idosa possa progredir no enfrentamento do estigma	PC
		7. Orientar Comunidade sobre Doença	AE
		8. Minimizar estigma inserindo a sociedade no processo de enfrentamento	TC
		9. Apoiar o enfrentamento da discriminação por idade e gênero	AE

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	apresenta condições diversas, tais como doença mental, incapacidade física, posicionamento religioso ou comportamental divergentes.	10. Estimular atmosfera social de aceitação dos fatores distintivos por meio da educação em saúde	
	3. Risco de violência – Vulnerabilidade a comportamentos de outrem, caracterizada pela demonstração do poder do indivíduo em ser nocivo ao outro, física, emocional ou sexualmente.	11. Orientar familiares da idosa sobre prevenção de violência	AE
		12. Obter dados sobre o risco de violência física, emocional, financeira e sexual	PC
		13. Estimular verbalização de sofrimento de ações violentas	AE
		14. Notificar situação de risco social	TC
Requisitos de autocuidado de desenvolvimento da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	4. Abuso à mulher idosa (especificar) – Comportamento agressivo ou violento direcionado à mulher idosa, caracterizado por maus tratos, exploração ou abandono de ordem emocional, financeira, nutricional, sexual ou físico, comumente oriundos de alguém da confiança da pessoa idosa, como membro da família ou funcionários de instituição.	15. Verificar se a paciente idosa apresenta sinais de abuso físico e/ou emocional	TC
		16. Notificar abuso junto às autoridades competentes	
		17. Investigar suporte familiar e social	
		18. Participar da rotina de cuidados da idosa junto ao seu cuidador principal	PC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	5. Acesso a conhecimento em saúde prejudicado – Reduzido acesso a informação pela pessoa idosa, fazendo com que ela tenha dificuldade em utilizar a consciência sobre problemas comuns de saúde, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, caracterizado pela incapacidade em reconhecer práticas/comportamentos de risco para a infecção, sinais e sintomas de doenças, apresentando informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações.	19. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	PC
		20. Oferecer informações compatíveis com a situação e necessidades da paciente	AE
		21. Utilizar linguagem simples e clara	
		22. Assegurar que informações coerentes estejam sendo oferecidas por vários membros da equipe de cuidados de saúde	
Requisitos de autocuidado universais da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	6. Apoio familiar ausente – Falha de sistemas de suporte na família para que a pessoa idosa possa progredir e evitar que falhe com relação aos cuidados de saúde e enfrentamento de doenças, caracterizada por ausência ou desorganização da ajuda biopsicossocial e espiritual desempenhada pela família, podendo levar à resolução ineficaz de problemas e a conflitos familiares e individuais.	23. Obter Dados sobre Processo Familiar	PC
		24. Promover Processo Familiar, Eficaz	AE
		25. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	
		26. Facilitar participação da família no planejamento do cuidado	
		27. Encaminhar para Assistente Social	TC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	7. Apoio social ineficaz – Falha de sistemas de suporte na sociedade que proporcionem assistência e encorajamento para as pessoas idosas superarem problemas, caracterizada por ausência de inserção efetiva em atividades sociais ou ausência de acesso aos sistemas de suporte social.	28. Explicar Direitos do Paciente	AE
		29. Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Social	TC
		30. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias	PC
	8. Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada – Dificuldade do indivíduo que atende às necessidades de uma pessoa idosa dependente em realizar, acompanhar e concluir as atividades necessárias à prestação de cuidados, podendo ser evidenciada na demonstração de frustração, apreensão quanto às condições de saúde da pessoa idosa receptora de cuidados, impaciência e oscilação emocional por parte do cuidador.	31. Obter Dados sobre Autocuidado	PC
		32. Estimular capacidade para executar o autocuidado	AE
		33. Empoderar cuidador para conclusão de atividades necessárias ao cuidado	AE
		34. Auxiliar cuidador no autocuidado	TC
	9. Direitos da idosa prejudicados – Não garantia dos direitos humanos da pessoa idosa enquanto membro da sociedade que possui necessidades em	35. Explicar direitos do paciente à idosa, família e comunidade	AE
		36. Estimular processo comunitário eficaz	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	saúde, caracterizada por descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna e o desrespeito dos direitos da mesma, incluindo a confidencialidade, dignidade e honra.		
	10. Diversidade cultural – Coexistência de diferentes grupos que possuem suas crenças, valores, tradições e comportamentos em uma mesma unidade social, caracterizada por fatores diferenciais na aceitação ou não de condutas de prevenção e/ou tratamento.	37. Intermediação Cultural	TC
		38. Proteger Crenças Culturais	
		39. Promover aceitação do plano de cuidados	AE
		40. Avaliar aceitação do plano de cuidados	TC
		41. Encorajar a socialização pela participação em atividades sociais	PC
	11. Isolamento social – Estado negativo de estabelecimento de barreiras na interação entre a pessoa idosa e a sociedade, percebido como imposta pelos outros ou por escolha da pessoa idosa, na qual há uma quantidade insuficiente ou uma qualidade ineficaz de troca social, caracterizado pelo desejo de	42. Promover Apoio Familiar	
		43. Estabelecer Confiança	TC
		44. Orientar a idosa, família e comunidade sobre sua condição de saúde	AE
		45. Motivar a autopercepção	PC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	estar sozinha, por sentir-se diferente dos outros, pela insegurança em público, pela insatisfação com o envolvimento social e/ou pelo relato familiar de mudança na interação.	46. Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Emocional	TC
		47. Terapia do Humor (ou do Riso)	
	12. Papel de gênero ineficaz – Dificuldade de adotar padrão de comportamento e autoexpressão de um ou de outro sexo que atenda às expectativas dos indivíduos e sociedade em relação ao que é próprio ou impróprio do papel de ser homem ou de ser mulher.	48. Apoiar papel de gênero, incentivando posicionamento individual compatível com a identidade de gênero	AE
		49. Estimular a paciente a desempenhar o seu papel na sociedade	
	13. Relacionamento com a comunidade negativo – Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações entre a pessoa idosa e a sua unidade social, com quem compartilha área geográfica, condições ou interesses, para interagir e atender necessidades recíprocas.	50. Obter dados sobre os fatores comprometedores do estabelecimento de relações sociais	PC
		51. Discutir as limitações do apoio social com a paciente	
		52. Orientar sobre Comunicação, Efetiva	AE
	14. Processo familiar, Prejudicado – Ausência ou	53. Estimular papel comunitário	
		54. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos familiares	TC

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
	insuficiência no estabelecimento de relações comportamentais, psicológicas e sociais entre a pessoa idosa e os demais membros da família nuclear e estendida, para interagir e atender necessidades recíprocas.	55. Orientar sobre processo familiar eficaz	AE
		56. Estimular comunicação familiar eficaz	
		57. Orientar a família sobre papel de unidade familiar	
		58. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	
VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
Requisitos de autocuidado de desvio de saúde da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	1. Acesso a tratamento prejudicado – Potencialidade prejudicada para utilizar medicamentos prescritos e adotar condutas de cuidado, caracterizada por dificuldades geográficas, de transporte, financeiras, e de disponibilidade nos serviços de saúde.	1. Facilitar Acesso a Tratamento	TC
		2. Discutir com equipe interprofissional sobre disponibilidade de medicamentos em pontos descentralizados	
		3. Orientar sobre medicação	AE
		4. Orientar Família sobre Comportamento de Busca de Saúde	

Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE
Requisitos de autocuidado universais da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids	2. Direitos do paciente prejudicados – Não garantia dos direitos humanos da pessoa idosa enquanto paciente sob os cuidados em saúde, caracterizada por descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna, o desrespeito dos direitos da mesma com relação à confidencialidade, à dignidade e honra.	5. Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito	TC
		6. Garantir privacidade e confidencialidade	
		7. Explicar Direitos do Paciente	AE
		8. Garantir direitos da paciente nos serviços de saúde	TC
		9. Criar uma atmosfera de aceitação isenta de juízos	
	3. Política de saúde parcial – Declaração ampla documentada que esboça diretrizes insuficientes e inespecíficas para a tomada de decisão na prestação de serviços de saúde, caracterizada por ausência de atendimento às especificidades de parte da população alvo das ações propostas.	10. Liderar reflexões acerca das especificidades não contempladas pelas políticas de saúde	TC
		11. Trabalhar em rede no apoio às necessidades de população alvo	

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Modelo de relato:

Iniciais do nome, idade, gênero, cor, ocupação, filhos, estado civil, grau de instrução, religião.

Achados clínicos em relação aos requisitos de autocuidado:

Universal (manutenção e funcionalidade do indivíduo, envolvendo os requisitos de nutrição, respiração, eliminação, bem-estar, interação social, prevenção de perigos e promoção de saúde social e humana):

Desenvolvimento (necessitam dos requisitos universais para alcançar o desenvolvimento ideal, ao enfrentar situações novas):

Desvio de saúde (escolhas diante de um problema de saúde, para recuperar a saúde, reabilitar o indivíduo ou controlar o problema, sendo direcionadas às enfermidades, defeitos e incapacidades, envolvendo os requisitos de garantir ajuda médica, tomar ciência de efeitos e resultados, realizar prevenção, recuperação e controle, conhecer, observar e regular efeitos colaterais, enquadrar-se em formas específicas de atendimento demandadas, aceitar-se e adaptar-se, e superar adversidades para alcançar desenvolvimento):

Diagnósticos de enfermagem

Resultados de enfermagem

Podem constar DEs da CIPE® que não constem no subconjunto, mas sejam úteis à clientela.

Intervenções de enfermagem

Destaca-se que é recomendado que o instrumento de operacionalização deve ser utilizado enquanto instrumento acessório à consulta de enfermagem, porém não deve restringir o uso de outras ferramentas do registro profissional (como os instrumentos de registro de histórico, anamnese e/ou exame físico).

7 CONCLUSÕES

Identificou-se a equivalência do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids junto à CIPE® 2019/2020, por meio do mapeamento terminológico entre os componentes destes, permitindo uma atualização do supracitado subconjunto em relação aos conceitos do sistema de classificação referência.

Estruturou-se um instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, validando-o e operacionalizando a aplicabilidade clínica do mesmo por meio de estudos de casos clínicos, conforme recomenda o ICN.

Os elementos a prática profissional (diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem) que compõem o referido subconjunto não objetiva impor limitações ao registro do enfermeiro no tocante à sua atuação, mas se propõe a subsidiar o raciocínio clínico no mesmo. Possui valor inestimável a garantia de autonomia profissional na adoção de quaisquer outros elementos de interesse à sua prática que não estejam contemplados por esta ferramenta tecnológica, desde que considerando o conceito de vulnerabilidade aqui adotado, de superação das concepções de culpa, responsabilização individual e/ou de grupos de risco.

Em culminância, desenvolveu-se uma Teoria de Tédio Alcance para o autocuidado de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids por meio da estratégia de dedução a partir da Teoria Geral do Autocuidado de Orem e por meio da estratégia de indução pela pesquisa e pela prática clínica proporcionada pelos estudos de casos implementados, bem como pela experiência clínico-assistencial junto à clientela, prévia ao desenvolvimento deste estudo em si.

A análise do conceito “vulnerabilidade da mulher idosa relacionada ao HIV/aids” compôs o arcabouço metodológico do estudo se fazendo decisivo para a fundamentação teórica do mesmo e facilitou o conhecimento do conceito de vulnerabilidade no contexto de especificidade desta clientela à comunidade acadêmica, incitando novos estudos de abordagem da vulnerabilidade específica de grupos.

Confirmou-se, por tanto, a tese do estudo por meio da operacionalização da aplicabilidade clínica do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids enquanto etapa eficaz na validação clínica do mesmo, que fomentou subsídios para o desenvolvimento de uma base conceitual para o cuidado de enfermagem.

Assim, sendo útil na fundamentação do conhecimento da profissão e disciplina acerca do autocuidado de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, a partir de uma grande teoria bem como do norteamento fornecido por um sistema de classificação (CIPE®) que permite seu uso em sistemas de informação em saúde, fortalece-se o ensino e a pesquisa da área, bem como a prática profissional em serviços dos mais diversos níveis de assistência, primária, secundária ou terciária.

As limitações do estudo podem estar relacionadas à impossibilidade de coleta de dados junto à clientela de mulheres idosas em situações de vulnerabilidade por regime de internação hospitalar, embora se vislumbre a possibilidade de que o instrumento de operacionalização do subconjunto também possa vir a ser testado quanto à utilidade no planejamento de cuidados de enfermagem a esta clientela em estudos futuros.

Reconhece-se a TENFAIVHI como teoria de médio alcance proposta em desenvolvimento como um instrumento fomentador da profissão de enfermagem enquanto disciplina e passível de ser aperfeiçoado, bem como testado, como é próprio do processo de desenvolvimento de TMAs. Desta forma, incentiva-se que sejam desenvolvidos estudos com tais finalidades, enquanto se estabelece compromisso em envidar esforços neste sentido.

Dentre as pretensões científicas futuras de continuidade do estudo está o desenvolvimento de um material físico ou virtual concreto de manejo assistencial,

que contemple o produto tecnológico desenvolvido a fim de alcançar a prática dos profissionais que dele necessitam. Transformar o instrumento que contém os elementos da prática profissional do subconjunto atualizado bem como os conceitos da TENFAIVHI em uma cartilha impressa ou aplicativo móvel de acesso remoto contemplaria um fundamental artefato de aplicabilidade contínua almejada.

Além disso, com o advento do processo de interoperabilidade entre terminologias multiprofissionais permitido pela incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) à nova versão da SNOMED CT, que objetiva inserir a Enfermagem num diálogo de domínio interdisciplinar na área da saúde, entende-se como indispensável o desenvolvimento de novas pesquisas que estabeleçam correlação terminológica em relação à nova nomenclatura de referência, a fim de mapear e agregar conceitos e significados. Assim, como meta científica futura, almeja-se desenvolver estudos que identifiquem o grau de equivalência entre os elementos da prática de enfermagem contidos no subconjunto produto desta tese e a ICNP SNOMED CT *Nursing Practice Refset*.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, R. B.; LEAL, M. C.; MARQUES, A. P. Knowledge and attitudes about sexuality in the elderly with HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 6, p. 2051-2062, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.18432018
- ALENCAR, R. A.; CIOSAK, S. I. O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/aids. **Rev Esc Enferm. USP**, v. 49, n. 2, p. 229-235, 2014.
- ALENCAR, S. R.; PAIXÃO, G. P.; ABREU, M. S.; CAMARGO, C. L. Teoria do autocuidado na assistência materno infantil: uma revisão sistemática. **Revista das Ciências da Saúde do Oeste Baiano – Higia**, v. 1, n. 1, p. 85-94, 2016. Disponível em: <http://fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/110/97>
- ALEXANDRE, N. M.; COLUCI, M. Z. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALLIGOOD, M. R. **Nursing theory: utilization and application**. St Louis (US): Elsevier Mosby, 2013.
- ARALDI, L. M.; PELZER, M. T.; GAUTÉRIO-ABREU, D. P.; SAIORON, I.; SANTOS, S. S.; ILHA, S. Pessoas idosas com o vírus da imunodeficiência humana: infecção, diagnóstico e convivência. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 20, p. e948, 2016.
- ARAÚJO, C. L.; MONTEIRO, A. C. Qual a perspectiva da pessoa idosa em relação ao HIV/aids? **Revista Temática Kairós Gerontologia**; v. 14, n. 5, p. 237-250, dez 2011.
- ARAÚJO, W. J.; BRAGAGNOLLO, G. R.; NASCIMENTO, K. C.; CAMARGO, R. A.; TAVARES, C. M.; MONTEIRO, E. M. Educational intervention on HIV/aids with elderly individuals: a quasi-experimental study. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 29: e20180471, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0471>
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 8403 – Aplicação de Linhas em Desenho - Tipos de Linhas - Larguras das linhas**. Rio de Janeiro: ABNT, 1984.
- AUNG, H. L.; KOOTAR, S.; GATES, T. M.; BREW, B. J.; CYSIQUE, L. A. How all-type dementia risk factors and modifiable risk interventions may be relevant to the first-generation aging with HIV infection? **European Geriatric Medicine**, v. 10, p. 227–238, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00164-6>
- AYRES, J. R. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.
- BENNER, P. **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem**. Tradução de: QUEIRÓS, A. A.; LOURENÇO, B. edição comemorativa. Coimbra: Quarteto, 2001. Original em Inglês.
- BESERRA, P. J.; GOMES, G. L.; SANTOS, M. C.; BITTENCOURT, G. K.; NÓBREGA, M. M. Produção científica da Classificação Internacional para a Prática de enfermagem: estudo bibliométrico. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, n. 6, p.3032-41, 2018. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0411

BEZERRA, V. P.; SERRA, M. A.; CABRAL, I. P.; MOREIRA, M. A.; ALMEIDA, S. A.; PATRÍCIO, A. C.. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 36, n. 4, p. 70-6, dez 2015.

BITTENCOURT, G. K.; MOREIRA, M. A.; MEIRA, L. C.; NÓBREGA, M. M.; NOGUEIRA, J. A.; SILVA, A. O. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids para construção de diagnósticos de enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 4, p. 579-85, jul-ago 2015.

BOTELHO, L. L.; CUNHA, C. C; MACEDO, M. O método de revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade** [Internet], v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011. doi: 10.21171/ges.v5i11.1220

BRAGA, C. G.; SILVA, J. V. **Teorias de enfermagem**. São Paulo: Iátria; 2011.

BRANDÃO, M. A.; BARROS, A. L.; PRIMO, C. C.; BISPO, G. S.; LOPES, R. O. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. **Rev Bras Enferm.**, v. 72, n. 2, p. 577-81, 2019. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0395

BRANDÃO, M. A.; MARTINS, J. S.; PEIXOTO, M. A.; LOPES, R. O.; PRIMO, C. C. Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 26, n. 4, e1420017, 2017. doi: 10.1590/0104-07072017001420017

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico – aids e DST**. Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 27^a a 53^a Semanas Epidemiológicas de 2014 e 1^a a 26^a Semanas Epidemiológicas de 2015. Brasília: Ministério da Saúde, jul/dez 2014 e jan/jun 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico - HIV/aids 2018**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, v. 49, n. 53, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico - HIV/aids 2021**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Número Especial | Dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa–CONEP. Resolução nº 466/2012, de 12 de dezembro de 2012. **Sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST** [online]. Versão Revisada. Brasília, jul 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional** – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 56 p.: ilustrado.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis – DCC. **Boletim epidemiológico de HIV e Aids. Número Especial | Dez 2020**. Brasília: Ministério da Saúde; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS/Ministério da Saúde**, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. 110p.

CARMO, M.; GUIZARDI, F. L. The concept of vulnerability and its meanings for public policies in health and social welfare. **Cad. Saúde Pública** [Internet], v. 34, n. 3, p. e00101417, 2018. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00101417>

CARVALHO, C. M.; CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem no cuidado às pessoas com estomia de eliminação intestinal. **ESTIMA, Braz. J. Enterostomal Ther.**, v. 16, p. e2218, 2018. doi: http://dx.doi.org/10.30886/estima.v16.518_PT

COENEN, A.; KIM, T. Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **International Journal of Medical Informatics** [Internet], v. 79, n. 7, p. 530-8, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2010.03.005>

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® Versão 1.0**. [tradução Heimar de Fátima Marin]. - São Paulo: Argol, 2007.

CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem CIPE®: uma revisão de literatura. **Rev Eletr Enferm.** [Internet], v. 12, n. 1, p.186-94, 2010. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a23.htm>

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories**. 2ª ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.

FREITAS, J. G.; PAIVA, S. S.; MOREIRA, R. V.; ARAÚJO, M. F.; BARROSO, L. M.; GALVÃO, M. T. Philosophical reflection on nursing care in feeding children exposed to HIV. **Rev Enferm UFPE online**, v. 6, n. 9, p. 2290-2297, set 2012.

GARCIA, T. R. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 11, n. 3, p. 24-31, 1998.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. Teorias de enfermagem. In: Garcia T. R., Egry E. Y., editors. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 31-40.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisas. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GORDON, M.; SWEENEY, M. A. Methodological problems and issues in identifying and standardizing nursing diagnosis. **Advances in Nursing Science**, v. 2, n. 1, p. 1-15, 1979.

GURGEL, S. N.; LUBENOW, J. A.; MOREIRA, M. A.; FERREIRA, O. G.; PINHO, T. A.; NOGUEIRA, J. A. Vulnerabilidade do idoso ao HIV: Revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE online**; v. 8, p. 2487-93, jul. 2014. Supl 1.

HOSKING, L. M. Clinical validation methodologies for nursing diagnosis research. In: CARROL-JOHNSON, R. M. (editor). **Classification of nursing diagnosis: proceedings of the Eighth Conference of North American Nursing Diagnosis Association**. Philadelphia: Lippincott, p.126-37, 1989.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Guidelines for ICNP® Catalogue development** [Internet]. Geneva: ICN; 2008. Acesso em 25 de março de 2022. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp_catalogue_development.pdf

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **ISO 12.300: health informatics: principles of mapping between terminological systems**. Geneva: 2016.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. ISO 18.104:2014. **Health informatics**: Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems. Geneva, Switzerland, 2014. Disponível em: <http://www.iso.org/iso/home.htm>.

JOHNSON, R. B.; ONWUEGBUZIE, A. J.; TURNER, L. A. Toward a Definition of Mixed Methods Research. **Journal of Mixed Methods Research**, v. 1, n. 2, p. 112–133, 2007. DOI: 10.1177/1558689806298224

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/aids. **Report on the global HIV/aids epidemic: June 1998** [Internet]. 1998 [cited 2019 Dec 26]. Available from: http://data.unaids.org/pub/report/1998/19981125_global_epidemic_report_en.pdf

LAROQUE, M. F.; AFFELD, A. B.; CARDOSO, D. H.; SOUZA, G. L.; SANTANA, M. G.; LANGE, C. Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/aids. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 4, p. 774-80, 2011.

LEANDRO, T. A.; NUNES, M. M.; TEIXEIRA, I. X.; LOPES, M. V.; ARAÚJO, T. H.; LIMA, F.E.; SILVA, V. M. Desenvolvimento das teorias de médio alcance na Enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 1, p. e20170893, 2020.

LEITE, D. S. Aids in Brazil: changes in the epidemic profile and perspectives. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 8, p. 57382-57395, aug 2020. doi:10.34117/bjdv6n8-228

LEVY, J. A.; ORY, M. G.; CRYSTAL, S. HIV/aids interventions for midlife and older adults: current status and challenges. **Jaids Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**; v. 33, 2003. Suppl. 2.

LIEHR, P.; SMITH, M. J. Middle Range Theory. **Advances in Nursing Science**; v. 1, 2017. doi:10.1097/ans.0000000000000162

LIMA, T. C.; FREITAS, M. I. Health Behavior in a population with HIV/aids. **Rev Bras Enferm**; v. 65, n. 1, p. 110-5, jan/fev 2012.

LÍVIO, F.; Deutschmann, E.; MOFFA, G.; RUSTEMI, F.; STADER, F.; ELZI, L.; BRAUN, D. L.; CALMY, A.; HACHFELD, A.; CAVASSINI, M.; TARR, P. E.; WISSEL, K.; BATTEGAY, M.; MARZOLINI, C. Analysis of inappropriate prescribing in elderly patients of the Swiss HIV Cohort Study reveals gender inequity. **J Antimicrob Chemother**, v. 76, n. 3, p. 758-764, 2021. doi: 10.1093/jac/dkaa505.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOMBARDO PEREIRA, G.; COSTA AGUIAR, B. G. Envejeciendo con aids o el aids en el envejecimiento: perfil epidemiológico en un hospital de la Universidad de Rio de Janeiro. **Enferm. glob.** [online], 2012, vol. 11, n. 26, pp. 10-20. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412012000200002>.

MACEDO, J. K.; COSTA, L. P.; LIMA, A. F.; LIMA, J. L.; VASCONCELOS, B. M.; SANTOS, A. A. Vulnerabilidade e suas dimensões: reflexões sobre os cuidados de enfermagem aos grupos humanos. **Rev Enferm UERJ**, v. 28, p. e39222, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.39222>

MALAGÓN-OVIEDO, R. A.; CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. **Interface** (Botucatu); v. 19, n. 53, p. 237-49, 2015. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>

MASCHIO, M. B.; BALBINO, A. P.; SOUZA, P. F.; KALINKE, L. P. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e aids. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 3, p. 583-589, set 2011.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para Enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre, 2009.

McGETTRICK, P.; BARCO, E. A.; MALLON, P. W. Ageing with HIV. **Assistência médica**, v. 6, n. 17, 2018. doi:10.3390/healthcare6010017

MEDEIROS, A. C.; NÓBREGA, M. M. Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice - ICNP® for senior patients: a methodological study. **Online braz j nurs** [Internet], v.12, p.590-592, oct 2013. Suppl.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development and progress**. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 2012.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A. C. GOMBERG, E. (org.). *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS. 2009. p. 29-74.

MILNER, K. A.; COSME, S. The PICO Game: an innovative strategy for teaching step 1 in evidence-based practice. **Worldviews Evid Based Nursing**, v. 14, n. 6, p. 514-516, 2017. doi:10.1111/wvn.12255

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D. G. The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Med.**, v. 21, n. 6, e1000097, 2009. doi: 10.1371/journal.pmed1000097

MOJOLA, S. A.; WILLIAMS, J.; ANGOTTI, N.; GÓMEZ-OLIVÉ, F. X. HIV after 40 in rural South Africa: A life course approach to HIV vulnerability among middle aged and older adults. **Soc Sci Med.**, v. 143, p. 204-12, 2015. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.023. Epub 2015 Aug 17.

MORSE, J. M. Principles of mixed methods and multimethod research design. In: TASHAKKORI, A. (orgs.). **Handbook of mixed methods in social & behavioral research**. Thousand Oaks: Sage Publications; p. 189-208, 2003.

NICHIATA, L. Y.; BERTOLOZZI, M. R.; TAKAHASHI, R. F.; FRACOLLI, L. A. A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. **Rev Latino-am Enferm.**, v. 16, n. 5, set/out 2008.

NÓBREGA, M. M. (Org.). **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®**. João Pessoa: Ideia; 2011.

NÓBREGA, M. M.; CUBAS, M. R.; MEDEIROS, A. C.; CARVALHO, M. W. Reflexões sobre a validação dos subconjuntos terminológicos da CIPE®. In: CUBAS, M. R.; NÓBREGA, M. M. **Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p. 25-35.

NOGUEIRA, J. A.; SILVA, A. O.; SÁ, L. R.; ALMEIDA, S. A.; MONROE, A. A.; VILLA, T. C. Síndrome da imunodeficiência adquirida em adultos com 50 anos e mais:

características, tendência e difusão espacial do risco. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 355-63, maio-jun 2014.

OKUNO, M. F.; GOMES, A. C.; MEAZZINI, L.; JÚNIOR, G. S.; JUNIOR, D. B.; BELASCO, A. G. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/aids. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1551-1559, jul 2014.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of Practice**. 4ª ed. Saint Louis: Mosby, 1991.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 5. ed. St. Louis: Mosby, 1995.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of Practice**. 8ª ed. Boston: Mosby, 2006.

OREM, D. E. **Nursing: Concepts of Practice**. New York, Mac Graw-Hill, 1971. 232p.

PIRES, P. V.; MEYER, D. E. E. Noções de enfrentamento da feminização da aids em políticas públicas. **Rev. Polis e Psique**, v. 9, n. 3, p. 95 – 113, 2019.

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

PRADO, D. J.; NEVES, J. E.; SILVA, G. S.; SILVA, I. C. O conhecimento de HIV/aids em idosos de uma comunidade carente do Distrito Federal. **Acta Ciências e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 87-101, 2012.

PRIMO, C. C.; BRANDÃO, M. A. Interactive Theory of Breastfeeding: creation and application of a middle-range theory. **Rev Bras Enferm.**, v. 70, n. 6, p. 1191-8, 2017. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0523

QUEIRÓS, P. J.; VIDINHA, T. S.; ALMEIDA FILHO, A. J. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**; v. 4, n. 3, p. 157-164, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>

ROCHA, F. C.; FREITAS FILHO, F. C.; MACÊDO JÚNIOR, J. A.; ROSA, Y. R. Conhecimento dos idosos sobre HIV/aids. **Revista Interdisciplinar**, v. 6, n. 2, p. 137-143, abr/mai/jun 2013.

SANTOS, A. S.; ARDUINI, J. B.; SILVA, L. C.; FONSECA, A. S. Understanding of the elderly and their relatives regarding sexuality and HIV/aids: a descriptive study. **Online braz j nurs**, v. 13, n. 2, p. 175-85, jun 2014.

SANTOS, M. C. **Subconjunto terminológico da CIPE® para mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba.

SANTOS, M. C.; BITTENCOURT, G. K.; BESERRA, P. J.; NÓBREGA, M. M. ANÁLISE DA TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO SEGUNDO MELEIS. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 6, n. 1, e21047, 2022. doi: 10.12707/RV21047

SANTOS, M. C.; NÓBREGA, M. M.; SILVA, A. O.; BITTENCOURT, G. K.. Nursing diagnoses for elderly women vulnerable to HIV/aids. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 71, p. 1435-44, 2018. Suppl 3. [Thematic Issue: Health of woman and child] doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0086>

- SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc. Anna Nery*, v. 14, n. 1, p. 182-88, 2010.
- SCHLINDWEIN-ZANINI, R.; CRUZ, R. M. Psychometrics and Neuropsychology: inter-relations in the construction and adaptation of measuring instruments. **Psicol Argum.**, v. 36, n. 91, p. 49-69, 2018. doi: <https://doi.org/10.7213/psicolargum.36.91.AO04>
- SERRA, A.; SARDINHA, A. H.; LIMA, S. C.; PEREIRA, A. N. Perfil comportamental de idosos com HIV/aids atendidos em um centro de referência. **Rev Enferm UFPE Online**, v. 7, n. 2, p. 407-413, 2013.
- SEVALHO, G. The concept of vulnerability and health education based on the theory laid out by Paulo Freire. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 177-88, 2018.
- SILVA, J.; SALDANHA, A. A. Vulnerabilidade e convivência com o HIV/aids em pessoas acima de 50 anos. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 12, n. 3-4, p. 817-852, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v12n3-4/14.pdf>
- SILVA, L. A.; OLIVEIRA, A. A. Idosos, Sexualidade e Doenças Sexualmente Transmissíveis: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 2, n. 2, p. 197-206, jul/dez 2013.
- SIQUEIRA, M. C.; BITTENCOURT, G. K.; NÓBREGA, M. M.; NOGUEIRA, J. A.; SILVA, A. O. Term base for nursing practices with elderly women with HIV/aids. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n. 1, p. 28-34, mar 2015.
- SOARES, C. B.; HOGA, L. A.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, D. R. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 335-345, 2014. doi: 10.1590/S0080-6234201400002000020
- SOUSA, L. M.; FIRMINO, C. F.; CARTEIRO, D. M.; FRADE, F.; MARQUES, J. M.; ANTUNES, A. V. Análise de conceito: conceitos, métodos e aplicações em enfermagem. **REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM**, p. 9-19, nov 2018.
- TAYLOR, S. G. Teoria do Défice de Auto-cuidado de Enfermagem. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Nursing theorist and their work**. 5. ed. St. Louis: Mosby, 2002.
- THURN, M.; GUSTAFSON, D. R. Faces of Frailty in Aging with HIV Infection. **Curr HIV/aids Rep.**, v. 14, n. 1, p. 31-37, 2017. doi: 10.1007/s11904-017-0348-x
- TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Nursing Theorists and Their Work**. St. Louis, Mo: Mosby, 2002.
- TRETTENE, A. S.; FONTES, C. M.; RAZERA, A. P.; PRADO, P. C.; BOM, G. C.; KOSTRISCH, L. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem referente à promoção do autocuidado em unidade de terapia semi-intensiva pediátrica. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 29, n. 2, p. 171-179, 2017. doi: 10.5935/0103-507X.20170027
- VANCE, D. E.; RUBIN, L. H.; VALCOUR, V.; WALDROP-VALVERDE, D.; MAKI, P. M. Aging and Neurocognitive Functioning in HIV-Infected Women: A Review of the Literature Involving the Women's Interagency HIV Study. **Curr HIV/aids Rep.**, v. 13, n. 6, p. 399-411, 2016. doi: 10.1007/s11904-016-0340-x.

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Revista SOCERJ**, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007.

VIEIRA, E. B. **Manual de Gerontologia – um manual teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter, 2004.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, v. 44, n. 22, p. 203-220, 2014.
<https://doi.org/10.20396/temáticas.v22i44.10977>

WAGNER, J. **Nurse scholar's perceptions nursin's metaparadigm**. (Tese de Doutorado, Universidade do Estado de Ohio). Ohio, 1986.

WALKER, L. O.; AVANT, K. C. Concept analysis. In: Walker L. O.; Avant K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. Sixth edition. | Boston: Pearson, Prentice Hall, 2019, p. 167-93.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2015.

APÊNDICE A

Processo de mapeamento humano dos diagnósticos de enfermagem, com análise do grau de equivalência entre conceitos/termos-fonte e conceitos/termos-alvo da CIPE® 2019/2020. João Pessoa, 2022.

Conceitos-Fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-Alvo	Eixo	Grau de equivalência	Cardinalidade
Vulnerabilidade individual – Requisito de Desvio de Saúde					
Abuso de álcool (ou alcoolismo)	C	Abuso de álcool (ou alcoolismo)	F e DC	1	Um para um
Atitude em relação à condição de saúde, Negativa	NC	Atitude em Relação à Condição de Saúde	F	4	Um para um
Atitude em relação ao tratamento, Conflituosa	C	Atitude em relação ao tratamento, Conflituosa	DC	1	Um para um
Autoestima negativa	NC	Baixa Autoestima	DC	2	Um para um
Comportamento, Violento	C	Comportamento, Violento	DC	1	Um para um
Déficit de autocuidado para prevenção	NC	Déficit de autocuidado	DC	4	Um para um
Déficit de autocuidado para tratamento	NC	Déficit de autocuidado	DC	4	Um para um
Efeito colateral da medicação presente	NC	Efeito colateral da medicação	DC	2	Um para um
Enfrentamento ineficaz	NC	Enfrentamento	F	4	Um para um
Não adesão ao regime medicamentoso	C	Não Adesão ao Regime Medicamentoso	DC	1	Um para um
Não adesão ao teste diagnóstico	NC	Não Adesão ao Regime de Teste Diagnóstico	DC	2	Um para um
Processo sexual ineficaz	NC	Desempenho Sexual, Prejudicado	DC	2	Um para muitos
Regime medicamentoso interrompido	NC	Regime medicamentoso, Complexo	DC	5	Um para um
Resposta ao tratamento negativa	C	Falta de Resposta ao Tratamento	DC	2	Um para um
Sintoma de infecção	C	Sintoma de infecção	F	1	Um para um
Vulnerabilidade individual – Requisito de Desenvolvimento					
Aprendizagem sobre prevenção prejudicada	NC	Aprendizagem	F	4	Um para um
Aprendizagem sobre saúde prejudicada	NC	Aprendizagem	F	4	Um para um

Conceitos-Fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-Alvo	Eixo	Grau de equivalência	Cardinalidade
Aprendizagem sobre tratamento prejudicada	NC	Aprendizagem	F	4	Um para um
Autonomia para tomada de decisão ausente (especificar)	NC	Autonomia	F	4	Um para um
Comportamento sexual prejudicado	C	Comportamento Sexual, Prejudicado	F	1	Um para um
Déficit de conhecimento em saúde	NC	Conhecimento	F	4	Um para um
Emoção negativa	C	Emoção, Negativa	F	1	Um para um
Medo	C	Medo	DC	1	Um para um
Medo da morte	C	Medo da Morte	DC	1	Um para um
Qualidade de vida prejudicada	NC	Qualidade de Vida	DC	4	Um para um
Risco de infecção cruzada	C	Risco de Infecção Cruzada	DC	1	Um para um
Sufrimento	C	Sufrimento	DC	1	Um para um
Vulnerabilidade individual – Requisito Universal					
Adesão ao regime medicamentoso	C	Adesão ao Regime Medicamentoso	DC	1	Um para um
Adesão ao teste diagnóstico	C	Adesão ao Teste Diagnóstico	DC	1	Um para um
Crença espiritual conflituosa	C	Crença Espiritual, Conflituosa	DC	1	Um para um
Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz	NC	Cuidar (ou Tomar Conta)	F	4	Um para um
Identidade de gênero ineficaz	NC	Identidade de Gênero	F	4	Um para um
Necessidade de cuidado (especificar)	NC	Necessidade de Cuidado	F	4	Um para um
Papel de prevenção ineficaz	NC	Papel de Prevenção	F	4	Um para um
Relação sexual prejudicada	NC	Desempenho Sexual, Prejudicado	DC	2	Um para um
Risco de infecção	C	Risco de Infecção	DC	1	Um para um
Vulnerabilidade social – Requisito de Desvio de Saúde					
Angústia moral	C	Angústia Moral	DC	1	Um para um
Estigma	C	Estigma	DC	1	Um para um
Risco de violência	C	Risco de Violência	DC	1	Um para um

Conceitos-Fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-Alvo	Eixo	Grau de equivalência	Cardinalidade
Vulnerabilidade social – Requisito de Desenvolvimento					
Abuso à mulher idosa (especificar)	NC	Vítima de Abuso de Idoso	DC	4	Um para um
Acesso a conhecimento em saúde prejudicado	NC	Conhecimento em Saúde	F	4	Um para um
Vulnerabilidade social – Requisito Universal					
Apoio familiar ausente	NC	Apoio Familiar, Positivo	DC	5	Um para um
Apoio social ineficaz	NC	Apoio Social, Eficaz	DC	5	Um para um
Capacidade prejudicada do cuidador para executar o cuidado	NC	Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada	DC	2	Um para um
Direitos do indivíduo prejudicados	NC	Direitos do Paciente	F	4	Um para um
Diversidade cultural presente	NC	Diversidade Cultural	F	2	Um para um
Isolamento social	C	Isolamento Social	DC	1	Um para um
Papel de gênero ineficaz	NC	Papel de Gênero	F	4	Um para um
Relacionamento com a comunidade negativo	NC	Processo Comunitário	F	4	Um para um
Relacionamento com a família negativo	NC	Processo familiar, Prejudicado	DC	2	Um para um
Vulnerabilidade programática – Requisito de Desvio de Saúde					
Acesso a tratamento prejudicado	NC	Acesso a Tratamento	F	4	Um para um
Vulnerabilidade programática – Requisito Universal					
Direitos do paciente prejudicados	NC	Direitos do Paciente	F	4	Um para um
Política de saúde parcial	NC	Política de Saúde	F	4	Um para um

Legenda: C = constante; NC = não constante; F = eixo foco; DC = conceito diagnóstico.

APÊNDICE B

Processo de mapeamento humano das intervenções de enfermagem, com análise do grau de equivalência entre conceitos/termos-fonte e conceitos/termos-alvo. João Pessoa, 2022.

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
Vulnerabilidade individual – Requisito de desvio de saúde					
Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool	NC	Orientar sobre Abuso de Álcool	IC	2	Um para um
Estimular estratégias de redução gradual do consumo de álcool (especificar)	NC	Orientar sobre Técnica de Redução de Risco/ Usar Técnica de Desescalada (ou de Redução Paulatina)	IC	4	Um para muitos
Aconselhar adesão à terapia de grupo de apoio	NC	Facilitar Adesão ao Regime / Promover Adesão ao Regime	IC	4	Um para muitos
Encaminhar para terapia de suporte de grupo	NC	Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	IC	1	Um para um
Obter dados sobre aceitação da condição de saúde	C	Obter Dados sobre Aceitação da Condição de Saúde	IC	1	Um para um
Fornecer esclarecimentos sobre o contexto de vulnerabilidade	NC			5	
Obter dados sobre atitude em relação ao tratamento, avaliando as causas para tal atitude	NC	Obter Dados sobre Atitude em Relação ao Regime Terapêutico	IC	2	Um para um
Estimular atitude positiva por meio da ênfase na melhoria da condição de saúde	NC	Entrar em Acordo para Comportamento Positivo	IC	4	Um para um
Apoiar gerenciamento do plano terapêutico, com orientações sobre a terapia estabelecida	NC			5	
Fornecer informações acerca da importância em aderir à terapia prescrita	NC	Promover Adesão à Medicação/ Reforçar Adesão	IC	4	Um para muitos
Encorajar a idosa a identificar e expressar sentimentos	NC	Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	IC	4	Um para um
Estimular autopercepção comportamental e as suas consequências	NC	Promover Autoconsciência (ou Autocognição)	IC	4	Um para um
Estimular a idosa na aceitação tanto dos sentimentos positivos quanto dos negativos	NC			5	

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
Reforçar capacidades e traços positivos	NC	Reforçar Capacidades (ou Aptidões)	IC	2	Um para um
Encaminhar para terapia de grupo	NC	Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	IC	1	Um para um
Usar abordagem calma e segura	NC	Usar técnica calmante	IC	4	Um para um
Respeitar princípios e valores da idosa	NC			5	
Demonstrar compreensão da condição psicológica e de saúde da idosa	NC			5	
Estimular autopercepção	NC	Promover Autoconsciência (ou Autocognição)	IC	4	Um para um
Estimular verbalização de sofrimento	NC	Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	IC	4	Um para um
Relatar condição a membro da família	C	Relatar Condição a Membro da Família	IC	1	Um para um
Requerer apoio psicossocial	NC	Promover Apoio Social/ Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio/ Encaminhar para Assistente Social	IC	3	Um para muitos
Fornecer informações sobre medidas de autocuidado para prevenção	NC	Orientar sobre Autocuidado	IC	4	Um para um
Orientar quanto aos riscos referentes a não adoção de medidas preventivas	NC			5	
Estimular compreensão sobre contextos de vulnerabilidade a partir do uso de exemplos	NC			5	
Ensinar sobre medidas de autocuidado para tratamento	NC	Orientar sobre Autocuidado	IC	4	Um para um
Estimular a participação da idosa nas atividades de autocuidado, conforme nível de capacidade	NC			5	
Incentivar a família e o cuidador para que estimulem o envolvimento da idosa no autocuidado	NC	Orientar sobre Autocuidado	IC	4	Um para um
Assistência no autocuidado: oferecer medicamento, quando necessário	NC	Auxiliar no Autocuidado	IC	4	Um para um

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
Assistência no autocuidado: instruir o cuidador para a oferta de medicamento, quando necessário	NC	Auxiliar no Autocuidado	IC	4	Um para um
Informar sobre os possíveis efeitos colaterais da medicação	NC	Orientar a Lidar com Medicação	IC	4	Um para um
Gerenciar efeitos colaterais da medicação	NC	Gerenciar Efeito Colateral da Medicação	IC	1	Um para um
Estimular verbalização de sinais e sintomas incompatíveis com os esperados	NC	Obter Dados sobre Controle do Sintoma	IC	4	Um para um
Orientar ações não farmacológicas de correção ou minimização das consequências dos efeitos colaterais, tais como estimular dieta rica em fibras e ingestão hídrica, orientar manutenção de ingestão alimentar e medidas de higiene, entre outras	NC		IC	5	
Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos	NC	Obter Dados sobre Papéis	IC	4	Um para um
Colaborar na identificação das possíveis consequências de cada escolha	NC	Apoiar Processo de Tomada de Decisão	IC	4	Um para um
Instruir quanto à disponibilidade de recursos para enfrentamento de problemas por meio de material de aprendizagem	NC	Prover (Proporcionar, Fornecer) Material Instrucional	IC	4	Um para um
Oferecer informações sobre diagnóstico, prevenção da doença e transmissão do vírus à idosa, família e cuidador	NC			5	
Avaliar fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico	NC	Obter Dados sobre Barreiras para Adesão	IC	4	Um para um
Identificar a condição social da paciente para adaptar orientação ao seu nível de cognição	NC	Obter Dados sobre Cognição	IC	4	Um para um
Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	NC			5	
Estimular adesão ao regime medicamentoso	NC	Promover Adesão à Medicação	IC	2	Um para um
Promover adequação do regime terapêutico à	NC	Orientar sobre Regime Terapêutico	IC	4	Um para um

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
rotina diária da idosa					
Estimular participação da família na orientação e administração de medicamentos	NC	Orientar Família sobre Regime Terapêutico	IC	4	Um para um
Identificar fatores que dificultam a adesão ao teste diagnóstico	NC	Teste Diagnóstico	IC	4	Um para um
Fornecer informações sobre as consequências de não diagnosticar	NC	Orientar Família sobre Teste Diagnóstico	IC	4	Um para um
Orientar família sobre teste diagnóstico	C	Orientar Família sobre Teste Diagnóstico	IC	1	Um para um
Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios	NC			5	
Esclarecer dúvidas	NC			5	
Estimular a atividade sexual de maneira segura	NC	Aconselhar sobre comportamento sexual	IC	4	Um para um
Investigar relação entre funcionamento sexual e fatores externos	NC			5	
Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	NC	Orientar a Lidar com Medicação	IC	5	
Informar à paciente as consequências de não tomar ou interromper o medicamento	NC			5	
Registrar interrupção do regime medicamentoso	NC			5	
Estimular adesão ao regime medicamentoso	NC	Promover Adesão à Medicação (era Obter Dados sobre Adesão ao Regime Medicamentoso)	IC	2	Um para um
Ensinar à paciente o método de administração do medicamento, quando necessário	NC	Treinar o Paciente	IC	4	Um para um
Colaborar com cuidador no gerenciamento do regime medicamentoso	NC	Colaborar com Cuidador no Manejo (Controle) do Regime Medicamentoso	IC	2	Um para um
Analisar grau de eficácia do regime terapêutico por meio de exames laboratoriais (investigação de TCD4 e carga viral)	NC			5	
Orientar a respeito da necessidade de adesão ao	NC	Obter Dados sobre Adesão ao	IC	5	

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
tratamento		Regime Terapêutico			
Avaliar com a equipe interprofissional se o tratamento proposto segue adequadamente a sua condição para realizá-lo	NC	Avaliar Resposta Psicossocial ao Plano de Cuidado	IC	4	Um para um
Analisar resposta ao tratamento continuamente	NC	Avaliar Resposta ao Tratamento	IC	2	Um para um
Estimular a integração da paciente ao tratamento proposto	NC			5	
Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção	NC	Obter Dados sobre Sinais e Sintomas de Infecção	IC	4	Um para um
Analisar resultados de exames laboratoriais junto ao sintoma apresentado	NC	Monitorar Resultado Laboratorial	IC	4	Um para um
Discutir em equipe interprofissional evidência de infecção	NC			5	
Vulnerabilidade individual – Requisito de desenvolvimento					
Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	NC	Obter Dados sobre Disposição (ou Prontidão) para Aprender	IC	3	Um para um
Facilitar a aprendizagem sobre prevenção pelo uso de linguagem acessível	NC	Facilitar a Aprendizagem	IC	4	Um para um
Promover aprendizagem sobre prevenção por meio de material educativo (instrucional?)	NC	Prover (Proporcionar, Fornecer) Material Instrucional	IC	4	Um para um
Demonstrar técnica de redução de risco de infecção por DST (colocada e retirada de preservativo masculino e feminino)	NC			5	
Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	NC	Técnica de feedback	M	4	Um para um
Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	NC	Obter Dados sobre Disposição (ou Prontidão) para Aprender	IC	3	Um para um
Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível	NC	Facilitar a Aprendizagem	IC	4	Um para um
Promover aprendizagem sobre saúde por meio de folhetos informativos, campanhas educativas e materiais ilustrativos	NC	Prover (Proporcionar, Fornecer) Material Instrucional	IC	4	Um para um
Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback	NC	Técnica de feedback	M	4	Um para um

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
das informações fornecidas					
Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	NC	Obter Dados sobre Disposição (ou Prontidão) para Aprender	IC	3	Um para um
Promover aprendizagem sobre tratamento por meio de material educativo	NC	Prover (Proporcionar, Fornecer) Material Instrucional	IC	4	Um para um
Facilitar a aprendizagem sobre tratamento pelo uso de linguagem acessível	NC	Facilitar a Aprendizagem	IC	4	Um para um
Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	NC	Técnica de feedback	M	4	Um para um
Apoiar tomada de decisão	NC	Apoiar Processo de Tomada de Decisão	IC	2	Um para um
Estimular posicionamento individual quanto às escolhas	NC			5	
Instruir sobre as consequências das possíveis decisões	NC	Apoiar Processo de Tomada de Decisão	IC	4	Um para um
Empoderar a idosa para tomar decisões quanto à sua saúde	NC	Empoderar	A	4	Um para um
Orientar a idosa sobre práticas sexuais de baixo risco	NC			5	
Encorajar a idosa à avaliação do seu comportamento sexual	NC	Orientar sobre Comportamento Sexual	IC	4	Um para um
Investigar presença de fatores contribuintes	NC			5	
Compartilhar conhecimento sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	NC	Orientar sobre Prevenção de Infecção Cruzada	IC	4	Um para um
Avaliar a capacidade de aprendizado e o conhecimento da cliente	NC	Obter Dados sobre Disposição (ou Prontidão) para Aprender	IC	4	Um para um
Aconselhar a paciente a respeito de vulnerabilidade às doenças	NC			5	
Explicar sobre processos de adoecimento e práticas saudáveis à idosa, família e comunidade	NC	Orientar Comunidade sobre Doença/ Orientar Família sobre Comportamento de Busca de Saúde/ Orientar sobre Comportamento de Busca de	IC	4	Um para muitos

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
		Saúde			
Instruir sobre sinais e sintomas e procedimentos adequados de cuidado à saúde	NC			5	
Estimular verbalização de sentimentos	NC	Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	IC	2	Um para um
Auxiliar a paciente no reconhecimento de seus sentimentos	NC			5	
Encaminhar a paciente para serviço especializado	NC	Encaminhar a Prestador (ou Provedor) de Cuidados de Saúde	IC	4	Um para um
Encorajar a paciente a verbalizar o medo e preocupação relativa à vulnerabilidade à doença	NC	Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	IC	4	Um para um
Proporcionar tranquilidade e conforto	NC	Implementar Cuidados de Conforto	IC	2	Um para um
Controlar o ambiente para facilitar a confiança	NC	Estabelecer Confiança/ Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	IC	2	Um para muitos
Dar informações corretas, usando linguagem simples	NC	Facilitar a Aprendizagem	IC	4	Um para um
Apoiar enfrentamento do medo	NC	Aconselhar sobre Medos	IC	3	Um para um
Facilitar a verbalização sobre o processo de morte	NC	Facilitar Capacidade para Falar sobre o Processo de Morrer	IC	2	Um para um
Facilitar a obtenção de apoio espiritual	NC	Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Espiritual	IC	4	Um para um
Manter ambiente seguro e a voz calma	NC	Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)/ Usar Técnica Calmante	IC	2	Um para muitos
Obter Dados sobre qualidade de vida	C	Obter Dados sobre Qualidade de Vida	IC	1	Um para um
Estimular socialização	NC	Promover Capacidade para Socializar-se	IC	3	Um para um
Realizar Terapia do Humor (ou do Riso)	NC	Terapia do Humor (ou do Riso)	IC	2	Um para um
Estimular Papel de Lazer	NC	Papel de Lazer	F	4	Um para um
Promover Terapia Recreacional	C	Promover Terapia Recreacional	IC	1	Um para um
Orientar idosa sobre saúde e bem-estar pelo serviço de educação em saúde	NC	Orientar sobre Comportamento de Busca de Saúde	IC	4	Um para um

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
Estimular apoio familiar	NC	Promover Apoio Familiar	IC	4	Um para um
Aplicar medidas de precaução padrão contra infecção	NC	Prevenir Infecção	IC	4	Um para um
Monitorar sinais e sintomas de infecção	C	Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção	IC	1	Um para um
Obter dados de conhecimento do indivíduo, família e cuidador sobre infecção cruzada, e dados da suscetibilidade da idosa à infecção cruzada	NC	Obter Dados de Conhecimento sobre Infecção Cruzada	IC	4	Um para um
Orientar família, idosa e cuidador sobre prevenção de infecção cruzada	NC	Orientar Família sobre Prevenção de Infecção Cruzada/ Orientar sobre Prevenção de Infecção Cruzada	IC	4	Um para muitos
Minimizar sofrimento	NC			5	
Discutir sobre experiências emocionais com a paciente	NC	Obter Dados sobre Apoio Emocional/ Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Emocional	IC	4	Um para muitos
Apoiar tomada de decisões	NC	Apoiar Processo de Tomada de Decisão	IC	2	Um para um
Aumentar socialização e sentimentos de esperança	NC	Promover Capacidade para Socializar-se/ Promover Esperança	IC	2	Um para muitos
Encaminhar para terapias	NC	Encaminhar para Serviço Auxiliar de Saúde	IC	4	Um para um
Vulnerabilidade individual – Requisito universal					
Orientar quanto às medidas de tratamento necessárias	NC	Orientar sobre Regime Terapêutico	IC	2	Um para um
Elogiar cumprimento do regime medicamentoso	NC	Reforçar Adesão	IC	4	Um para um
Aconselhar manutenção da adesão à terapia	NC	Reforçar Adesão	IC	4	Um para um
Supervisionar periodicamente a busca e o uso da terapia medicamentosa	NC	Monitorar Adesão à Medicação	IC	2	Um para um
Analisar evolução de sinais e sintomas de melhora	NC	Gerenciar Sintomas	IC	4	Um para um
Promover atmosfera favorável à manutenção da	NC			5	

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
adesão no serviço de promoção da saúde					
Estimular continuidade da adesão a um regime de teste diagnóstico, independente da condição de saúde identificada	NC			5	
Garantir (ou Assegurar) o acesso ao teste diagnóstico na Unidade de Atenção à Saúde	NC			5	
Ouvir necessidades espirituais da idosa	NC	Obter Dados sobre Crenças Espirituais	IC	4	Um para um
Investigar o desejo de prática espiritual acessível	NC	Obter Dados sobre Condição Espiritual	IC	4	Um para um
Estimular posicionamento espiritual	NC	Obter Dados sobre Crenças Espirituais	IC	4	Um para um
Observar se há prática de saúde sendo executada em conflito com a religiosidade da cliente	NC	Proteger Crenças Religiosas	IC	4	Um para um
Promover espaço e tempo apropriado à prática espiritual e religiosa, quando for possível	NC	Prover (Proporcionar, Fornecer) Privacidade para Comportamento Espiritual	IC	4	Um para um
Instruir idosa para cuidar (ou tomar conta) da saúde por meio de material de aprendizagem	NC	Orientar sobre Autocuidado/ Prover (Proporcionar, Fornecer) Material Instrucional	IC	4	Um para muitos
Proporcionar informações de prevenção de doenças, tratamento e promoção de bem-estar pelo serviço de educação em saúde	NC			5	
Empoderar idosa para sua necessidade de cuidado	NC			5	
Estimular percepção de identidade pessoal relacionada ao gênero	NC	Reforçar Identidade Pessoal	IC	4	Um para um
Incentivar a idosa à verbalização de ideias e valores condizentes com sua identidade de gênero	NC			5	
Obter dados sobre Disposição (ou Prontidão) da idosa para desempenhar atividades de cuidado	NC	Obter Dados sobre Disposição (ou Prontidão) para Manejo (Controle),	IC	4	Um para um

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
(especificar)		por si próprio			
Colaborar com os cuidados (especificar) à idosa	NC	Colaborar com Paciente	IC	4	Um para um
Motivar família e/ou cuidador a identificar a necessidade de cuidado (especificar) da idosa	NC	Obter Dados sobre Necessidades de Cuidado de Saúde e Social	IC	4	Um para um
Encorajar papel de prevenção à infecção	NC	Papel de prevenção	F	4	Um para um
Aconselhar prática sexual segura (risco de contrair DST e HIV/aids)	NC	Aconselhar sobre Comportamento Sexual	IC	4	Um para um
Orientar sobre padrões de prevenção	NC	Orientar sobre Prevenção de Infecção Cruzada	IC	3	Um para um
Orientar a idosa sobre o impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na sexualidade	NC			5	
Analisar a interferência das doenças crônicas e efeitos dos medicamentos em uso sobre a sexualidade	NC			5	
Oferecer apoio psicológico à idosa e seu companheiro	NC	Apoiar Condição Psicológica	IC	4	Um para um
Diminuir contato da idosa com fontes de infecção	NC	Prevenir Infecção	IC	4	Um para um
Monitorar sinais e sintomas de infecção	C	Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção	IC	1	Um para um
Orientar quanto à adoção de medidas de prevenção contra infecção	NC	Orientar sobre Prevenção de Infecção Cruzada	IC	4	Um para um
Orientar família sobre suscetibilidade e prevenção da infecção	NC	Orientar Família sobre Prevenção de Infecção	IC	2	Um para um
Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	NC	Técnica de feedback	M	4	Um para um
Vulnerabilidade social – Requisito de desvio de saúde					
Proporcionar atmosfera que facilite a confiança da idosa e da família	NC	Estabelecer Confiança	IC	4	Um para um
Usar abordagem calma e segura	NC	Usar Técnica Calmante	IC	4	Um para um
Estimular pensamentos positivos	NC			5	
Incentivar participação em grupo de apoio	NC	Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	IC	4	Um para um

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
Respeitar princípios e valores morais da idosa	NC			5	
Auxiliar psicologicamente para que a idosa possa progredir no enfrentamento do estigma	NC			5	
Orientar comunidade sobre doença	C	Orientar Comunidade sobre Doença	IC	1	Um para um
Minimizar estigma inserindo a sociedade no processo de enfrentamento	NC	Promover Enfrentamento, Eficaz	IC	4	Um para um
Apoiar o enfrentamento da discriminação por idade e gênero	NC	Promover Enfrentamento, Eficaz	IC	4	Um para um
Estimular atmosfera social de aceitação dos fatores distintivos por meio da educação em saúde	NC	Facilitar Aceitação do Envelhecimento	IC	4	Um para um
Orientar familiares da idosa sobre prevenção de violência	NC	Prevenção de Violência	IC	4	Um para um
Obter dados sobre o risco de violência física, emocional, financeira e sexual	NC	Obter Dados sobre Risco de Violência	IC	4	Um para um
Estimular verbalização de sofrimento de ações violentas	NC	Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	IC	4	Um para um
Notificar situação de risco social	NC	Notificar sobre Emprego/ Notificar sobre Habitação	IC	3	Um para muitos
Vulnerabilidade social – Requisito de desenvolvimento					
Verificar se a paciente idosa apresenta sinais de abuso físico e/ou emocional	NC	Fazer Rastreamento (Screening) de Abuso	IC	4	Um para um
Notificar abuso junto às autoridades competentes	NC	Notificar	A	4	Um para um
Investigar suporte familiar e social	NC	Obter Dados sobre Apoio Social	IC	4	Um para um
Participar da rotina de cuidados da idosa junto ao seu cuidador principal	NC	Apoiar Cuidador	IC	4	Um para um
Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	NC	Obter Dados sobre Disposição (ou Prontidão) para Aprender	IC	3	Um para um
Oferecer informações compatíveis com a situação e necessidades da paciente	NC			5	
Utilizar linguagem simples e clara	NC	Facilitar a Aprendizagem	IC	4	Um para um
Assegurar que informações coerentes estejam	NC			5	

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
sendo oferecidas por vários membros da equipe de cuidados de saúde					
Vulnerabilidade social – Requisito universal					
Obter dados sobre processo familiar	C	Obter Dados sobre Processo Familiar	IC	1	Um para um
Estimular processo familiar eficaz	NC	Promover Processo Familiar, Eficaz	IC	2	Um para um
Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	NC	Orientar sobre Processo Familiar	IC	4	Um para um
Facilitar participação da família no planejamento do cuidado	NC	Facilitar Capacidade para Participar no Planejamento do Cuidado	IC	4	Um para um
Encaminhar ao assistente social	NC	Encaminhar para Assistente Social	IC	1	Um para um
Explicar sobre os direitos da paciente	NC	Explicar Direitos do Paciente	IC	2	Um para um
Prover (proporcionar, fornecer) apoio social	C	Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Social	IC	1	Um para um
Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias	NC	Promover Capacidade para Socializar-se	IC	4	Um para um
Obter dados sobre autocuidado	C	Obter Dados sobre Autocuidado	IC	1	Um para um
Estimular capacidade para executar o autocuidado	NC	Promover Autocuidado	IC	4	Um para um
Empoderar cuidador para conclusão de atividades necessárias ao cuidado	NC			5	
Auxiliar cuidador no autocuidado	NC	Apoiar Cuidador	IC	4	Um para um
Explicar direitos do paciente à idosa, família e comunidade	NC	Explicar Direitos do Paciente	IC	4	Um para um
Estimular processo comunitário eficaz	NC			5	
Intermediação cultural	C	Intermediação Cultural	A/IC	1	Um para um
Respeitar crença cultural	NC	Proteger Crenças Culturais	IC	2	Um para um
Promover aceitação do plano de cuidados	NC			5	
Avaliar aceitação do plano de cuidados	NC			5	
Encorajar a socialização pela participação em	NC	Promover Capacidade para	IC	4	Um para um

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
atividades sociais		Socializar-se			
Motivar apoio familiar	NC	Promover Apoio Familiar	IC	2	Um para um
Estabelecer relação de confiança com a paciente	NC	Estabelecer Confiança	IC	2	Um para um
Orientar a idosa, família e comunidade sobre sua condição de saúde	NC			5	
Motivar a autopercepção	NC	Promover autoestima/ Promover Autoeficácia	IC	4	Um para muitos
Prover (proporcionar, fornecer) apoio emocional	C	Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Emocional	IC	1	Um para um
Realizar Terapia do humor (ou do riso)	NC	Terapia do Humor (ou do Riso)	IC	2	Um para um
Apoiar papel de gênero, incentivando posicionamento individual compatível com a identidade de gênero	NC	Reforçar Identidade Pessoal	IC	4	Um para um
Estimular a paciente a desempenhar o seu papel na sociedade	NC			5	
Obter dados sobre os fatores comprometedores do estabelecimento de relações sociais	NC			5	
Discutir as limitações do apoio social com a paciente	NC	Obter Dados sobre Apoio Social	IC	4	Um para um
Orientar sobre comunicação efetiva	NC	Orientar sobre Comunicação, Efetiva	IC	1	Um para um
Estimular papel comunitário	NC			5	
Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos familiares	NC			5	
Orientar sobre processo familiar eficaz	NC	Orientar sobre Processo Familiar	IC	4	Um para um
Estimular comunicação familiar eficaz	NC	Promover Comunicação Familiar, Eficaz	IC	2	Um para um
Orientar a família sobre papel de unidade familiar	NC			5	
Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	NC	Facilitar Capacidade da Família para Participar no Plano de Cuidado		5	
Vulnerabilidade programática – Requisito de desvio de saúde					

Conceitos-fonte	Relação com a CIPE®	Conceitos-alvo	Eixo	Grau de Equivalência	Cardinalidade
Facilitar acesso a tratamento	C	Facilitar Acesso a Tratamento	IC	1	Um para um
Discutir com equipe interprofissional sobre disponibilidade de medicamentos em pontos descentralizados	NC			5	
Orientar o uso de medicamentos	NC	Orientar sobre medicação	IC	2	Um para um
Orientar família sobre comportamento de busca de saúde	C	Orientar Família sobre Comportamento de Busca de Saúde	IC	1	Um para um
Vulnerabilidade programática – Requisito universal					
Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito	NC	Estabelecer Confiança	IC	4	Um para um
Garantir privacidade e confidencialidade	NC	Prover (Proporcionar, Fornecer) Privacidade	IC	4	Um para um
Explicar sobre direitos da paciente	NC	Explicar Direitos do Paciente	IC	1	Um para um
Garantir direitos da paciente nos serviços de saúde	NC	Proteger Direitos do Paciente	IC	4	Um para um
Criar uma atmosfera de aceitação isenta de juízos	NC			5	
Liderar reflexões acerca das especificidades não contempladas pelas políticas de saúde	NC			5	
Trabalhar em rede no apoio às necessidades de população alvo	NC	Colaborar com Equipe Interprofissional	IC	4	Um para um

Legenda: C = constante; NC = não constante; F = eixo foco; A = eixo ação IC = conceito de intervenção.

APÊNDICE C

Instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids – Fase de teste piloto

Dados sóciodemográficos			
Nome:		Idade:	Data de nascimento:
Filhos: () sim () não. Quantos:	Prontuário:	Estado marital: () solteira () vive com companheiro(a) () casada	
Com quem reside?		Estado civil:	
Local de moradia:		Raça:	
Necessita de cuidador? () sim () não. Quem é o principal cuidador?			
Religião/Espiritualidade:		Ocupação:	
Escolaridade:		Naturalidade:	
Sexo:		Gênero:	
Informações adicionais:			

Preencha um X no campo ☐ quando o elemento da prática clínica (diagnóstico/resultado ou intervenção de enfermagem) e/ou indicador clínico correspondente for reconhecido no caso clínico em estudo.

Tal marcação representará a operacionalização/aplicabilidade clínica do elemento e/ou indicador clínico.

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
Requisito de desvio de saúde	<input type="checkbox"/> Comportamentos sugestivos de embriaguez ou abstinência alcoólica	<input type="checkbox"/> 1. Abuso de álcool (ou alcoolismo)	<input type="checkbox"/> 1. Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool	AE
	<input type="checkbox"/> Relato de abuso de bebida alcoólica por parte da paciente ou de familiares		<input type="checkbox"/> 2. Estimular estratégias de redução gradual do consumo de álcool (especificar)	
			<input type="checkbox"/> 3. Aconselhar adesão à terapia de grupo de apoio	AE
			<input type="checkbox"/> 4. Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	TC
		Intervenções úteis a acrescentar:		
	Resultados de Enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração de sentimentos de	<input type="checkbox"/> 2. Atitude em	<input type="checkbox"/> 5. Obter Dados sobre Aceitação da Condição de	PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
	culpa pela condição de saúde e/ou de recusa do quadro clínico.	relação à condição de saúde negativa	Saúde <input type="checkbox"/> 6. Fornecer esclarecimentos sobre o contexto de vulnerabilidade	AE
	<input type="checkbox"/> Demonstração de intenção negativa em relação ao cumprimento do tratamento por meio de gesto ou postura.	<input type="checkbox"/> 3. Atitude em relação ao tratamento conflituosa	<input type="checkbox"/> 7. Obter Dados sobre Atitude em Relação ao Regime Terapêutico <input type="checkbox"/> 8. Estimular atitude positiva por meio da ênfase na melhoria da condição de saúde <input type="checkbox"/> 9. Apoiar gerenciamento do plano terapêutico, com orientações sobre a terapia estabelecida <input type="checkbox"/> 10. Fornecer informações acerca da importância em aderir à terapia prescrita	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Verbalização de crenças negativas sobre si mesma, de falta de confiança em si mesma e de imagens negativas, com dificuldade para aceitação de elogios, de encorajamento e de críticas construtivas.	<input type="checkbox"/> 4. Baixa Autoestima	<input type="checkbox"/> 11. Encorajar a idosa a identificar e expressar sentimentos <input type="checkbox"/> 12. Estimular autopercepção comportamental e as suas consequências <input type="checkbox"/> 13. Estimular a idosa na aceitação tanto dos sentimentos positivos quanto dos negativos <input type="checkbox"/> 14. Reforçar Capacidades (ou Aptidões) <input type="checkbox"/> 15. Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	PC AE TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ataque violento, abusivo e ilegal a outro ou a si mesmo, de forma psicológica, física ou financeira, com padrão de comportamento antissocial e violento, inclusive indiretamente.	<input type="checkbox"/> 5. Comportamento violento	<input type="checkbox"/> 16. Usar abordagem calma e segura <input type="checkbox"/> 17. Respeitar princípios e valores da idosa <input type="checkbox"/> 18. Demonstrar compreensão da condição psicológica e de saúde da idosa <input type="checkbox"/> 19. Estimular autopercepção <input type="checkbox"/> 20. Estimular verbalização de sofrimento	TC AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
			<input type="checkbox"/> 21. Relatar Condição a Membro da Família	TC
			<input type="checkbox"/> 22. Requerer apoio psicossocial	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não preocupação com a prevenção	<input type="checkbox"/> 6. Déficit de autocuidado para prevenção	<input type="checkbox"/> 23. Fornecer informações sobre medidas de autocuidado para prevenção	AE
	<input type="checkbox"/> Ausência de conhecimento sobre a necessidade de prevenção.		<input type="checkbox"/> 24. Orientar quanto aos riscos referentes a não adoção de medidas preventivas	
			<input type="checkbox"/> 25. Estimular compreensão sobre contextos de vulnerabilidade a partir do uso de exemplos	
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Necessidade de realização das atividades terapêuticas por parte dos profissionais de saúde ou de um cuidador instruído.	<input type="checkbox"/> 7. Déficit de autocuidado para tratamento	<input type="checkbox"/> 26. Ensinar sobre medidas de autocuidado para tratamento	AE
			<input type="checkbox"/> 27. Estimular a participação da idosa nas atividades de autocuidado, conforme nível de capacidade	
			<input type="checkbox"/> 28. Incentivar a família e o cuidador para que estimulem o envolvimento da idosa no autocuidado	
			<input type="checkbox"/> 29. Assistência no autocuidado: oferecer medicamento, quando necessário	TC
			<input type="checkbox"/> 30. Assistência no autocuidado: instruir o cuidador para a oferta de medicamento, quando necessário	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Observação/detecção de sintomatologia acompanhante à primária desejada	<input type="checkbox"/> 8. Efeito colateral da medicação	<input type="checkbox"/> 31. Informar sobre os possíveis efeitos colaterais da medicação	AE
			<input type="checkbox"/> 32. Gerenciar Efeito Colateral da Medicação	PC
			<input type="checkbox"/> 33. Estimular verbalização de sinais e sintomas incompatíveis com os esperados	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
			<input type="checkbox"/> 34. Orientar ações não farmacológicas de correção ou minimização das consequências dos efeitos colaterais, tais como estimular dieta rica em fibras e ingestão hídrica, orientar manutenção de ingestão alimentar e medidas de higiene, entre outras	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Comportamento destrutivo em relação a si mesmo	<input type="checkbox"/> 9. Enfrentamento ineficaz	<input type="checkbox"/> 35. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos	PC
	<input type="checkbox"/> Habilidades insuficientes para a resolução de problemas		<input type="checkbox"/> 36. Colaborar na identificação das possíveis consequências de cada escolha	
	<input type="checkbox"/> Incapacidade de lidar com a situação		<input type="checkbox"/> 37. Instruir quanto à disponibilidade de recursos para enfrentamento de problemas por meio de material de aprendizagem	AE
			<input type="checkbox"/> 38. Oferecer informações sobre diagnóstico, prevenção da doença e transmissão do vírus à idosa, família e cuidador	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Comportamento total ou parcialmente não aderente ao regime medicamentoso, que leva a resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos	<input type="checkbox"/> 10. Não adesão ao regime medicamentoso	<input type="checkbox"/> 39. Avaliar fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico	PC
			<input type="checkbox"/> 40. Identificar a condição social da paciente para adaptar orientação ao seu nível de cognição	
			<input type="checkbox"/> 41. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 42. Promover Adesão à Medicação	
			<input type="checkbox"/> 43. Promover adequação do regime terapêutico à rotina diária da idosa	PC
			<input type="checkbox"/> 44. Estimular participação da família na orientação	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
			e administração de medicamentos	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Comportamento total ou parcialmente não aderente ao teste diagnóstico que leva a resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos.	<input type="checkbox"/> 11. Não Adesão ao Regime de Teste Diagnóstico	<input type="checkbox"/> 45. Identificar fatores que dificultam a adesão ao teste diagnóstico <input type="checkbox"/> 46. Fornecer informações sobre as consequências de não diagnosticar <input type="checkbox"/> 47. Orientar Família sobre Teste Diagnóstico	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Relato de abstenção sexual	<input type="checkbox"/> 12. Desempenho Sexual, Prejudicado	<input type="checkbox"/> 48. Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios	AE
	<input type="checkbox"/> Expressão de preocupação quanto à própria sexualidade		<input type="checkbox"/> 49. Esclarecer dúvidas	
	<input type="checkbox"/> Relato de dificuldade na atividade sexual		<input type="checkbox"/> 50. Estimular a atividade sexual de maneira segura <input type="checkbox"/> 51. Investigar relação entre funcionamento sexual e fatores externos	PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não cooperação/adesão da paciente na duração, dosagem e/ou frequência do uso dos remédios	<input type="checkbox"/> 13. Regime medicamentoso interrompido	<input type="checkbox"/> 52. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente <input type="checkbox"/> 53. Informar à paciente as consequências de não tomar ou interromper o medicamento <input type="checkbox"/> 54. Registrar interrupção do regime medicamentoso <input type="checkbox"/> 55. Estimular adesão ao regime medicamentoso <input type="checkbox"/> 56. Ensinar à paciente o método de administração do medicamento, quando necessário <input type="checkbox"/> 57. Colaborar com Cuidador no Manejo (Controle)	AE TC AE PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
			do Regime Medicamentoso	
			<input type="checkbox"/> 58. Analisar grau de eficácia do regime terapêutico por meio de exames laboratoriais (investigação de TCD4 e carga viral)	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não cessação de sintomas e/ou não retorno à condição clínica anterior, original.	<input type="checkbox"/> 14. Falta de Resposta ao Tratamento	<input type="checkbox"/> 59. Orientar a respeito da necessidade de adesão ao tratamento	AE
			<input type="checkbox"/> 60. Avaliar com a equipe interprofissional se o tratamento proposto segue adequadamente a sua condição para realizá-lo	TC
			<input type="checkbox"/> 61. Avaliar Resposta ao Tratamento	
			<input type="checkbox"/> 62. Estimular a integração da paciente ao tratamento proposto	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Observação/detecção clínica e/ou queixa de mudanças nas sensações, funções ou aparência corporal, indicando existência de processo infeccioso.	<input type="checkbox"/> 15. Sintoma de infecção	<input type="checkbox"/> 63. Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção	PC
			<input type="checkbox"/> 64. Analisar resultados de exames laboratoriais junto ao sintoma apresentado	TC
			<input type="checkbox"/> 65. Discutir em equipe interprofissional evidência de infecção	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
Requisito de desenvolvimento	<input type="checkbox"/> Não adoção de medidas preventivas, devido à falta de conhecimento, instrução, orientação e/ou de experiência.	<input type="checkbox"/> 16. Aprendizagem sobre prevenção prejudicada	<input type="checkbox"/> 66. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	PC
			<input type="checkbox"/> 67. Facilitar a aprendizagem sobre prevenção pelo uso de linguagem acessível	AE
			<input type="checkbox"/> 68. Promover aprendizagem sobre prevenção por meio de material instrucional	
			<input type="checkbox"/> 69. Demonstrar técnica de redução de risco de	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
			infecção por DST (colocada e retirada de preservativo masculino e feminino) <input type="checkbox"/> 70. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não alcance de resultados positivos à saúde, devido à falta de instrução, orientação, prática e experiência, de modo que não há mudanças no comportamento de saúde.	<input type="checkbox"/> 17. Aprendizagem sobre saúde prejudicada	<input type="checkbox"/> 71. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente <input type="checkbox"/> 72. Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível <input type="checkbox"/> 73. Promover aprendizagem sobre saúde por meio de folhetos informativos, campanhas educativas e materiais ilustrativos <input type="checkbox"/> 74. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não efetivação das medidas de tratamento devido à falta de instrução, orientação, prática e de experiência, de modo que não há mudanças consideráveis no estado de saúde.	<input type="checkbox"/> 18. Aprendizagem sobre tratamento prejudicada	<input type="checkbox"/> 75. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente <input type="checkbox"/> 76. Promover aprendizagem sobre tratamento por meio de material educativo <input type="checkbox"/> 77. Facilitar a aprendizagem sobre tratamento pelo uso de linguagem acessível <input type="checkbox"/> 78. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Impossibilidade da idosa em decidir sobre o que lhe convém ou não.	<input type="checkbox"/> 19. Autonomia para tomada de decisão ausente	<input type="checkbox"/> 79. Apoiar Processo de Tomada de Decisão <input type="checkbox"/> 80. Estimular posicionamento individual quanto às escolhas	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
		(especificar)	<input type="checkbox"/> 81. Instruir sobre as consequências das possíveis decisões <input type="checkbox"/> 82. Empoderar a idosa para tomar decisões quanto à sua saúde	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada para modificar comportamentos sexuais que comprometem o estado de saúde, caracterizada por atitude negativa e falta de conhecimento para prevenir problemas de saúde.	<input type="checkbox"/> 20. Comportamento sexual prejudicado	<input type="checkbox"/> 83. Orientar a idosa sobre práticas sexuais de baixo risco <input type="checkbox"/> 84. Encorajar a idosa à avaliação do seu comportamento sexual <input type="checkbox"/> 85. Investigar presença de fatores contribuintes <input type="checkbox"/> 86. Compartilhar conhecimento sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Apresentação de informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações, com interesse insuficiente em aprender.	<input type="checkbox"/> 21. Déficit de conhecimento em saúde	<input type="checkbox"/> 87. Avaliar a capacidade de aprendizado e o conhecimento da cliente <input type="checkbox"/> 88. Aconselhar a paciente a respeito de vulnerabilidade às doenças <input type="checkbox"/> 89. Explicar sobre processos de adoecimento e práticas saudáveis à idosa, família e comunidade <input type="checkbox"/> 90. Instruir sobre sinais e sintomas e procedimentos adequados de cuidado à saúde	AE
	<input type="checkbox"/> Comportamentos inapropriados ou seguimento inadequado de instruções.			
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Expressão ou percepção de sentimentos negativos.	<input type="checkbox"/> 22. Emoção negativa	<input type="checkbox"/> 91. Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos <input type="checkbox"/> 92. Auxiliar a paciente no reconhecimento de seus sentimentos	AE
				PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
			<input type="checkbox"/> 93. Encaminhar a paciente para serviço especializado	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Preocupação excessiva com determinado fato ou com determinada possibilidade, que pode desaparecer com o fim da situação ameaçadora.	<input type="checkbox"/> 23. Medo	<input type="checkbox"/> 94. Encorajar a paciente a verbalizar o medo e preocupação relativa à vulnerabilidade à doença	AE
			<input type="checkbox"/> 95. Implementar Cuidados de Conforto	TC
			<input type="checkbox"/> 96. Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	PC
			<input type="checkbox"/> 97. Estabelecer Confiança	AE
			<input type="checkbox"/> 98. Dar informações corretas, usando linguagem simples	
			<input type="checkbox"/> 99. Apoiar enfrentamento do medo	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Tensão aumentada, comportamentos de ataque ou de isolamento, foco direcionado sempre para a fonte do medo (a morte), podendo causar comprometimento biopsicossocial.	<input type="checkbox"/> 24. Medo da morte	<input type="checkbox"/> 100. Facilitar Capacidade para Falar sobre o Processo de Morrer	PC
			<input type="checkbox"/> 101. Facilitar a obtenção de apoio espiritual	TC
			<input type="checkbox"/> 102. Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	
			<input type="checkbox"/> 103. Usar Técnica Calmante	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos da idosa.	<input type="checkbox"/> 25. Qualidade de vida prejudicada	<input type="checkbox"/> 104. Obter Dados sobre Qualidade de Vida	PC
			<input type="checkbox"/> 105. Estimular socialização	AE
			<input type="checkbox"/> 106. Terapia do Humor (ou do Riso)	TC
			<input type="checkbox"/> 107. Estimular Papel de Lazer	AE
			<input type="checkbox"/> 108. Promover Terapia Recreacional	TC
	<input type="checkbox"/> Insuficiente acesso à educação e à informação e/ou inserção social negativa.		<input type="checkbox"/> 109. Orientar idosa sobre saúde e bem-estar pelo serviço de educação em saúde	AE
			<input type="checkbox"/> 110. Estimular apoio familiar	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Sintomatologia clínica de infecção, tal como febre e secreções purulentas associadas à infecção anterior.	<input type="checkbox"/> 26. Risco de infecção cruzada	<input type="checkbox"/> 111. Aplicar medidas de precaução padrão contra infecção	TC
			<input type="checkbox"/> 112. Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção	PC
			<input type="checkbox"/> 113. Obter dados de conhecimento da idosa, família e cuidador sobre infecção cruzada, bem como da suscetibilidade da idosa à infecção cruzada	
			<input type="checkbox"/> 114. Orientar família, idosa e cuidador sobre prevenção de infecção cruzada	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Prolongamento da tristeza e/ou angústia, associado ao martírio e à necessidade de tolerar sintomas físicos crônicos, estresse psicológico crônico, má reputação ou injustiça.	<input type="checkbox"/> 27. Sofrimento	<input type="checkbox"/> 115. Minimizar sofrimento	TC
			<input type="checkbox"/> 116. Discutir sobre experiências emocionais com a paciente	PC
Requisito universal			<input type="checkbox"/> 117. Apoiar Processo de Tomada de Decisão	AE
			<input type="checkbox"/> 118. Promover Capacidade para Socializar-se	PC
			<input type="checkbox"/> 119. Promover Esperança	
			<input type="checkbox"/> 120. Encaminhar para terapias	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Motivação pessoal de buscar medicamentos na data devida, tomá-los conforme orientação e modificar comportamentos errôneos, com consequente apresentação de sinais de melhora.	<input type="checkbox"/> 28. Adesão ao regime medicamentoso	<input type="checkbox"/> 121. Orientar sobre Regime Terapêutico	AE
			<input type="checkbox"/> 122. Elogiar cumprimento do regime medicamentoso	
			<input type="checkbox"/> 123. Aconselhar manutenção da adesão à terapia	TC
			<input type="checkbox"/> 124. Monitorar Adesão à Medicação	
			<input type="checkbox"/> 125. Analisar evolução de sinais e sintomas de melhora	PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
	<input type="checkbox"/> Demonstração de internalização do valor de comportamentos de cuidado com a saúde e pela motivação pessoal em consonância à boa relação com os profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/> 29. Adesão ao teste diagnóstico	<input type="checkbox"/> 126. Promover atmosfera favorável à manutenção da adesão no serviço de promoção da saúde	TC
			<input type="checkbox"/> 127. Estimular continuidade da adesão a um regime de teste diagnóstico, independente da condição de saúde identificada	AE
			<input type="checkbox"/> 128. Garantir (ou Assegurar) o acesso ao teste diagnóstico na Unidade de Atenção à Saúde	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Indisposição da idosa em manter e/ou abandonar ações influenciadas pelos princípios espirituais de vida.	<input type="checkbox"/> 30. Crença espiritual conflituosa	<input type="checkbox"/> 129. Ouvir necessidades espirituais da idosa	PC
			<input type="checkbox"/> 130. Investigar o desejo de prática espiritual acessível	TC
			<input type="checkbox"/> 131. Estimular posicionamento espiritual	AE
			<input type="checkbox"/> 132. Observar se há prática de saúde sendo executada em conflito com a religiosidade da cliente	TC
			<input type="checkbox"/> 133. Promover espaço e tempo apropriado à prática espiritual e religiosa, quando for possível	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Diminuição da capacidade de proporcionar cuidados à própria saúde, incluindo identificação, prevenção de doenças, promoção de bem-estar e tratamento da saúde, quando necessário, caracterizado por atender às próprias necessidades de saúde.	<input type="checkbox"/> 31. Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz	<input type="checkbox"/> 134. Instruir idosa para cuidar (ou tomar conta) da saúde por meio de material de aprendizagem	AE
			<input type="checkbox"/> 135. Proporcionar informações de prevenção de doenças, tratamento e promoção de bem-estar pelo serviço de educação em saúde	
			<input type="checkbox"/> 136. Empoderar idosa para sua necessidade de cuidado	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Confusão em relação a valores	<input type="checkbox"/> 32. Identidade	<input type="checkbox"/> 137. Estimular percepção de identidade pessoal	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
	ideológicos, descrição de si mesmo por ideias inapropriadas, sensação de estranhamento, e sentimentos oscilantes sobre seu gênero.	de gênero ineficaz	relacionada ao gênero <input type="checkbox"/> 138. Incentivar a idosa à verbalização de ideias e valores condizentes com sua identidade de gênero	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Evidência de impossibilidade de deixar de agir em benefício da idosa.	<input type="checkbox"/> 33. Necessidade de cuidado (especificar)	<input type="checkbox"/> 139. Obter dados sobre Disposição (ou Prontidão) da idosa para desempenhar atividades de cuidado (especificar) <input type="checkbox"/> 140. Colaborar com os cuidados (especificar) à idosa <input type="checkbox"/> 141. Motivar família e/ou cuidador a identificar a necessidade de cuidado (especificar) da idosa	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Relato ou identificação de não desempenho das responsabilidades com medidas preventivas de acordo com normas.	<input type="checkbox"/> 34. Papel de prevenção ineficaz	<input type="checkbox"/> 142. Encorajar papel de prevenção à infecção <input type="checkbox"/> 143. Aconselhar prática sexual segura (risco de contrair DST e HIV/aids) <input type="checkbox"/> 144. Orientar sobre padrões de prevenção	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Relato de abstenção ou de prejuízo na atividade sexual.	<input type="checkbox"/> 35. Desempenho Sexual, Prejudicado	<input type="checkbox"/> 145. Orientar a idosa sobre o impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na sexualidade <input type="checkbox"/> 146. Analisar a interferência das doenças crônicas e efeitos dos medicamentos em uso sobre a sexualidade <input type="checkbox"/> 147. Oferecer apoio psicológico à idosa e seu companheiro	AE TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Fatores de risco, tais como evidência de contato com fontes de infecção, conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica.	<input type="checkbox"/> 36. Risco de infecção	<input type="checkbox"/> 148. Diminuir contato da idosa com fontes de infecção	PC
			<input type="checkbox"/> 149. Monitorar sinais e sintomas de infecção	TC
			<input type="checkbox"/> 150. Orientar quanto à adoção de medidas de prevenção contra infecção	AE
			<input type="checkbox"/> 151. Orientar Família sobre Prevenção de Infecção	
			<input type="checkbox"/> 152. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
Requisito de desvio de saúde	<input type="checkbox"/> Expressão de tristeza e aflição relacionadas a princípios e valores diante de normas instituídas.	<input type="checkbox"/> 1. Angústia moral	<input type="checkbox"/> 1. Proporcionar atmosfera que facilite a confiança da idosa e da família	TC
			<input type="checkbox"/> 2. Usar abordagem calma e segura	AE
			<input type="checkbox"/> 3. Estimular pensamentos positivos	
			<input type="checkbox"/> 4. Incentivar participação em grupo de apoio	TC
			<input type="checkbox"/> 5. Respeitar princípios e valores morais da idosa	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de Enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Acesso desigual à participação social ou a	<input type="checkbox"/> 2. Estigma	<input type="checkbox"/> 6. Auxiliar psicologicamente para que a idosa possa progredir no enfrentamento do estigma	PC

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
	oportunidade.			
	<input type="checkbox"/> Prática de associar descrédito e/ou vergonha a outro.		<input type="checkbox"/> 7. Orientar Comunidade sobre Doença	AE
	<input type="checkbox"/> Discriminação por idade e por gênero ou quando o mesmo apresenta condições diversas, tais como doença mental, incapacidade física, posicionamento religioso ou comportamental divergentes.		<input type="checkbox"/> 8. Minimizar estigma inserindo a sociedade no processo de enfrentamento	TC
			<input type="checkbox"/> 9. Apoiar o enfrentamento da discriminação por idade e gênero	AE
			<input type="checkbox"/> 10. Estimular atmosfera social de aceitação dos fatores distintivos por meio da educação em saúde	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração do poder do indivíduo em ser nocivo ao outro, física, emocional ou sexualmente.	<input type="checkbox"/> 3. Risco de violência	<input type="checkbox"/> 11. Orientar familiares da idosa sobre prevenção de violência	AE
			<input type="checkbox"/> 12. Obter dados sobre o risco de violência física, emocional, financeira e sexual	PC
			<input type="checkbox"/> 13. Estimular verbalização de sofrimento de ações violentas	AE
Requisito de desenvolvimento			<input type="checkbox"/> 14. Notificar situação de risco social	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Maus tratos, exploração ou abandono de ordem emocional, financeira, nutricional, sexual ou físico, comumente oriundos de alguém da confiança da pessoa idosa, como membro da família ou funcionários de	<input type="checkbox"/> 4. Abuso à mulher idosa (especificar)	<input type="checkbox"/> 15. Verificar se a paciente idosa apresenta sinais de abuso físico e/ou emocional	TC
			<input type="checkbox"/> 16. Notificar abuso junto às autoridades competentes	
			<input type="checkbox"/> 17. Investigar suporte familiar e social	
			<input type="checkbox"/> 18. Participar da rotina de cuidados da idosa junto ao seu cuidador principal	PC

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
	instituição.			
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Incapacidade em reconhecer práticas/comportamentos de risco para a infecção, sinais e sintomas de doenças.	<input type="checkbox"/> 5. Acesso a conhecimento em saúde prejudicado	<input type="checkbox"/> 19. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente <input type="checkbox"/> 20. Oferecer informações compatíveis com a situação e necessidades da paciente <input type="checkbox"/> 21. Utilizar linguagem simples e clara	PC
	<input type="checkbox"/> Apresenta informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações.		<input type="checkbox"/> 22. Assegurar que informações coerentes estejam sendo oferecidas por vários membros da equipe de cuidados de saúde	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
Requisito universal	<input type="checkbox"/> Ausência ou desorganização da ajuda biopsicossocial e espiritual desempenhada pela família, podendo levar à resolução ineficaz de problemas e a conflitos familiares e individuais.	<input type="checkbox"/> 6. Apoio familiar ausente	<input type="checkbox"/> 23. Obter dados sobre processo familiar <input type="checkbox"/> 24. Promover Processo Familiar, Eficaz <input type="checkbox"/> 25. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa <input type="checkbox"/> 26. Facilitar participação da família no planejamento do cuidado <input type="checkbox"/> 27. Encaminhar para Assistente Social	PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ausência de inserção efetiva em atividades sociais ou ausência de acesso aos sistemas de suporte social.	<input type="checkbox"/> 7. Apoio social ineficaz	<input type="checkbox"/> 28. Explicar Direitos do Paciente <input type="checkbox"/> 29. Prover (proporcionar, fornecer) apoio social <input type="checkbox"/> 30. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			TC
	Resultados de enfermagem:			PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
	acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração de frustração, apreensão quanto às condições de saúde da pessoa idosa receptora de cuidados, impaciência e oscilação emocional por parte do cuidador.	<input type="checkbox"/> 8. Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada	<input type="checkbox"/> 31. Obter dados sobre autocuidado <input type="checkbox"/> 32. Estimular capacidade para executar o autocuidado <input type="checkbox"/> 33. Empoderar cuidador para conclusão de atividades necessárias ao cuidado <input type="checkbox"/> 34. Auxiliar cuidador no autocuidado	PC AE TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna.	<input type="checkbox"/> 9. Direitos da idosa prejudicados	<input type="checkbox"/> 35. Explicar direitos do paciente à idosa, família e comunidade <input type="checkbox"/> 36. Estimular processo comunitário eficaz	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Fatores diferenciais, em relação ao grupo, na aceitação ou não de condutas de prevenção e/ou tratamento.	<input type="checkbox"/> 10. Diversidade cultural	<input type="checkbox"/> 37. Intermediação Cultural <input type="checkbox"/> 38. Proteger Crenças Culturais <input type="checkbox"/> 39. Promover aceitação do plano de cuidados <input type="checkbox"/> 40. Avaliar aceitação do plano de cuidados	TC AE TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Desejo de estar sozinha, por sentir-se diferente dos outros, pela insegurança em público,	<input type="checkbox"/> 11. Isolamento social	<input type="checkbox"/> 41. Encorajar a socialização pela participação em atividades sociais <input type="checkbox"/> 42. Promover Apoio Familiar	PC

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
	pela insatisfação com o envolvimento social.		<input type="checkbox"/> 43. Estabelecer Confiança	TC
	<input type="checkbox"/> Relato familiar de mudança na interação social		<input type="checkbox"/> 44. Orientar a idosa, família e comunidade sobre sua condição de saúde	AE
			<input type="checkbox"/> 45. Motivar a autopercepção	PC
			<input type="checkbox"/> 46. Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Emocional	TC
			<input type="checkbox"/> 47. Terapia do Humor (ou do Riso)	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Dificuldade de adotar padrão de comportamento e autoexpressão de um ou de outro sexo que atenda às expectativas dos indivíduos e sociedade em relação ao que é próprio ou impróprio do papel de ser homem ou de ser mulher.	<input type="checkbox"/> 12. Papel de gênero ineficaz	<input type="checkbox"/> 48. Apoiar papel de gênero, incentivando posicionamento individual compatível com a identidade de gênero <input type="checkbox"/> 49. Estimular a paciente a desempenhar o seu papel na sociedade	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
<input type="checkbox"/> Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações entre a pessoa idosa e a sua unidade social, com quem compartilha área geográfica, condições ou interesses, para interagir e atender necessidades recíprocas.	<input type="checkbox"/> 13. Relacionament o com a comunidade negativo	<input type="checkbox"/> 50. Obter dados sobre os fatores comprometedores do estabelecimento de relações sociais <input type="checkbox"/> 51. Discutir as limitações do apoio social com a paciente <input type="checkbox"/> 52. Orientar sobre Comunicação, Efetiva <input type="checkbox"/> 53. Estimular papel comunitário	PC	
			AE	

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	TSE*
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações comportamentais, psicológicas e sociais entre a pessoa idosa e os demais membros da família nuclear e estendida, para interagir e atender necessidades recíprocas.	<input type="checkbox"/> 14. Processo familiar, Prejudicado	54. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos familiares 55. Orientar sobre processo familiar eficaz 56. Estimular comunicação familiar eficaz 57. Orientar a família sobre papel de unidade familiar 58. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			AE
	Resultados de enfermagem:			

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
Requisito de desvio de saúde	<input type="checkbox"/> Dificuldades geográficas, de transporte, financeiras e de disponibilidade nos serviços de saúde para utilizar medicamentos prescritos e adotar condutas de cuidado.	<input type="checkbox"/> 1. Acesso a tratamento prejudicado	<input type="checkbox"/> 1. Facilitar acesso a tratamento <input type="checkbox"/> 2. Discutir com equipe interprofissional sobre disponibilidade de medicamentos em pontos descentralizados <input type="checkbox"/> 3. Orientar sobre medicação <input type="checkbox"/> 4. Orientar família sobre comportamento de busca de saúde	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			AE
	Resultados de Enfermagem:			

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TS E*
Requisito universal	<input type="checkbox"/> Descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna, o desrespeito dos direitos da mesma com relação à confidencialidade, à dignidade e honra.	<input type="checkbox"/> 2. Direitos do paciente prejudicados	<input type="checkbox"/> 5. Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito	TC
			<input type="checkbox"/> 6. Garantir privacidade e confidencialidade	
			<input type="checkbox"/> 7. Explicar Direitos do Paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 8. Garantir direitos da paciente nos serviços de saúde	TC
			<input type="checkbox"/> 9. Criar uma atmosfera de aceitação isenta de juízos	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ausência de atendimento às especificidades de parte da população alvo das ações propostas na declaração ampla documentada, que esboça diretrizes insuficientes e inespecíficas para a tomada de decisão na prestação de serviços de saúde.	<input type="checkbox"/> 3. Política de saúde parcial	<input type="checkbox"/> 10. Liderar reflexões acerca das especificidades não contempladas pelas políticas de saúde	TC
			<input type="checkbox"/> 11. Trabalhar em rede no apoio às necessidades de população alvo	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
Resultados de enfermagem:				

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Modelo de relato:

Iniciais do nome, idade, gênero, cor, ocupação, filhos, estado civil, grau de instrução, religião.

Achados clínicos em relação aos requisitos de autocuidado:

Universal (manutenção e funcionalidade do indivíduo, envolvendo os requisitos de nutrição, respiração, eliminação, bem-estar, interação social, prevenção de perigos e promoção de saúde social e humana):

Desenvolvimento (necessitam dos requisitos universais para alcançar o desenvolvimento ideal, ao enfrentar situações novas):

Desvio de saúde (escolhas diante de um problema de saúde, para recuperar a saúde, reabilitar o indivíduo ou controlar o problema, sendo direcionadas às enfermidades, defeitos e incapacidades, envolvendo os requisitos de garantir ajuda médica, tomar ciência de efeitos e resultados, realizar prevenção, recuperação e controle, conhecer, observar e regular efeitos colaterais, enquadrar-se em formas específicas de atendimento demandadas, aceitar-se e adaptar-se, e superar adversidades para alcançar desenvolvimento):

Diagnósticos de enfermagem	Resultados de enfermagem
Podem constar DEs da CIPE® que não constem no subconjunto, mas sejam úteis à clientela.	
Intervenções de enfermagem	

APÊNDICE D

Instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids – Segunda fase de validação

Dados sóciodemográficos		
Nome:	Idade:	Data de nascimento:
Nome social:	Renda familiar:	
Filhos: () sim () não. Quantos:	Prontuário:	Estado conjugal: () vive em união () casamento civil e/ou religioso () união consensual () não vive em união
Com quem reside?	Estado civil: () solteira () casada () divorciada/desquitada ou separada judicialmente () viúva	
Local de moradia:	Raça:	
Necessita de cuidador? () sim () não. Quem é o principal cuidador?		
Religião/Espiritualidade:	Ocupação:	
Escolaridade:	Naturalidade:	
Sexo:	Gênero:	
Informações adicionais:		

Preencha um X no campo ☐ quando o elemento da prática clínica (diagnóstico/resultado ou intervenção de enfermagem) e/ou indicador clínico correspondente for reconhecido no caso clínico em estudo.

Tal marcação representará a operacionalização/aplicabilidade clínica do elemento e/ou indicador clínico.

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
Requisito de desvio de saúde	<input type="checkbox"/> Comportamentos sugestivos de embriaguez ou abstinência alcoólica	<input type="checkbox"/> 1. Abuso de álcool (ou alcoolismo)	<input type="checkbox"/> 1. Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool (especificar)	AE
	<input type="checkbox"/> Relato de abuso de bebida alcoólica por parte da paciente ou de		<input type="checkbox"/> 2. Estimular estratégias de redução gradual do consumo de álcool (especificar)	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	familiares		<input type="checkbox"/> 3. Aconselhar adesão à terapia de grupo de apoio	AE
			<input type="checkbox"/> 4. Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de Enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração de sentimento de culpa pela condição de saúde e/ou de recusa do quadro clínico.	<input type="checkbox"/> 2. Atitude em relação à condição de saúde negativa	<input type="checkbox"/> 5. Obter Dados sobre Aceitação da Condição de Saúde	PC
			<input type="checkbox"/> 6. Fornecer esclarecimentos sobre o contexto de vulnerabilidade	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de Enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração de intenção negativa em relação ao cumprimento do tratamento por meio de gesto ou postura.	<input type="checkbox"/> 3. Atitude em relação ao tratamento conflituosa	<input type="checkbox"/> 7. Obter Dados sobre Atitude em Relação ao Regime Terapêutico	PC
			<input type="checkbox"/> 8. Estimular atitude positiva por meio da ênfase na melhoria da condição de saúde	AE
			<input type="checkbox"/> 9. Apoiar gerenciamento do plano terapêutico, com orientações sobre a terapia estabelecida	
			<input type="checkbox"/> 10. Fornecer informações acerca da importância em aderir à terapia prescrita	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Verbalização de crenças negativas sobre si mesma, de falta de confiança em si mesma e de imagens negativas, com dificuldade para aceitação de elogios, de encorajamento e de críticas construtivas.	<input type="checkbox"/> 4. Baixa Autoestima	<input type="checkbox"/> 11. Encorajar a idosa a identificar e expressar sentimentos	PC
			<input type="checkbox"/> 12. Estimular autopercepção comportamental e as suas consequências	AE
			<input type="checkbox"/> 13. Estimular a idosa na aceitação tanto dos sentimentos positivos quanto dos negativos	
			<input type="checkbox"/> 14. Reforçar Capacidades (ou Aptidões)	TC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
			<input type="checkbox"/> 15. Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ataque violento, abusivo e ilegal a outro ou a si mesmo, de forma psicológica, física ou financeira, com padrão de comportamento antissocial e violento, inclusive indiretamente.	<input type="checkbox"/> 5. Comportamento violento	<input type="checkbox"/> 16. Usar abordagem calma e segura <input type="checkbox"/> 17. Respeitar princípios e valores da idosa <input type="checkbox"/> 18. Demonstrar compreensão da condição psicológica e de saúde da idosa <input type="checkbox"/> 19. Estimular autopercepção <input type="checkbox"/> 20. Estimular verbalização de sofrimento <input type="checkbox"/> 21. Relatar Condição a Membro da Família <input type="checkbox"/> 22. Requerer apoio psicossocial	TC AE TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não preocupação com a prevenção <input type="checkbox"/> Ausência de conhecimento sobre a necessidade de prevenção.	<input type="checkbox"/> 6. Déficit de autocuidado para prevenção	<input type="checkbox"/> 23. Fornecer informações sobre medidas de autocuidado para prevenção <input type="checkbox"/> 24. Orientar quanto aos riscos referentes a não adoção de medidas preventivas <input type="checkbox"/> 25. Estimular compreensão sobre contextos de vulnerabilidade a partir do uso de exemplos	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Necessidade de realização das atividades terapêuticas por parte dos profissionais de saúde ou de um cuidador instruído.	<input type="checkbox"/> 7. Déficit de autocuidado para tratamento	<input type="checkbox"/> 26. Ensinar sobre medidas de autocuidado para tratamento <input type="checkbox"/> 27. Estimular a participação da idosa nas atividades de autocuidado, conforme nível de capacidade <input type="checkbox"/> 28. Incentivar a família e o cuidador para que estimulem o envolvimento da idosa no autocuidado	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
			<input type="checkbox"/> 29. Assistência no autocuidado: Oferecer medicamento, quando necessário	TC
			<input type="checkbox"/> 30. Assistência no autocuidado: Instruir o cuidador para a oferta de medicamento, quando necessário	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Observação/detecção de sintomatologia associada ao efeito medicamentoso.	<input type="checkbox"/> 8. Efeito colateral da medicação	<input type="checkbox"/> 31. Informar sobre os possíveis efeitos colaterais da medicação	AE
			<input type="checkbox"/> 32. Gerenciar Efeito Colateral da Medicação	PC
			<input type="checkbox"/> 33. Estimular verbalização de sinais e sintomas incompatíveis com os esperados	AE
			<input type="checkbox"/> 34. Orientar ações não farmacológicas de correção ou minimização das consequências dos efeitos colaterais, tais como estimular dieta rica em fibras e ingestão hídrica, orientar manutenção de ingestão alimentar e medidas de higiene, entre outras	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Comportamento destrutivo em relação a si mesmo.	<input type="checkbox"/> 9. Enfrentamento ineficaz	<input type="checkbox"/> 35. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos	PC
	<input type="checkbox"/> Habilidades insuficientes para a resolução de problemas.		<input type="checkbox"/> 36. Colaborar na identificação das possíveis consequências de cada escolha	
	<input type="checkbox"/> Incapacidade de lidar com a situação.		<input type="checkbox"/> 37. Instruir quanto à disponibilidade de recursos para enfrentamento de problemas por meio de material de aprendizagem	AE
			<input type="checkbox"/> 38. Oferecer informações sobre diagnóstico, prevenção da doença e transmissão do vírus à idosa, família e cuidador	
	Intervenções úteis a acrescentar:			

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Comportamento total ou parcialmente não aderente ao regime medicamentoso, que leva a resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos.	<input type="checkbox"/> 10. Não adesão ao regime medicamentoso	<input type="checkbox"/> 39. Avaliar fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico	PC
			<input type="checkbox"/> 40. Identificar a condição social da paciente para adaptar orientação ao seu nível de cognição	
			<input type="checkbox"/> 41. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 42. Promover Adesão à Medicação	
			<input type="checkbox"/> 43. Promover adequação do regime terapêutico à rotina diária da idosa	PC
			<input type="checkbox"/> 44. Estimular participação da família na orientação e administração de medicamentos	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Comportamento total ou parcialmente não aderente ao teste diagnóstico que leva a resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos.	<input type="checkbox"/> 11. Não Adesão ao Regime de Teste Diagnóstico	<input type="checkbox"/> 45. Identificar fatores que dificultam a adesão ao teste diagnóstico	PC
			<input type="checkbox"/> 46. Fornecer informações sobre as consequências de não diagnosticar	AE
			<input type="checkbox"/> 47. Orientar Família sobre Teste Diagnóstico	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Relato de abstenção sexual.	<input type="checkbox"/> 12. Desempenho Sexual, Prejudicado	<input type="checkbox"/> 48. Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios	AE
	<input type="checkbox"/> Expressão de preocupação quanto à própria sexualidade.		<input type="checkbox"/> 49. Esclarecer dúvidas	
	<input type="checkbox"/> Relato de abstenção, dificuldade ou de prejuízo na atividade sexual.		<input type="checkbox"/> 50. Estimular a atividade sexual de maneira segura	
			<input type="checkbox"/> 51. Investigar relação entre funcionamento sexual e fatores externos	PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
			<input type="checkbox"/> 52. Orientar a idosa sobre o impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na sexualidade	AE
			<input type="checkbox"/> 53. Analisar a interferência das doenças crônicas e efeitos dos medicamentos em uso sobre a sexualidade	TC
			<input type="checkbox"/> 54. Oferecer apoio psicológico à idosa e seu companheiro	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não cooperação/adesão da paciente na duração, dosagem e/ou frequência do uso dos remédios.	<input type="checkbox"/> 13. Regime medicamentoso interrompido	<input type="checkbox"/> 55. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 56. Informar à paciente as consequências de não tomar ou interromper o medicamento	
			<input type="checkbox"/> 57. Registrar interrupção do regime medicamentoso	TC
			<input type="checkbox"/> 58. Estimular adesão ao regime medicamentoso	AE
			<input type="checkbox"/> 59. Ensinar à paciente o método de administração do medicamento, quando necessário	
			<input type="checkbox"/> 60. Colaborar com Cuidador no Manejo (Controle) do Regime Medicamentoso	PC
			<input type="checkbox"/> 61. Analisar grau de eficácia do regime terapêutico por meio de exames laboratoriais (investigação de TCD4 e carga viral)	TC
Intervenções úteis a acrescentar:				
Resultados de enfermagem:				
<input type="checkbox"/> Não cessação de sintomas e/ou não retorno à condição clínica anterior, original.	<input type="checkbox"/> 14. Falta de Resposta ao Tratamento	<input type="checkbox"/> 62. Orientar a respeito da necessidade de adesão ao tratamento	AE	
		<input type="checkbox"/> 63. Avaliar com a equipe interprofissional se o	TC	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
			tratamento proposto segue adequadamente a sua condição para realizá-lo	AE
			<input type="checkbox"/> 64. Avaliar Resposta ao Tratamento	
			<input type="checkbox"/> 65. Estimular a integração da paciente ao tratamento proposto	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Observação/detecção clínica e/ou queixa de mudanças nas sensações, funções ou aparência corporal, indicando existência de processo infeccioso.	<input type="checkbox"/> 15. Infecção	<input type="checkbox"/> 66. Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção (especificar)	PC
			<input type="checkbox"/> 67. Analisar resultados de exames laboratoriais junto ao sintoma apresentado	TC
			<input type="checkbox"/> 68. Discutir em equipe interprofissional evidência de infecção	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
Requisito de desenvolvimento	<input type="checkbox"/> Não adoção de medidas preventivas, devido à falta de conhecimento, instrução, orientação e/ou de experiência.	<input type="checkbox"/> 16. Aprendizagem sobre prevenção prejudicada	<input type="checkbox"/> 69. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	PC
			<input type="checkbox"/> 70. Facilitar a aprendizagem sobre prevenção pelo uso de linguagem acessível	AE
			<input type="checkbox"/> 71. Promover aprendizagem sobre prevenção por meio de material instrucional	
			<input type="checkbox"/> 72. Demonstrar técnica de redução de risco de infecção por DST (colocada e retirada de preservativo masculino e feminino)	
			<input type="checkbox"/> 73. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não alcance de resultados positivos à saúde, devido à falta de	<input type="checkbox"/> 17. Aprendizagem	<input type="checkbox"/> 74. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	instrução, orientação, prática e experiência, de modo que não há mudanças no comportamento de saúde.	sobre saúde prejudicada	<input type="checkbox"/> 75. Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível <input type="checkbox"/> 76. Promover aprendizagem sobre saúde por meio de folhetos informativos, campanhas educativas e materiais ilustrativos <input type="checkbox"/> 77. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não efetivação das medidas de tratamento devido à falta de instrução, orientação, prática e de experiência, de modo que não há mudanças consideráveis no estado de saúde.	<input type="checkbox"/> 18. Aprendizagem sobre tratamento prejudicada	<input type="checkbox"/> 78. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente <input type="checkbox"/> 79. Promover aprendizagem sobre tratamento por meio de material educativo <input type="checkbox"/> 80. Facilitar a aprendizagem sobre tratamento pelo uso de linguagem acessível <input type="checkbox"/> 81. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Impossibilidade da idosa em decidir sobre o que lhe convém ou não.	<input type="checkbox"/> 19. Autonomia para tomada de decisão ausente (especificar)	<input type="checkbox"/> 82. Apoiar Processo de Tomada de Decisão <input type="checkbox"/> 83. Estimular posicionamento individual quanto às escolhas <input type="checkbox"/> 84. Instruir sobre as consequências das possíveis decisões <input type="checkbox"/> 85. Empoderar a idosa para tomar decisões quanto à sua saúde	AE TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Capacidade prejudicada para modificar comportamentos sexuais	<input type="checkbox"/> 20. Comportament	<input type="checkbox"/> 86. Orientar a idosa sobre práticas sexuais de baixo risco	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	que comprometem o estado de saúde, caracterizada por atitude negativa e falta de conhecimento para prevenir problemas de saúde.	o sexual prejudicado	<input type="checkbox"/> 87. Encorajar a idosa à avaliação do seu comportamento sexual	PC
			<input type="checkbox"/> 88. Investigar presença de fatores contribuintes	
			<input type="checkbox"/> 89. Compartilhar conhecimento sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Apresentação de informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações, com interesse insuficiente em aprender.	21. Déficit de conhecimento em saúde	<input type="checkbox"/> 90. Avaliar a capacidade de aprendizado e o conhecimento da cliente	AE
	<input type="checkbox"/> Comportamentos inapropriados ou seguimento inadequado de instruções.		<input type="checkbox"/> 91. Aconselhar a paciente a respeito de vulnerabilidade às doenças	
			<input type="checkbox"/> 92. Explicar sobre processos de adoecimento e práticas saudáveis à idosa, família e comunidade	
			<input type="checkbox"/> 93. Instruir sobre sinais e sintomas e procedimentos adequados de cuidado à saúde	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Expressão ou percepção de sentimentos negativos.	22. Emoção negativa	<input type="checkbox"/> 94. Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	AE
			<input type="checkbox"/> 95. Auxiliar a paciente no reconhecimento de seus sentimentos	PC
			<input type="checkbox"/> 96. Encaminhar a paciente para serviço especializado	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Preocupação excessiva com determinado fato ou com determinada	23. Medo	<input type="checkbox"/> 97. Encorajar a paciente a verbalizar o medo e preocupação relativa à vulnerabilidade à	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	possibilidade, que pode desaparecer com o fim da situação ameaçadora.		doença	
			<input type="checkbox"/> 98. Implementar Cuidados de Conforto	TC
			<input type="checkbox"/> 99. Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	
			<input type="checkbox"/> 100. Estabelecer Confiança	PC
			<input type="checkbox"/> 101. Dar informações corretas, usando linguagem simples	AE
			<input type="checkbox"/> 102. Apoiar enfrentamento do medo	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Tensão aumentada, comportamentos de ataque ou de isolamento, foco direcionado sempre para a fonte do medo (a morte), podendo causar comprometimento biopsicossocial.	<input type="checkbox"/> 24. Medo da morte	<input type="checkbox"/> 103. Facilitar Capacidade para Falar sobre o Processo de Morrer	PC
			<input type="checkbox"/> 104. Facilitar a obtenção de apoio espiritual	
			<input type="checkbox"/> 105. Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	TC
			<input type="checkbox"/> 106. Usar Técnica Calmante (especificar)	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos da idosa.	<input type="checkbox"/> 25. Qualidade de vida prejudicada	<input type="checkbox"/> 107. Obter Dados sobre Qualidade de Vida	PC
			<input type="checkbox"/> 108. Estimular socialização	AE
			<input type="checkbox"/> 109. Terapia do Humor (ou do Riso)	TC
			<input type="checkbox"/> 110. Estimular Papel de Lazer	AE
			<input type="checkbox"/> 111. Promover Terapia Recreacional	TC
	<input type="checkbox"/> Insuficiente acesso à educação e à informação e/ou inserção social negativa.		<input type="checkbox"/> 112. Orientar idosa sobre saúde e bem-estar pelo serviço de educação em saúde	AE
			<input type="checkbox"/> 113. Estimular apoio familiar	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Sintomatologia clínica de infecção, tal como febre e secreções purulentas	<input type="checkbox"/> 26. Risco de infecção	<input type="checkbox"/> 114. Aplicar medidas de precaução padrão contra infecção	TC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	associadas à infecção anterior.	cruzada	<input type="checkbox"/> 115. Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção <input type="checkbox"/> 116. Obter dados de conhecimento da idosa, família e cuidador sobre infecção cruzada, bem como da suscetibilidade da idosa à infecção cruzada <input type="checkbox"/> 117. Orientar família, idosa e cuidador sobre prevenção de infecção cruzada	PC
				AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Prolongamento da tristeza e/ou angústia, associado ao martírio e à necessidade de tolerar sintomas físicos crônicos, estresse psicológico crônico, má reputação ou injustiça.	<input type="checkbox"/> 27. Sufrimento	<input type="checkbox"/> 118. Minimizar sofrimento <input type="checkbox"/> 119. Discutir sobre experiências emocionais com a paciente <input type="checkbox"/> 120. Apoiar Processo de Tomada de Decisão <input type="checkbox"/> 121. Promover Capacidade para Socializar-se <input type="checkbox"/> 122. Promover Esperança <input type="checkbox"/> 123. Encaminhar para terapias	TC
				PC
				AE
				PC
				TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
Requisito universal	<input type="checkbox"/> Motivação pessoal de buscar medicamentos na data devida, tomá-los conforme orientação e modificar comportamentos errôneos, com consequente apresentação de sinais de melhora.	<input type="checkbox"/> 28. Adesão ao regime medicamentoso	<input type="checkbox"/> 124. Orientar sobre Regime Terapêutico <input type="checkbox"/> 125. Elogiar cumprimento do regime medicamentoso <input type="checkbox"/> 126. Aconselhar manutenção da adesão à terapia <input type="checkbox"/> 127. Monitorar Adesão à Medicação <input type="checkbox"/> 128. Analisar evolução de sinais e sintomas de melhora	AE
				TC
				PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração de internalização do valor de comportamentos de cuidado	<input type="checkbox"/> 29. Adesão ao teste	<input type="checkbox"/> 129. Promover atmosfera favorável à manutenção da adesão no serviço de promoção	TC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL					
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*	
	com a saúde e pela motivação pessoal em consonância à boa relação com os profissionais de saúde.	diagnóstico	da saúde		
			<input type="checkbox"/> 130. Estimular continuidade da adesão a um regime de teste diagnóstico, independente da condição de saúde identificada	AE	
			<input type="checkbox"/> 131. Garantir (ou Assegurar) o acesso ao teste diagnóstico na Unidade de Atenção à Saúde	TC	
	Intervenções úteis a acrescentar:				
	Resultados de enfermagem:				
	<input type="checkbox"/> Indisposição da idosa em manter e/ou abandonar ações influenciadas pelos princípios espirituais de vida.	<input type="checkbox"/> 30. Crença espiritual conflituosa	<input type="checkbox"/> 132. Ouvir necessidades espirituais da idosa	PC	
			<input type="checkbox"/> 133. Investigar o desejo de prática espiritual acessível	TC	
			<input type="checkbox"/> 134. Estimular posicionamento espiritual	AE	
			<input type="checkbox"/> 135. Observar se há prática de saúde sendo executada em conflito com a religiosidade da cliente	TC	
			<input type="checkbox"/> 136. Promover espaço e tempo apropriado à prática espiritual e religiosa, quando for possível		
	Intervenções úteis a acrescentar:				
	Resultados de enfermagem:				
	<input type="checkbox"/> Diminuição da capacidade de proporcionar cuidados à própria saúde, incluindo identificação, prevenção de doenças, promoção de bem-estar e tratamento da saúde, quando necessário, caracterizado por atender às próprias necessidades de saúde.	<input type="checkbox"/> 31. Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz	<input type="checkbox"/> 137. Instruir idosa para cuidar (ou tomar conta) da saúde por meio de material de aprendizagem	AE	
			<input type="checkbox"/> 138. Proporcionar informações de prevenção de doenças, tratamento e promoção de bem-estar pelo serviço de educação em saúde		
			<input type="checkbox"/> 139. Empoderar idosa para sua necessidade de cuidado		
	Intervenções úteis a acrescentar:				
	Resultados de enfermagem:				
	<input type="checkbox"/> Confusão em relação a valores	<input type="checkbox"/> 32.	<input type="checkbox"/> 140. Estimular percepção de identidade	AE	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	ideológicos, descrição de si mesmo por ideias inapropriadas, sensação de estranhamento, e sentimentos oscilantes sobre seu gênero.	Identidade de gênero ineficaz	pessoal relacionada ao gênero <input type="checkbox"/> 141. Incentivar a idosa à verbalização de ideias e valores condizentes com sua identidade de gênero	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Evidência de impossibilidade de deixar de agir em benefício da idosa.	<input type="checkbox"/> 33. Necessidade de cuidado (especificar)	<input type="checkbox"/> 142. Obter dados sobre Disposição (ou Prontidão) da idosa para desempenhar atividades de cuidado (especificar) <input type="checkbox"/> 143. Colaborar com os cuidados (especificar) à idosa <input type="checkbox"/> 144. Motivar família e/ou cuidador a identificar a necessidade de cuidado (especificar) da idosa	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Relato ou identificação de não desempenho das responsabilidades com medidas preventivas de acordo com normas.	<input type="checkbox"/> 34. Papel de prevenção ineficaz	<input type="checkbox"/> 145. Encorajar papel de prevenção à infecção <input type="checkbox"/> 146. Aconselhar prática sexual segura (risco de contrair DST e HIV/aids) <input type="checkbox"/> 147. Orientar sobre padrões de prevenção	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Fatores de risco, tais como evidência de contato com fontes de infecção, conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica.	<input type="checkbox"/> 35. Risco de infecção	<input type="checkbox"/> 148. Diminuir contato da idosa com fontes de infecção <input type="checkbox"/> 149. Monitorar sinais e sintomas de infecção <input type="checkbox"/> 150. Orientar quanto à adoção de medidas de prevenção contra infecção <input type="checkbox"/> 151. Orientar Família sobre Prevenção de Infecção <input type="checkbox"/> 152. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	PC TC AE PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
Requisito de desvio de saúde	<input type="checkbox"/> Expressão de tristeza e aflição relacionadas a princípios e valores diante de normas instituídas.	<input type="checkbox"/> 1. Angústia moral	<input type="checkbox"/> 1. Proporcionar atmosfera que facilite a confiança da idosa e da família	TC
			<input type="checkbox"/> 2. Usar abordagem calma e segura	
			<input type="checkbox"/> 3. Estimular pensamentos positivos	AE
			<input type="checkbox"/> 4. Incentivar participação em grupo de apoio	
			<input type="checkbox"/> 5. Respeitar princípios e valores morais da idosa	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de Enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Acesso desigual à participação social ou a oportunidade.	<input type="checkbox"/> 2. Estigma	<input type="checkbox"/> 6. Auxiliar psicologicamente para que a idosa possa progredir no enfrentamento do estigma	PC
	<input type="checkbox"/> Prática de associar descrédito e/ou vergonha a outro.		<input type="checkbox"/> 7. Orientar Comunidade sobre Doença	AE
	<input type="checkbox"/> Discriminação por idade e por gênero ou quando o mesmo apresenta condições diversas, tais como doença mental, incapacidade física, posicionamento religioso ou comportamental divergentes.		<input type="checkbox"/> 8. Minimizar estigma inserindo a sociedade no processo de enfrentamento	TC
			<input type="checkbox"/> 9. Apoiar o enfrentamento da discriminação por idade e gênero	AE
			<input type="checkbox"/> 10. Estimular atmosfera social de aceitação dos fatores distintivos por meio da educação em saúde	

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração do poder do indivíduo em ser nocivo ao outro, física, emocional ou sexualmente.	<input type="checkbox"/> 3. Risco de violência	<input type="checkbox"/> 11. Orientar familiares da idosa sobre prevenção de violência	AE
			<input type="checkbox"/> 12. Obter dados sobre o risco de violência física, emocional, financeira e sexual	PC
			<input type="checkbox"/> 13. Estimular verbalização de sofrimento de ações violentas	AE
			<input type="checkbox"/> 14. Notificar situação de risco social	TC
Requisito de desenvolvimento	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Maus tratos, exploração ou abandono de ordem emocional, financeira, nutricional, sexual ou físico, comumente oriundos de alguém da confiança da pessoa idosa, como membro da família ou funcionários de instituição.	<input type="checkbox"/> 4. Abuso à mulher idosa (especificar)	<input type="checkbox"/> 15. Verificar se a paciente idosa apresenta sinais de abuso físico e/ou emocional	TC
			<input type="checkbox"/> 16. Notificar abuso junto às autoridades competentes	
			<input type="checkbox"/> 17. Investigar suporte familiar e social	
			<input type="checkbox"/> 18. Participar da rotina de cuidados da idosa junto ao seu cuidador principal	PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Incapacidade em reconhecer práticas/comportamentos de risco para a infecção, sinais e sintomas de doenças.	<input type="checkbox"/> 5. Acesso a conhecimento em saúde prejudicado	<input type="checkbox"/> 19. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	PC
	<input type="checkbox"/> Apresenta informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações.		<input type="checkbox"/> 20. Oferecer informações compatíveis com a situação e necessidades da paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 21. Utilizar linguagem simples e clara	
			<input type="checkbox"/> 22. Assegurar que informações coerentes estejam sendo oferecidas por vários membros da equipe de cuidados de saúde	
	Intervenções úteis a acrescentar:			

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Resultados de enfermagem:			
Requisito universal	<input type="checkbox"/> Ausência ou desorganização da ajuda biopsicossocial e espiritual desempenhada pela família, podendo levar à resolução ineficaz de problemas e a conflitos familiares e individuais.	<input type="checkbox"/> 6. Apoio familiar ausente	<input type="checkbox"/> 23. Obter dados sobre processo familiar	PC
			<input type="checkbox"/> 24. Promover Processo Familiar, Eficaz	AE
			<input type="checkbox"/> 25. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	
			<input type="checkbox"/> 26. Facilitar participação da família no planejamento do cuidado	TC
			<input type="checkbox"/> 27. Encaminhar para Assistente Social	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ausência de inserção efetiva em atividades sociais ou ausência de acesso aos sistemas de suporte social.	<input type="checkbox"/> 7. Apoio social ineficaz	<input type="checkbox"/> 28. Explicar Direitos do Paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 29. Prover (proporcionar, fornecer) apoio social	TC
			<input type="checkbox"/> 30. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias	PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração de frustração, apreensão quanto às condições de saúde da pessoa idosa receptora de cuidados, impaciência e oscilação emocional por parte do cuidador.	<input type="checkbox"/> 8. Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada	<input type="checkbox"/> 31. Obter dados sobre autocuidado	PC
			<input type="checkbox"/> 32. Estimular capacidade para executar o autocuidado	AE
			<input type="checkbox"/> 33. Empoderar cuidador para conclusão de atividades necessárias ao cuidado	
			<input type="checkbox"/> 34. Auxiliar cuidador no autocuidado	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna.	<input type="checkbox"/> 9. Direitos da idosa prejudicados	<input type="checkbox"/> 35. Explicar direitos do paciente à idosa, família e comunidade	AE
			<input type="checkbox"/> 36. Estimular processo comunitário eficaz	
	Intervenções úteis a acrescentar:			

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/r esultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Fatores diferenciais, em relação ao grupo, na aceitação ou não de condutas de prevenção e/ou tratamento.	<input type="checkbox"/> 10. Diversidade cultural	<input type="checkbox"/> 37. Intermediação Cultural <input type="checkbox"/> 38. Proteger Crenças Culturais <input type="checkbox"/> 39. Promover aceitação do plano de cuidados <input type="checkbox"/> 40. Avaliar aceitação do plano de cuidados	TC AE TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Desejo de estar sozinha, por sentir-se diferente dos outros, pela insegurança em público, pela insatisfação com o envolvimento social.	<input type="checkbox"/> 11. Isolamento social	<input type="checkbox"/> 41. Encorajar a socialização pela participação em atividades sociais <input type="checkbox"/> 42. Promover Apoio Familiar <input type="checkbox"/> 43. Estabelecer Confiança	PC TC
	<input type="checkbox"/> Relato familiar de mudança na interação social		<input type="checkbox"/> 44. Orientar a idosa, família e comunidade sobre sua condição de saúde <input type="checkbox"/> 45. Motivar a autopercepção <input type="checkbox"/> 46. Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Emocional <input type="checkbox"/> 47. Terapia do Humor (ou do Riso)	AE PC TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Dificuldade de adotar padrão de comportamento e auto expressão de um ou de outro sexo que atenda às expectativas dos indivíduos e sociedade em relação ao que é próprio ou impróprio do papel de ser homem ou de ser mulher.	<input type="checkbox"/> 12. Papel de gênero ineficaz	<input type="checkbox"/> 48. Apoiar papel de gênero, incentivando posicionamento individual compatível com a identidade de gênero <input type="checkbox"/> 49. Estimular a paciente a desempenhar o seu papel na sociedade	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	<input type="checkbox"/> Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações entre a pessoa idosa e a sua unidade social, com quem compartilha área geográfica, condições ou interesses, para interagir e atender necessidades recíprocas.	<input type="checkbox"/> 13. Relacionamen to com a comunidade negativo	<input type="checkbox"/> 50. Obter dados sobre os fatores comprometedores do estabelecimento de relações sociais	PC
			<input type="checkbox"/> 51. Discutir as limitações do apoio social com a paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 52. Orientar sobre Comunicação, Efetiva	
			<input type="checkbox"/> 53. Estimular papel comunitário	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações comportamentais, psicológicas e sociais entre a pessoa idosa e os demais membros da família nuclear e estendida, para interagir e atender necessidades recíprocas.	<input type="checkbox"/> 14. Processo familiar, Prejudicado	54. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos familiares	TC
			55. Orientar sobre processo familiar eficaz	AE
			56. Estimular comunicação familiar eficaz	
			57. Orientar a família sobre papel de unidade familiar	
			58. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
Requisito de desvio de saúde	<input type="checkbox"/> Dificuldades geográficas, de transporte, financeiras e de disponibilidade nos serviços de saúde para utilizar medicamentos prescritos e adotar condutas de cuidado.	<input type="checkbox"/> 1. Acesso a tratamento prejudicado	<input type="checkbox"/> 1. Facilitar acesso a tratamento <input type="checkbox"/> 2. Discutir com equipe interprofissional sobre disponibilidade de medicamentos em pontos descentralizados	TC

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
Requisito universal			<input type="checkbox"/> 3. Orientar sobre medicação <input type="checkbox"/> 4. Orientar família sobre comportamento de busca de saúde	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de Enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna, o desrespeito dos direitos da mesma com relação à confidencialidade, à dignidade e honra.	<input type="checkbox"/> 2. Direitos do paciente prejudicados	<input type="checkbox"/> 5. Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito <input type="checkbox"/> 6. Garantir privacidade e confidencialidade <input type="checkbox"/> 7. Explicar Direitos do Paciente	TC
			<input type="checkbox"/> 8. Garantir direitos da paciente nos serviços de saúde <input type="checkbox"/> 9. Criar uma atmosfera de aceitação isenta de juízos	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ausência de atendimento às especificidades de parte da população alvo das ações propostas na declaração ampla documentada, que esboça diretrizes insuficientes e inespecíficas para a tomada de decisão na prestação de serviços de saúde.	<input type="checkbox"/> 3. Política de saúde parcial	<input type="checkbox"/> 10. Liderar reflexões acerca das especificidades não contempladas pelas políticas de saúde <input type="checkbox"/> 11. Trabalhar em rede no apoio às necessidades de população alvo	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Modelo de relato:

Iniciais do nome, idade, gênero, cor, ocupação, filhos, estado civil, grau de instrução, religião.

Achados clínicos em relação aos requisitos de autocuidado:

Universal (manutenção e funcionalidade do indivíduo, envolvendo os requisitos de nutrição, respiração, eliminação, bem-estar, interação social, prevenção de perigos e promoção de saúde social e humana):

Desenvolvimento (necessitam dos requisitos universais para alcançar o desenvolvimento ideal, ao enfrentar situações novas):

Desvio de saúde (escolhas diante de um problema de saúde, para recuperar a saúde, reabilitar o indivíduo ou controlar o problema, sendo direcionadas às enfermidades, defeitos e incapacidades, envolvendo os requisitos de garantir ajuda médica, tomar ciência de efeitos e resultados, realizar prevenção, recuperação e controle, conhecer, observar e regular efeitos colaterais, enquadrar-se em formas específicas de atendimento demandadas, aceitar-se e adaptar-se, e superar adversidades para alcançar desenvolvimento):

Diagnósticos de enfermagem	Resultados de enfermagem
Podem constar DEs da CIPE® que não constem no subconjunto, mas sejam úteis à clientela.	
Intervenções de enfermagem	

APÊNDICE E

Instrumento de avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids – Versão validada

Dados sócio-demográficos		
Nome:	Idade:	Data de nascimento:
Nome social:	Renda familiar:	
Filhos: () sim () não. Quantos:	Prontuário:	Estado conjugal: () vive em união () casamento civil e/ou religioso () união consensual () não vive em união
Com quem reside?	Estado civil: () solteira () casada () divorciada/desquitada ou separada judicialmente () viúva	
Local de moradia:	Raça:	
Necessita de cuidador? () sim () não. Quem é o principal cuidador?		
Religião/Espiritualidade:	Ocupação:	
Escolaridade:	Naturalidade:	
Sexo:	Gênero:	
Informações adicionais:		

Preencha um X no campo ☐ quando o elemento da prática clínica (diagnóstico/resultado ou intervenção de enfermagem) e/ou indicador clínico correspondente for reconhecido no caso clínico em estudo.

Tal marcação representará a operacionalização/aplicabilidade clínica do elemento e/ou indicador clínico.

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE
Requisito de desvio de saúde	<input type="checkbox"/> Comportamentos sugestivos de embriaguez ou abstinência alcoólica	<input type="checkbox"/> 1. Abuso de álcool (ou alcoolismo)	<input type="checkbox"/> 1. Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool (especificar)	AE
	<input type="checkbox"/> 2. Estimular estratégias de redução gradual do consumo de álcool (especificar)		AE	
	<input type="checkbox"/> Relato de abuso de bebida alcoólica por parte da paciente ou de familiares		<input type="checkbox"/> 3. Aconselhar adesão à terapia de grupo de apoio	TC
			<input type="checkbox"/> 4. Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	
	Intervenções úteis a acrescentar:			

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Resultados de Enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração de sentimento de culpa pela condição de saúde e/ou de recusa do quadro clínico.	<input type="checkbox"/> 2. Atitude em relação à condição de saúde negativa	<input type="checkbox"/> 5. Obter Dados sobre Aceitação da Condição de Saúde <input type="checkbox"/> 6. Fornecer esclarecimentos sobre o contexto de vulnerabilidade	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de Enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração de intenção negativa em relação ao cumprimento do tratamento por meio de gesto ou postura.	<input type="checkbox"/> 3. Atitude em relação ao tratamento conflituosa	<input type="checkbox"/> 7. Obter Dados sobre Atitude em Relação ao Regime Terapêutico <input type="checkbox"/> 8. Estimular atitude positiva por meio da ênfase na melhoria da condição de saúde <input type="checkbox"/> 9. Apoiar gerenciamento do plano terapêutico, com orientações sobre a terapia estabelecida <input type="checkbox"/> 10. Fornecer informações acerca da importância em aderir à terapia prescrita	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Verbalização de crenças negativas sobre si mesma, de falta de confiança em si mesma e de imagens negativas, com dificuldade para aceitação de elogios, de encorajamento e de críticas construtivas.	<input type="checkbox"/> 4. Baixa Autoestima	<input type="checkbox"/> 11. Encorajar a idosa a identificar e expressar sentimentos <input type="checkbox"/> 12. Estimular autopercepção comportamental e as suas consequências <input type="checkbox"/> 13. Estimular a idosa na aceitação tanto dos sentimentos positivos quanto dos negativos <input type="checkbox"/> 14. Reforçar Capacidades (ou Aptidões) <input type="checkbox"/> 15. Encaminhar para Terapia de Grupo de Apoio	PC AE TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ataque violento, abusivo e ilegal a	<input type="checkbox"/> 5.	<input type="checkbox"/> 16. Usar abordagem calma e segura	TC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL					
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*	
	outro ou a si mesmo, de forma psicológica, física ou financeira, com padrão de comportamento antissocial e violento, inclusive indiretamente.	Comportamento violento	<input type="checkbox"/> 17. Respeitar princípios e valores da idosa	AE	
			<input type="checkbox"/> 18. Demonstrar compreensão da condição psicológica e de saúde da idosa		
			<input type="checkbox"/> 19. Estimular autopercepção		
			<input type="checkbox"/> 20. Estimular verbalização de sofrimento		
			<input type="checkbox"/> 21. Relatar Condição a Membro da Família		
			<input type="checkbox"/> 22. Requerer apoio psicossocial		
	Intervenções úteis a acrescentar:				
	Resultados de enfermagem:				
	<input type="checkbox"/> Não preocupação com a prevenção <input type="checkbox"/> Ausência de conhecimento sobre a necessidade de prevenção.	<input type="checkbox"/> 6. Déficit de autocuidado para prevenção	<input type="checkbox"/> 23. Fornecer informações sobre medidas de autocuidado para prevenção	AE	
			<input type="checkbox"/> 24. Orientar quanto aos riscos referentes a não adoção de medidas preventivas		
			<input type="checkbox"/> 25. Estimular compreensão sobre contextos de vulnerabilidade a partir do uso de exemplos		
	Intervenções úteis a acrescentar:				
	Resultados de enfermagem:				
	<input type="checkbox"/> Necessidade de realização das atividades terapêuticas por parte dos profissionais de saúde ou de um cuidador instruído.	<input type="checkbox"/> 7. Déficit de autocuidado para tratamento	<input type="checkbox"/> 26. Ensinar sobre medidas de autocuidado para tratamento	AE	
<input type="checkbox"/> 27. Estimular a participação da idosa nas atividades de autocuidado, conforme nível de capacidade					
<input type="checkbox"/> 28. Incentivar a família e o cuidador para que estimulem o envolvimento da idosa no autocuidado					
<input type="checkbox"/> 29. Assistência no autocuidado: Oferecer medicamento, quando necessário			TC		
<input type="checkbox"/> 30. Assistência no autocuidado: Instruir o cuidador para a oferta de medicamento, quando necessário			AE		
Intervenções úteis a acrescentar:					
Resultados de enfermagem:					

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	<input type="checkbox"/> Relato de abstenção sexual.	8. Desempenho Sexual, Prejudicado	<input type="checkbox"/> 31. Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios	AE
	<input type="checkbox"/> Expressão de preocupação quanto à própria sexualidade.		<input type="checkbox"/> 32. Esclarecer dúvidas	
	<input type="checkbox"/> Relato de abstenção, dificuldade ou de prejuízo na atividade sexual.		<input type="checkbox"/> 33. Estimular a atividade sexual de maneira segura	
			<input type="checkbox"/> 34. Investigar relação entre funcionamento sexual e fatores externos	PC
			<input type="checkbox"/> 35. Orientar a idosa sobre o impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na sexualidade	AE
			<input type="checkbox"/> 36. Analisar a interferência das doenças crônicas e efeitos dos medicamentos em uso sobre a sexualidade	TC
			<input type="checkbox"/> 37. Oferecer apoio psicológico à idosa e seu companheiro	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Observação/detecção de sintomatologia associada ao efeito medicamentoso.	9. Efeito colateral da medicação	<input type="checkbox"/> 38. Informar sobre os possíveis efeitos colaterais da medicação	AE
			<input type="checkbox"/> 39. Gerenciar Efeito Colateral da Medicação	PC
			<input type="checkbox"/> 40. Estimular verbalização de sinais e sintomas incompatíveis com os esperados	AE
			<input type="checkbox"/> 41. Orientar ações não farmacológicas de correção ou minimização das consequências dos efeitos colaterais, tais como estimular dieta rica em fibras e ingestão hídrica, orientar manutenção de ingestão alimentar e medidas de higiene, entre outras	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Comportamento destrutivo em relação a si mesmo.	10. Enfrentamento ineficaz	<input type="checkbox"/> 42. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos	PC
	<input type="checkbox"/> Habilidades insuficientes para a		<input type="checkbox"/> 43. Colaborar na identificação das possíveis	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	resolução de problemas.		consequências de cada escolha	
	<input type="checkbox"/> Incapacidade de lidar com a situação.		<input type="checkbox"/> 44. Instruir quanto à disponibilidade de recursos para enfrentamento de problemas por meio de material de aprendizagem	AE
			<input type="checkbox"/> 45. Oferecer informações sobre diagnóstico, prevenção da doença e transmissão do vírus à idosa, família e cuidador	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não cessação de sintomas e/ou não retorno à condição clínica anterior, original.	<input type="checkbox"/> 11. Falta de Resposta ao Tratamento	<input type="checkbox"/> 46. Orientar a respeito da necessidade de adesão ao tratamento	AE
			<input type="checkbox"/> 47. Avaliar com a equipe interprofissional se o tratamento proposto segue adequadamente a sua condição para realizá-lo	TC
			<input type="checkbox"/> 48. Avaliar Resposta ao Tratamento	
			<input type="checkbox"/> 49. Estimular a integração da paciente ao tratamento proposto	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Observação/detecção clínica e/ou queixa de mudanças nas sensações, funções ou aparência corporal, indicando existência de processo infeccioso.	<input type="checkbox"/> 12. Infecção	<input type="checkbox"/> 50. Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção	PC
			<input type="checkbox"/> 51. Analisar resultados de exames laboratoriais junto ao sintoma apresentado	TC
			<input type="checkbox"/> 52. Discutir em equipe interprofissional evidência de infecção	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Comportamento total ou parcialmente não aderente ao regime medicamentoso, que leva a	<input type="checkbox"/> 13. Não adesão ao regime	<input type="checkbox"/> 53. Avaliar fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico	PC
			<input type="checkbox"/> 54. Identificar a condição social da paciente para	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos.	medicamentos o	adaptar orientação ao seu nível de cognição	AE
			<input type="checkbox"/> 55. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	
			<input type="checkbox"/> 56. Promover Adesão à Medicação	PC
			<input type="checkbox"/> 57. Promover adequação do regime terapêutico à rotina diária da idosa	
	Intervenções úteis a acrescentar:		<input type="checkbox"/> 58. Estimular participação da família na orientação e administração de medicamentos	AE
	Resultados de enfermagem:	<input type="checkbox"/> 14. Não Adesão ao Regime de Teste Diagnóstico	<input type="checkbox"/> 59. Identificar fatores que dificultam a adesão ao teste diagnóstico	PC
			<input type="checkbox"/> 60. Fornecer informações sobre as consequências de não diagnosticar	AE
			<input type="checkbox"/> 61. Orientar Família sobre Teste Diagnóstico	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:	<input type="checkbox"/> 15. Regime medicamentos o interrompido	<input type="checkbox"/> 62. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 63. Informar à paciente as consequências de não tomar ou interromper o medicamento	
			<input type="checkbox"/> 64. Registrar interrupção do regime medicamentoso	TC
			<input type="checkbox"/> 65. Estimular adesão ao regime medicamentoso	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:		<input type="checkbox"/> 66. Ensinar à paciente o método de administração do medicamento, quando necessário	
			<input type="checkbox"/> 67. Colaborar com Cuidador no Manejo (Controle) do Regime Medicamentoso	PC
			<input type="checkbox"/> 68. Analisar grau de eficácia do regime terapêutico por meio de exames laboratoriais (investigação de TCD4 e carga viral)	TC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
Requisito de desenvolvimento	<input type="checkbox"/> Não adoção de medidas preventivas, devido à falta de conhecimento, instrução, orientação e/ou de experiência.	<input type="checkbox"/> 16. Aprendizagem sobre prevenção prejudicada	<input type="checkbox"/> 69. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	PC
			<input type="checkbox"/> 70. Facilitar a aprendizagem sobre prevenção pelo uso de linguagem acessível	AE
			<input type="checkbox"/> 71. Promover aprendizagem sobre prevenção por meio de material instrucional	
			<input type="checkbox"/> 72. Demonstrar técnica de redução de risco de infecção por DST (colocada e retirada de preservativo masculino e feminino)	
			<input type="checkbox"/> 73. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não alcance de resultados positivos à saúde, devido à falta de instrução, orientação, prática e experiência, de modo que não há mudanças no comportamento de saúde.	<input type="checkbox"/> 17. Aprendizagem sobre saúde prejudicada	<input type="checkbox"/> 74. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	PC
			<input type="checkbox"/> 75. Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível	AE
			<input type="checkbox"/> 76. Promover aprendizagem sobre saúde por meio de folhetos informativos, campanhas educativas e materiais ilustrativos	
			<input type="checkbox"/> 77. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Não efetivação das medidas de tratamento devido à falta de instrução, orientação, prática e de experiência, de modo que não há mudanças consideráveis no estado de saúde.	<input type="checkbox"/> 18. Aprendizagem sobre tratamento prejudicada	<input type="checkbox"/> 78. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	PC
			<input type="checkbox"/> 79. Promover aprendizagem sobre tratamento por meio de material educativo	AE
			<input type="checkbox"/> 80. Facilitar a aprendizagem sobre tratamento pelo uso de linguagem acessível	
			<input type="checkbox"/> 81. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Expressão ou percepção de sentimentos negativos.	<input type="checkbox"/> 22. Emoção negativa	<input type="checkbox"/> 94. Facilitar Capacidade para Comunicar Sentimentos	AE
			<input type="checkbox"/> 95. Auxiliar a paciente no reconhecimento de seus sentimentos	PC
			<input type="checkbox"/> 96. Encaminhar a paciente para serviço especializado	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Preocupação excessiva com determinado fato ou com determinada possibilidade, que pode desaparecer com o fim da situação ameaçadora.	<input type="checkbox"/> 23. Medo	<input type="checkbox"/> 97. Encorajar a paciente a verbalizar o medo e preocupação relativa à vulnerabilidade à doença	AE
			<input type="checkbox"/> 98. Implementar Cuidados de Conforto	TC
			<input type="checkbox"/> 99. Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	PC
			<input type="checkbox"/> 100. Estabelecer Confiança	AE
			<input type="checkbox"/> 101. Dar informações corretas, usando linguagem simples	
			<input type="checkbox"/> 102. Apoiar enfrentamento do medo	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Tensão aumentada, comportamentos de ataque ou de isolamento, foco direcionado sempre para a fonte do medo (a morte), podendo causar comprometimento biopsicossocial.	<input type="checkbox"/> 24. Medo da morte	<input type="checkbox"/> 103. Facilitar Capacidade para Falar sobre o Processo de Morrer	PC
			<input type="checkbox"/> 104. Facilitar a obtenção de apoio espiritual	TC
			<input type="checkbox"/> 105. Terapia Ambiental (ou do Meio Ambiente)	
			<input type="checkbox"/> 106. Usar Técnica Calmante (especificar)	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos da idosa.	<input type="checkbox"/> 25. Qualidade de vida prejudicada	<input type="checkbox"/> 107. Obter Dados sobre Qualidade de Vida	PC
			<input type="checkbox"/> 108. Estimular socialização	AE
			<input type="checkbox"/> 109. Terapia do Humor (ou do Riso)	TC
	<input type="checkbox"/> Insuficiente acesso à educação e à		<input type="checkbox"/> 110. Estimular Papel de Lazer	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	informação e/ou inserção social negativa.		<input type="checkbox"/> 111. Promover Terapia Recreacional	TC
			<input type="checkbox"/> 112. Orientar idosa sobre saúde e bem-estar pelo serviço de educação em saúde	AE
			<input type="checkbox"/> 113. Estimular apoio familiar	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Sintomatologia clínica de infecção, tal como febre e secreções purulentas associadas à infecção anterior.	<input type="checkbox"/> 26. Risco de infecção cruzada	<input type="checkbox"/> 114. Aplicar medidas de precaução padrão contra infecção	TC
			<input type="checkbox"/> 115. Monitorar Sinais e Sintomas de Infecção	PC
			<input type="checkbox"/> 116. Obter dados de conhecimento da idosa, família e cuidador sobre infecção cruzada, bem como da suscetibilidade da idosa à infecção cruzada	
			<input type="checkbox"/> 117. Orientar família, idosa e cuidador sobre prevenção de infecção cruzada	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Prolongamento da tristeza e/ou angústia, associado ao martírio e à necessidade de tolerar sintomas físicos crônicos, estresse psicológico crônico, má reputação ou injustiça.	<input type="checkbox"/> 27. Sufrimento	<input type="checkbox"/> 118. Minimizar sofrimento	TC
			<input type="checkbox"/> 119. Discutir sobre experiências emocionais com a paciente	PC
			<input type="checkbox"/> 120. Apoiar Processo de Tomada de Decisão	AE
			<input type="checkbox"/> 121. Promover Capacidade para Socializar-se	PC
			<input type="checkbox"/> 122. Promover Esperança	
			<input type="checkbox"/> 123. Encaminhar para terapias	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
Requisito universal	<input type="checkbox"/> Motivação pessoal de buscar medicamentos na data devida, tomá-los conforme orientação e modificar comportamentos errôneos, com	<input type="checkbox"/> 28. Adesão ao regime medicamentos o	<input type="checkbox"/> 124. Orientar sobre Regime Terapêutico	AE
			<input type="checkbox"/> 125. Elogiar cumprimento do regime medicamentoso	
			<input type="checkbox"/> 126. Aconselhar manutenção da adesão à terapia	
			<input type="checkbox"/> 127. Monitorar Adesão à Medicação	TC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	consequente apresentação de sinais de melhora.		<input type="checkbox"/> 128. Analisar evolução de sinais e sintomas de melhora	PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração de internalização do valor de comportamentos de cuidado com a saúde e pela motivação pessoal em consonância à boa relação com os profissionais de saúde.	<input type="checkbox"/> 29. Adesão ao teste diagnóstico	<input type="checkbox"/> 129. Promover atmosfera favorável à manutenção da adesão no serviço de promoção da saúde <input type="checkbox"/> 130. Estimular continuidade da adesão a um regime de teste diagnóstico, independente da condição de saúde identificada <input type="checkbox"/> 131. Garantir (ou Assegurar) o acesso ao teste diagnóstico na Unidade de Atenção à Saúde	TC AE TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Indisposição da idosa em manter e/ou abandonar ações influenciadas pelos princípios espirituais de vida.	<input type="checkbox"/> 30. Crença espiritual conflituosa	<input type="checkbox"/> 132. Ouvir necessidades espirituais da idosa <input type="checkbox"/> 133. Investigar o desejo de prática espiritual acessível <input type="checkbox"/> 134. Estimular posicionamento espiritual <input type="checkbox"/> 135. Observar se há prática de saúde sendo executada em conflito com a religiosidade da cliente <input type="checkbox"/> 136. Promover espaço e tempo apropriado à prática espiritual e religiosa, quando for possível	PC TC AE TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Diminuição da capacidade de proporcionar cuidados à própria saúde, incluindo identificação, prevenção de doenças, promoção de bem-estar e tratamento da saúde, quando necessário, caracterizado por atender às próprias necessidades de saúde.	<input type="checkbox"/> 31. Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz	<input type="checkbox"/> 137. Instruir idosa para cuidar (ou tomar conta) da saúde por meio de material de aprendizagem <input type="checkbox"/> 138. Proporcionar informações de prevenção de doenças, tratamento e promoção de bem-estar pelo serviço de educação em saúde <input type="checkbox"/> 139. Empoderar idosa para sua necessidade de cuidado	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Confusão em relação a valores ideológicos, descrição de si mesmo por ideias inapropriadas, sensação de estranhamento, e sentimentos oscilantes sobre seu gênero.	<input type="checkbox"/> 32. Identidade de gênero ineficaz	<input type="checkbox"/> 140. Estimular percepção de identidade pessoal relacionada ao gênero <input type="checkbox"/> 141. Incentivar a idosa à verbalização de ideias e valores condizentes com sua identidade de gênero	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Evidência de impossibilidade de deixar de agir em benefício da idosa.	<input type="checkbox"/> 33. Necessidade de cuidado (especificar)	<input type="checkbox"/> 142. Obter dados sobre Disposição (ou Prontidão) da idosa para desempenhar atividades de cuidado (especificar) <input type="checkbox"/> 143. Colaborar com os cuidados (especificar) à idosa <input type="checkbox"/> 144. Motivar família e/ou cuidador a identificar a necessidade de cuidado (especificar) da idosa	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Relato ou identificação de não desempenho das responsabilidades com medidas preventivas de acordo com normas.	<input type="checkbox"/> 34. Papel de prevenção ineficaz	<input type="checkbox"/> 145. Encorajar papel de prevenção à infecção <input type="checkbox"/> 146. Aconselhar prática sexual segura (risco de contrair DST e HIV/aids) <input type="checkbox"/> 147. Orientar sobre padrões de prevenção	AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Fatores de risco, tais como evidência de contato com fontes de infecção, conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica.	<input type="checkbox"/> 35. Risco de infecção	<input type="checkbox"/> 148. Diminuir contato da idosa com fontes de infecção <input type="checkbox"/> 149. Monitorar sinais e sintomas de infecção <input type="checkbox"/> 150. Orientar quanto à adoção de medidas de prevenção contra infecção <input type="checkbox"/> 151. Orientar Família sobre Prevenção de Infecção <input type="checkbox"/> 152. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback	PC TC AE PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
			das informações fornecidas	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
Requisito de desvio de saúde	<input type="checkbox"/> Expressão de tristeza e aflição relacionadas a princípios e valores diante de normas instituídas.	<input type="checkbox"/> 1. Angústia moral	<input type="checkbox"/> 1. Proporcionar atmosfera que facilite a confiança da idosa e da família	TC
			<input type="checkbox"/> 2. Usar abordagem calma e segura	
			<input type="checkbox"/> 3. Estimular pensamentos positivos	AE
			<input type="checkbox"/> 4. Incentivar participação em grupo de apoio	
			<input type="checkbox"/> 5. Respeitar princípios e valores morais da idosa	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de Enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Acesso desigual à participação social ou a oportunidade.	<input type="checkbox"/> 2. Estigma	<input type="checkbox"/> 6. Auxiliar psicologicamente para que a idosa possa progredir no enfrentamento do estigma	PC
			<input type="checkbox"/> 7. Orientar Comunidade sobre Doença	AE
			<input type="checkbox"/> 8. Minimizar estigma inserindo a sociedade no processo de enfrentamento	TC
			<input type="checkbox"/> 9. Apoiar o enfrentamento da discriminação por idade e gênero	AE
			<input type="checkbox"/> 10. Estimular atmosfera social de aceitação dos fatores distintivos por meio da educação em saúde	
	<input type="checkbox"/> Discriminação por idade e por gênero ou quando o mesmo apresenta condições diversas, tais como doença mental, incapacidade física, posicionamento religioso ou comportamental divergentes.			

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração do poder do indivíduo em ser nocivo ao outro, física, emocional ou sexualmente.	<input type="checkbox"/> 3. Risco de violência	<input type="checkbox"/> 11. Orientar familiares da idosa sobre prevenção de violência	AE
			<input type="checkbox"/> 12. Obter dados sobre o risco de violência física, emocional, financeira e sexual	PC
			<input type="checkbox"/> 13. Estimular verbalização de sofrimento de ações violentas	AE
			<input type="checkbox"/> 14. Notificar situação de risco social	TC
Requisito de desenvolvimento	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Maus tratos, exploração ou abandono de ordem emocional, financeira, nutricional, sexual ou físico, comumente oriundos de alguém da confiança da pessoa idosa, como membro da família ou funcionários de instituição.	<input type="checkbox"/> 4. Abuso à mulher idosa (especificar)	<input type="checkbox"/> 15. Verificar se a paciente idosa apresenta sinais de abuso físico e/ou emocional	TC
			<input type="checkbox"/> 16. Notificar abuso junto às autoridades competentes	
			<input type="checkbox"/> 17. Investigar suporte familiar e social	
			<input type="checkbox"/> 18. Participar da rotina de cuidados da idosa junto ao seu cuidador principal	PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Incapacidade em reconhecer práticas/comportamentos de risco para a infecção, sinais e sintomas de doenças.	<input type="checkbox"/> 5. Acesso a conhecimento em saúde prejudicado	<input type="checkbox"/> 19. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	PC
			<input type="checkbox"/> 20. Oferecer informações compatíveis com a situação e necessidades da paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 21. Utilizar linguagem simples e clara	
	<input type="checkbox"/> Apresenta informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações.		<input type="checkbox"/> 22. Assegurar que informações coerentes estejam sendo oferecidas por	

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
			vários membros da equipe de cuidados de saúde	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
Requisito universal	<input type="checkbox"/> Ausência ou desorganização da ajuda biopsicossocial e espiritual desempenhada pela família, podendo levar à resolução ineficaz de problemas e a conflitos familiares e individuais.	<input type="checkbox"/> 6. Apoio familiar ausente	<input type="checkbox"/> 23. Obter dados sobre processo familiar	PC
			<input type="checkbox"/> 24. Promover Processo Familiar, Eficaz	AE
			<input type="checkbox"/> 25. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	
			<input type="checkbox"/> 26. Facilitar participação da família no planejamento do cuidado	TC
			<input type="checkbox"/> 27. Encaminhar para Assistente Social	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ausência de inserção efetiva em atividades sociais ou ausência de acesso aos sistemas de suporte social.	<input type="checkbox"/> 7. Apoio social ineficaz	<input type="checkbox"/> 28. Explicar Direitos do Paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 29. Prover (proporcionar, fornecer) apoio social	TC
			<input type="checkbox"/> 30. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias	PC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Demonstração de frustração, apreensão quanto às condições de saúde da pessoa idosa receptora de cuidados, impaciência e oscilação emocional por parte do cuidador.	<input type="checkbox"/> 8. Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada	<input type="checkbox"/> 31. Obter dados sobre autocuidado	PC
			<input type="checkbox"/> 32. Estimular capacidade para executar o autocuidado	AE
			<input type="checkbox"/> 33. Empoderar cuidador para conclusão de atividades necessárias ao cuidado	
			<input type="checkbox"/> 34. Auxiliar cuidador no autocuidado	TC
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não	<input type="checkbox"/> 9. Direitos da idosa prejudicados	<input type="checkbox"/> 35. Explicar direitos do paciente à idosa, família e comunidade	AE
			<input type="checkbox"/> 36. Estimular processo comunitário	

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	prestação de assistência digna.		eficaz	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Fatores diferenciais, em relação ao grupo, na aceitação ou não de condutas de prevenção e/ou tratamento.	<input type="checkbox"/> 10. Diversidade cultural	<input type="checkbox"/> 37. Intermediação Cultural	TC
			<input type="checkbox"/> 38. Proteger Crenças Culturais	AE
			<input type="checkbox"/> 39. Promover aceitação do plano de cuidados	TC
			<input type="checkbox"/> 40. Avaliar aceitação do plano de cuidados	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Desejo de estar sozinha, por sentir-se diferente dos outros, pela insegurança em público, pela insatisfação com o envolvimento social.	<input type="checkbox"/> 11. Isolamento social	<input type="checkbox"/> 41. Encorajar a socialização pela participação em atividades sociais	PC
	<input type="checkbox"/> Relato familiar de mudança na interação social		<input type="checkbox"/> 42. Promover Apoio Familiar	TC
			<input type="checkbox"/> 43. Estabelecer Confiança	AE
			<input type="checkbox"/> 44. Orientar a idosa, família e comunidade sobre sua condição de saúde	PC
			<input type="checkbox"/> 45. Motivar a autopercepção	TC
			<input type="checkbox"/> 46. Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Emocional	
			<input type="checkbox"/> 47. Terapia do Humor (ou do Riso)	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Dificuldade de adotar padrão de comportamento e auto expressão de um ou de outro sexo que atenda às expectativas dos indivíduos e sociedade em relação ao que é próprio ou impróprio do papel de ser homem ou de ser mulher.	<input type="checkbox"/> 12. Papel de gênero ineficaz	<input type="checkbox"/> 48. Apoiar papel de gênero, incentivando posicionamento individual compatível com a identidade de gênero	AE
			<input type="checkbox"/> 49. Estimular a paciente a desempenhar o seu papel na sociedade	

VULNERABILIDADE SOCIAL				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações entre a pessoa idosa e a sua unidade social, com quem compartilha área geográfica, condições ou interesses, para interagir e atender necessidades recíprocas.	<input type="checkbox"/> 13. Relacionamento com a comunidade negativo	<input type="checkbox"/> 50. Obter dados sobre os fatores comprometedores do estabelecimento de relações sociais <input type="checkbox"/> 51. Discutir as limitações do apoio social com a paciente <input type="checkbox"/> 52. Orientar sobre Comunicação, Efetiva <input type="checkbox"/> 53. Estimular papel comunitário	PC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações comportamentais, psicológicas e sociais entre a pessoa idosa e os demais membros da família nuclear e estendida, para interagir e atender necessidades recíprocas.	<input type="checkbox"/> 14. Processo familiar, Prejudicado	<input type="checkbox"/> 54. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos familiares <input type="checkbox"/> 55. Orientar sobre processo familiar eficaz <input type="checkbox"/> 56. Estimular comunicação familiar eficaz <input type="checkbox"/> 57. Orientar a família sobre papel de unidade familiar <input type="checkbox"/> 58. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	TC AE
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
Requisito de desvio	<input type="checkbox"/> Dificuldades geográficas, de	<input type="checkbox"/> 1. Acesso a	<input type="checkbox"/> 1. Facilitar acesso a tratamento	TC

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA				
Requisitos de autocuidado	Indicadores clínicos	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	TSE*
de saúde	transporte, financeiras e de disponibilidade nos serviços de saúde para utilizar medicamentos prescritos e adotar condutas de cuidado.	tratamento prejudicado	<input type="checkbox"/> 2. Discutir com equipe interprofissional sobre disponibilidade de medicamentos em pontos descentralizados	AE
			<input type="checkbox"/> 3. Orientar sobre medicação	
			<input type="checkbox"/> 4. Orientar família sobre comportamento de busca de saúde	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de Enfermagem:			
Requisito universal	<input type="checkbox"/> Descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna, o desrespeito dos direitos da mesma com relação à confidencialidade, à dignidade e honra.	<input type="checkbox"/> 2. Direitos do paciente prejudicados	<input type="checkbox"/> 5. Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito	TC
			<input type="checkbox"/> 6. Garantir privacidade e confidencialidade	
			<input type="checkbox"/> 7. Explicar Direitos do Paciente	AE
			<input type="checkbox"/> 8. Garantir direitos da paciente nos serviços de saúde	TC
			<input type="checkbox"/> 9. Criar uma atmosfera de aceitação isenta de juízos	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			
	<input type="checkbox"/> Ausência de atendimento às especificidades de parte da população alvo das ações propostas na declaração ampla documentada, que esboça diretrizes insuficientes e inespecíficas para a tomada de decisão na prestação de serviços de saúde.	<input type="checkbox"/> 3. Política de saúde parcial	<input type="checkbox"/> 10. Liderar reflexões acerca das especificidades não contempladas pelas políticas de saúde	TC
			<input type="checkbox"/> 11. Trabalhar em rede no apoio às necessidades de população alvo	
	Intervenções úteis a acrescentar:			
	Resultados de enfermagem:			

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; TC = Sistema totalmente compensatório; TSE = Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

RELATO DE CASO CLÍNICO

Modelo de relato:

Iniciais do nome, idade, gênero, cor, ocupação, filhos, estado civil, grau de instrução, religião.

Achados clínicos em relação aos requisitos de autocuidado:

Universal (manutenção e funcionalidade do indivíduo, envolvendo os requisitos de nutrição, respiração, eliminação, bem-estar, interação social, prevenção de perigos e promoção de saúde social e humana):

Desenvolvimento (necessitam dos requisitos universais para alcançar o desenvolvimento ideal, ao enfrentar situações novas):

Desvio de saúde (escolhas diante de um problema de saúde, para recuperar a saúde, reabilitar o indivíduo ou controlar o problema, sendo direcionadas às enfermidades, defeitos e incapacidades, envolvendo os requisitos de garantir ajuda médica, tomar ciência de efeitos e resultados, realizar prevenção, recuperação e controle, conhecer, observar e regular efeitos colaterais, enquadrar-se em formas específicas de atendimento demandadas, aceitar-se e adaptar-se, e superar adversidades para alcançar desenvolvimento):

Diagnósticos de enfermagem

Resultados de enfermagem

Podem constar DEs da CIPE® que não constem no subconjunto, mas sejam úteis à clientela.

Intervenções de enfermagem

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO DE OPERACIONALIZAÇÃO DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA A MULHER IDOSA COM VULNERABILIDADE AO HIV/aids

Prezado colega enfermeiro(a),

Esta pesquisa, intitulada AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE CLÍNICA DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA A MULHER IDOSA COM VULNERABILIDADE AO HIV/aids, está sendo desenvolvida pela doutoranda Márcia Cristina de Figueiredo Santos, sob orientação da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Maria Miriam Lima da Nóbrega e tem como objetivo geral Avaliar a aplicabilidade clínica dos conceitos (categorias nominais) contidos no subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids e a correlação entre eles.

A finalidade da pesquisa é contribuir no fomento a subsídios para a assistência de enfermagem sistematizada e especializada à clientela de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, favorecendo a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática profissional de Enfermagem e pode gerar, como benefício direto, uma assistência de enfermagem planejada e eficaz.

Dessa forma, em estudo anterior, foi desenvolvido o Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, fundamentado na teoria geral do autocuidado de Orem e no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres. O mesmo passou por validação de conteúdo junto a especialistas da área.

Neste momento da pesquisa, pretende-se avaliar a aplicabilidade clínica do supracitado subconjunto frente às necessidades de cuidados da clientela de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids. Assim, solicitamos a sua colaboração, na qualidade de AVALIADOR(A) DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DOS ESTUDOS DE CASO CLÍNICO, para julgar a relevância das seções que compõem o instrumento, a fim de que ele seja eficaz na avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids.

Solicitamos, ainda, sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área da saúde e publicar em periódicos científicos da área. Por ocasião da publicação dos resultados do estudo, sua identidade será mantida em sigilo.

Sua participação é voluntária e o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. A qualquer momento o(a) senhor(a) poderá desistir e cancelar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua relação com o pesquisador. Será garantida a sua privacidade e a proteção de sua imagem. Informamos, ainda, que não há riscos previsíveis para sua saúde. A participação é voluntária, portanto, não haverá remuneração.

Os pesquisadores responsáveis estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Ressalta-se que as duas vias deste termo deverão ser assinadas: uma deverá ser enviada para o arquivamento junto ao pesquisador (por um dos meios de contato discriminados abaixo) e outra para o(a) senhor(a).

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento.

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Contato das pesquisadoras responsáveis:

Msc. Márcia Cristina de Figueiredo Santos, fone (83) 99662-1169, e-mail: marciacs@hotmail.com

Prof.^a Dr.^a Maria Miriam Lima da Nóbrega, fone (83) 3216-7109.

No caso de dúvidas, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), encontra-se disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa pelo telefone (83) 3216-7791 – Endereço: Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB.

Certos de contar com sua colaboração, desde já agradecemos.

Márcia Cristina de Figueiredo Santos

Márcia Cristina de Figueiredo Santos

Enfermeira – Doutoranda responsável pela pesquisa

Maria Miriam Lima da Nobrega

Maria Miriam Lima da Nóbrega

Pesquisadora Orientadora

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – ESTUDOS DE CASOS

Prezado(a) Senhor(a),

Esta pesquisa, intitulada **Avaliação da aplicabilidade clínica do Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids: desenvolvimento de uma teoria de médio alcance**, está sendo desenvolvida pela doutoranda Márcia Cristina de Figueiredo Santos sob orientação da pesquisadora Prof.^a Dr.^a Maria Miriam Lima da Nóbrega e tem como objetivo geral Avaliar a aplicabilidade clínica dos conceitos (categorias nominais) contidos no subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids e a correlação entre eles.

A finalidade da pesquisa é contribuir no fomento a subsídios para a assistência de enfermagem sistematizada e especializada à clientela de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, favorecendo a utilização de uma linguagem unificada para a documentação da prática profissional de Enfermagem e pode gerar, como benefício direto, uma assistência de enfermagem planejada e eficaz.

Dessa forma, em estudo anterior, foi desenvolvido o Subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids, fundamentado na teoria geral do autocuidado de Orem e no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres. O mesmo foi validado junto a especialistas da área.

Neste momento da pesquisa, pretende-se avaliar a aplicabilidade clínica deste subconjunto frente às necessidades de cuidados da clientela de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/aids. Assim, solicitamos a sua colaboração na qualidade de participante do estudo, no qual serão desenvolvidos estudos de casos, para submeter-se à consulta de enfermagem, podendo ser necessário responder a alguns questionamentos próprios da consulta supracitada.

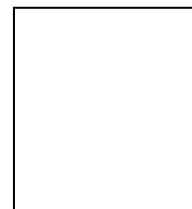
Solicitamos, ainda, sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área da saúde e publicar em periódicos científicos da área. Por ocasião da publicação dos resultados do estudo, sua identidade será mantida em sigilo.

Sua participação é voluntária e a senhora não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. A qualquer momento a senhora poderá desistir e cancelar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua relação com o pesquisador ou no local em que a senhora é assistida. Será garantida a sua privacidade e a proteção de sua imagem. Informamos, ainda, que não há riscos previsíveis para sua saúde, e quando houver, estes serão mínimos e se referirão a um possível constrangimento em ter o tema sexualidade abordado na consulta de enfermagem. A participação é voluntária, portanto, não haverá remuneração.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Ressalta-se que as duas vias deste termo deverão ser assinadas: uma para o arquivamento junto ao pesquisador e outra para a senhora.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.



Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal

Assinatura da Testemunha

Espaço para impressão
dactiloscópica

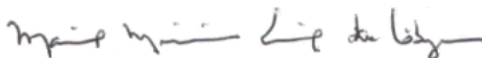
Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis: Msc. Márcia Cristina de Figueiredo Santos, fone (83) 99662-1169, e Prof.^a Dr.^a Maria Miriam Lima da Nóbrega, fone (83) 3216-7109.

No caso de dúvidas, o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba (CCS/UFPB), encontra-se disponível para esclarecimentos sobre esta pesquisa pelo telefone (83) 3216-7791 – Endereço: Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB.

Certos de contar com sua colaboração, desde já agradecemos.



Márcia Cristina de Figueiredo Santos
Enfermeira – Doutoranda responsável pela pesquisa



Maria Miriam Lima da Nóbrega
Pesquisadora Orientadora

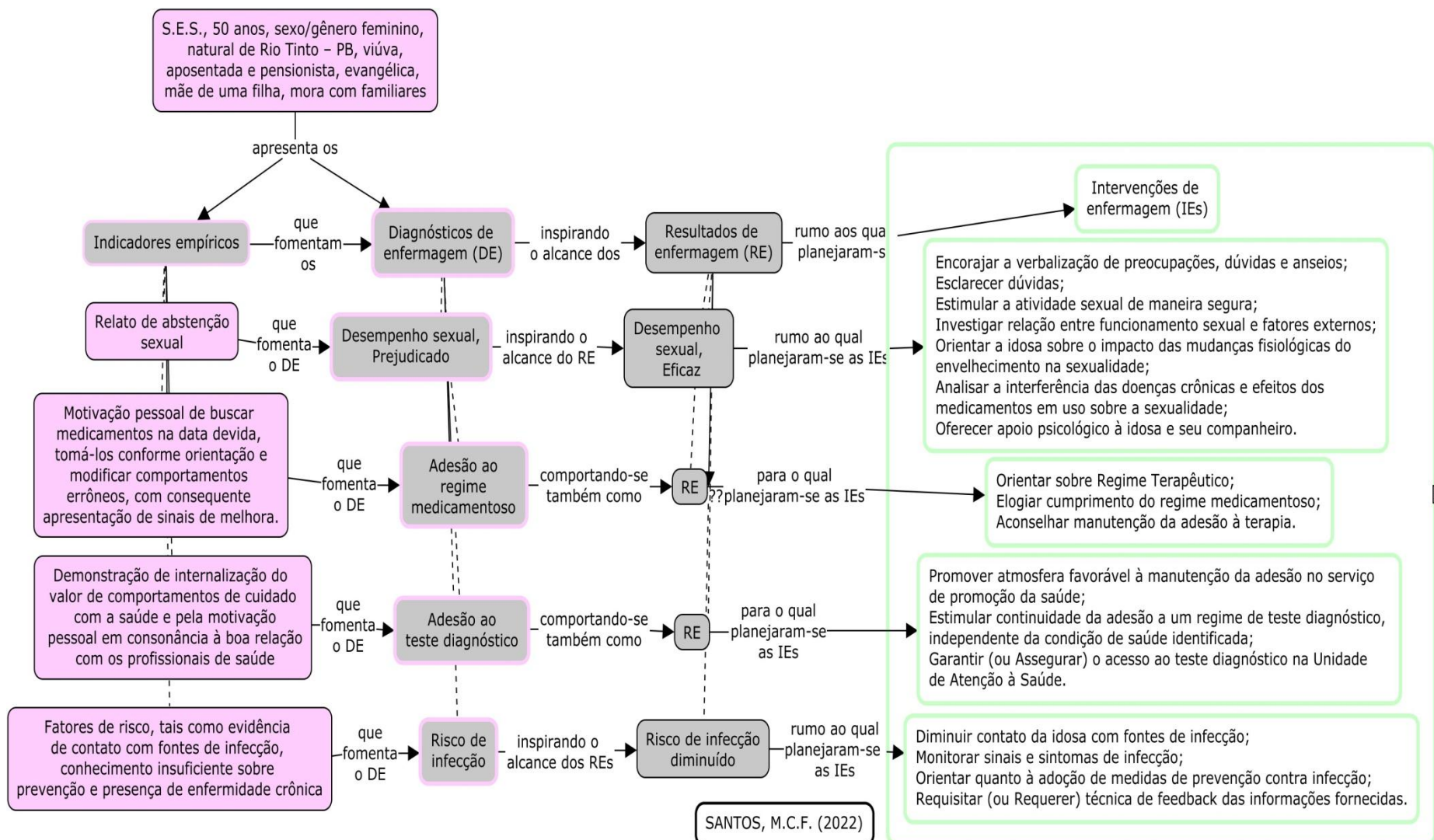
Obs.: O sujeito da pesquisa ou seu representante e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do TCLE apondo suas assinaturas na última página do referido Termo.

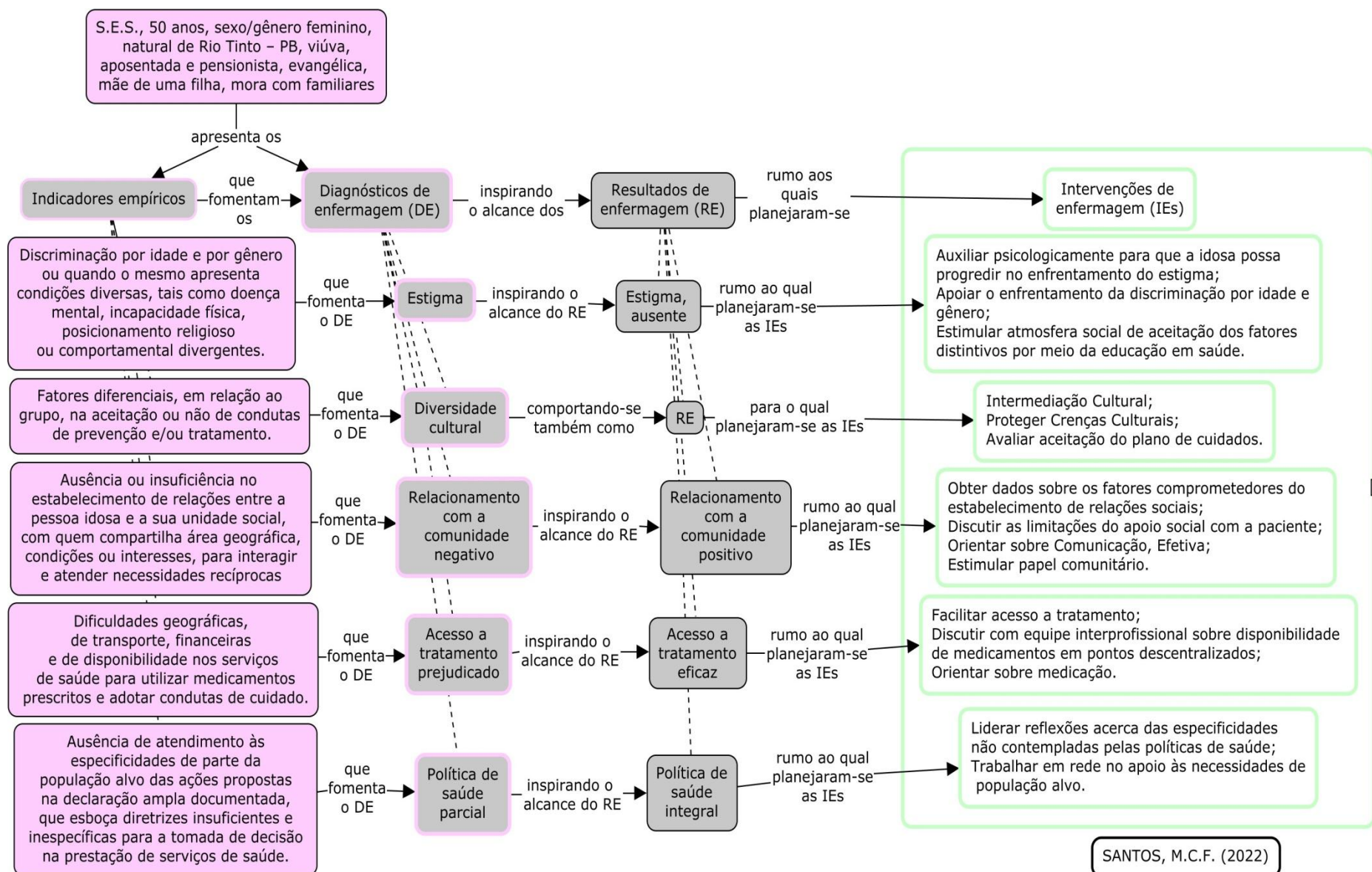
APÊNDICE H

Estudo de caso 02

S.E.S., 50 anos, sexo/gênero feminino, indígena, natural e residente no município de Rio Tinto-PB, raça parda, estado civil: viúva, estado conjugal: vive em união, evangélica, com ensino fundamental incompleto; aposentada e pensionista, renda familiar regular numa média de 3 salários mínimos, mora com uma filha, um companheiro e 02 netos, possui somente uma filha viva. Compareceu acompanhada de seu companheiro (casal sorodiscordante) à consulta de enfermagem no SAE por agendamento, previamente à consulta médica a ser realizada no mesmo serviço. Refere limitações de acesso ao serviço devido à distância geográfica do seu local de moradia, destacando não haver uma política específica de garantia de privacidade do seu status sorológico, pois para dispor do transporte do município para seu deslocamento, a mesma necessita ir acompanhada de outras pessoas que ao identificar o serviço de saúde que ela frequenta a tratam com discriminação e preconceito. Não informou com precisão o tempo de diagnóstico. Comorbidades: doença renal crônica (DRC). Nega tabagismo e/ou alcoolismo. Refere boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) prescrita, porém refere não ter hábitos alimentares saudáveis regulares. Consciente, orientada, comunicando-se verbalmente de forma eficaz, cooperativa, corada, hidratada, eupneica, afebril, apetite preservado, independente para as atividades de vida diária e instrumentais, abdome plano, sem queixas. Refere prejuízo na atividade sexual e relacionamento com a comunidade negativo. Apresenta autoestima satisfatória. Foram identificados, no caso 02, um total de 09 (nove) diagnósticos/resultados de enfermagem, para os quais foram planejadas e implementadas algumas intervenções, conforme expõem as os mapas conceituais abaixo.

Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 02



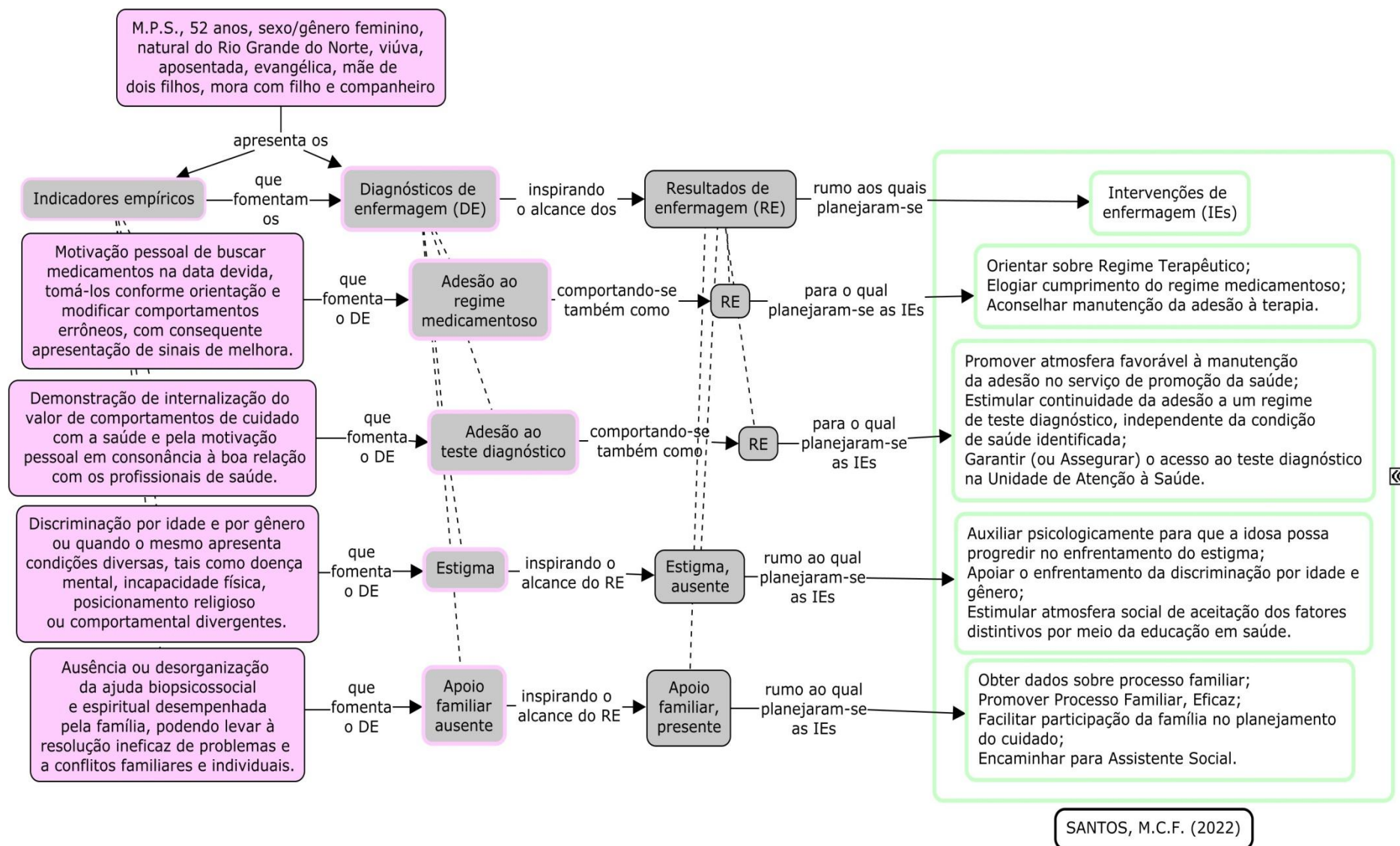


APÊNDICE I

Estudo de caso 03

M.P.S., 52 anos, sexo/gênero feminino, denomina-se de naturalidade potiguar (nascida no Rio Grande do Norte), entretanto não especificou a cidade de nascimento, raça parda, estado civil: viúva, estado conjugal: vive em união, evangélica, com ensino fundamental incompleto; artesã por ocupação e *hobbie*, renda familiar regular oriunda de aposentadoria da mesma e de aposentadoria seu companheiro (aproximadamente, 3 salários mínimos), reside no município de Santa Rita-PB com um companheiro e um filho, possui dois filhos vivos. Compareceu sem acompanhante à consulta de enfermagem no SAE por agendamento, previamente à consulta médica agendada na mesma data no mesmo serviço. Refere ter recebido diagnóstico de soropositividade para o HIV há, aproximadamente, 10 anos. Nega comorbidades, tabagismo e/ou alcoolismo. Refere boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) prescrita e cuidados regulares com a alimentação. Consciente, orientada, comunicando-se verbalmente de forma eficaz, cooperativa, corada, hidratada, eupneica, afebril, apetite preservado, independente para as atividades de vida diária e instrumentais, abdome plano, flácido, indolor, sem queixas no momento. Refere atividade sexual eficaz, interação familiar prejudicada e problemas com o estigma e preconceito sofrido em algumas situações. Apresenta autoestima satisfatória. Foram identificados, no caso 03, um total de 04 (quatro) diagnósticos/resultados de enfermagem, para os quais foram planejadas e implementadas algumas intervenções, conforme expõe o mapa conceitual abaixo.

Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 03

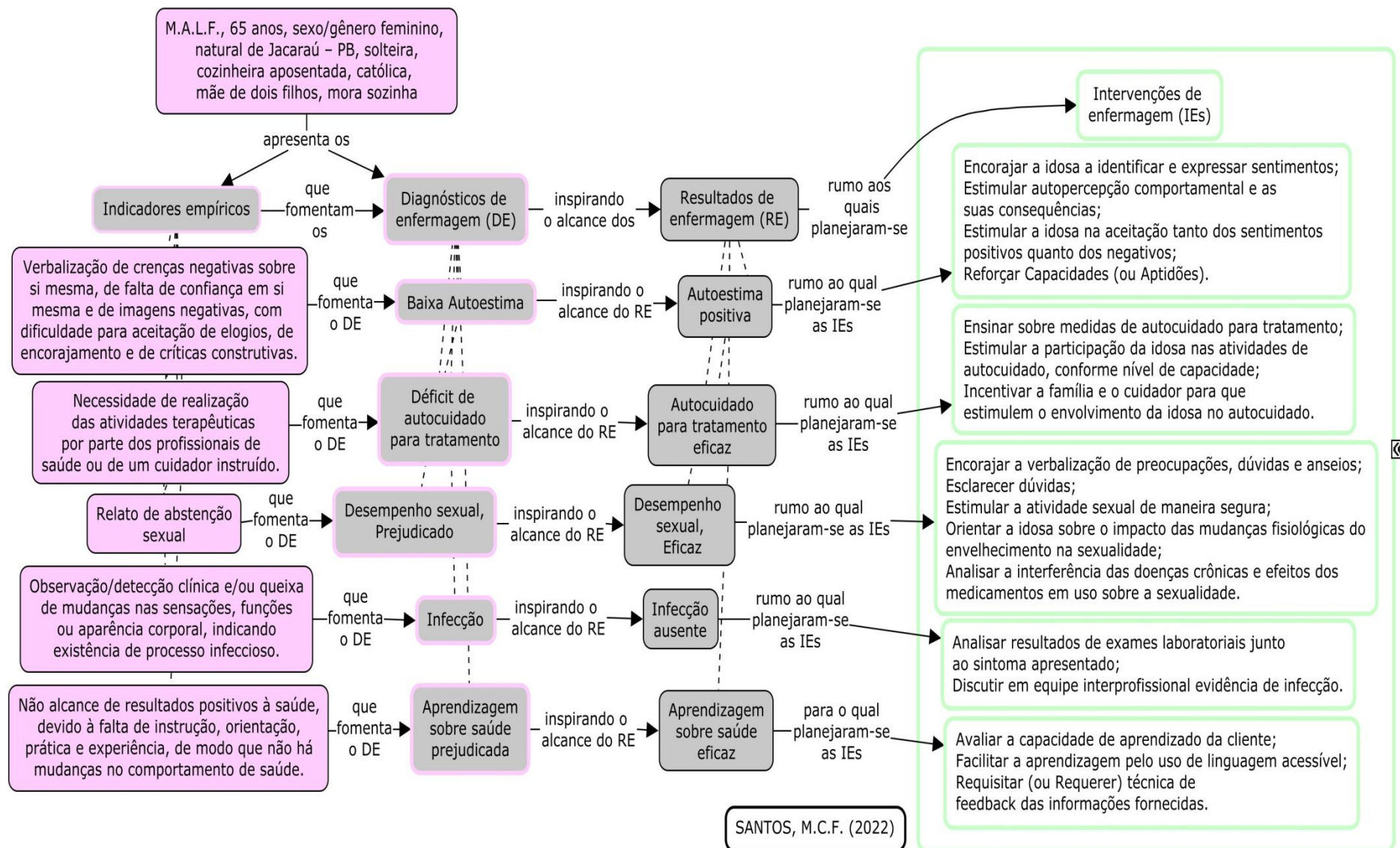


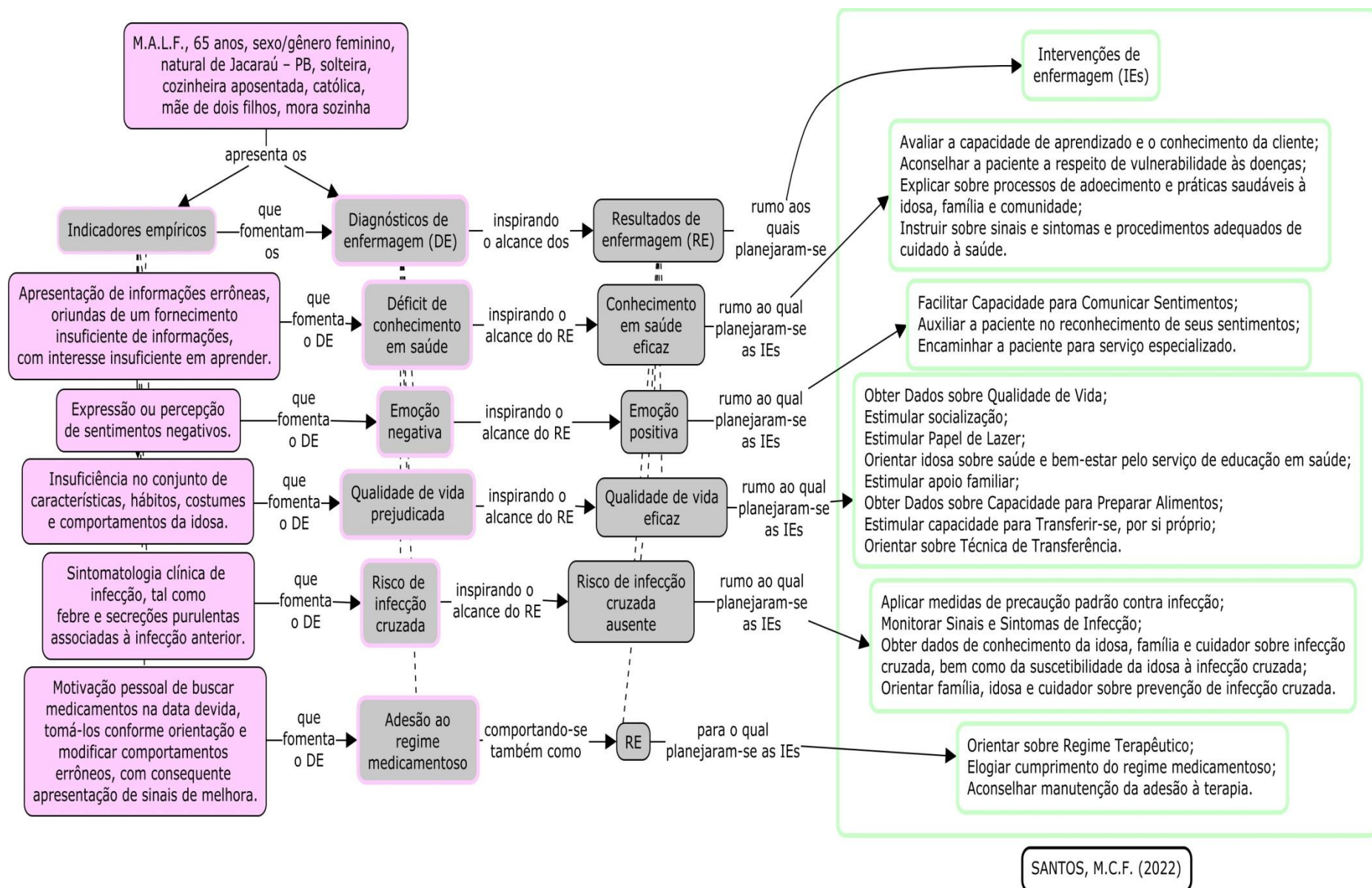
APÊNDICE J

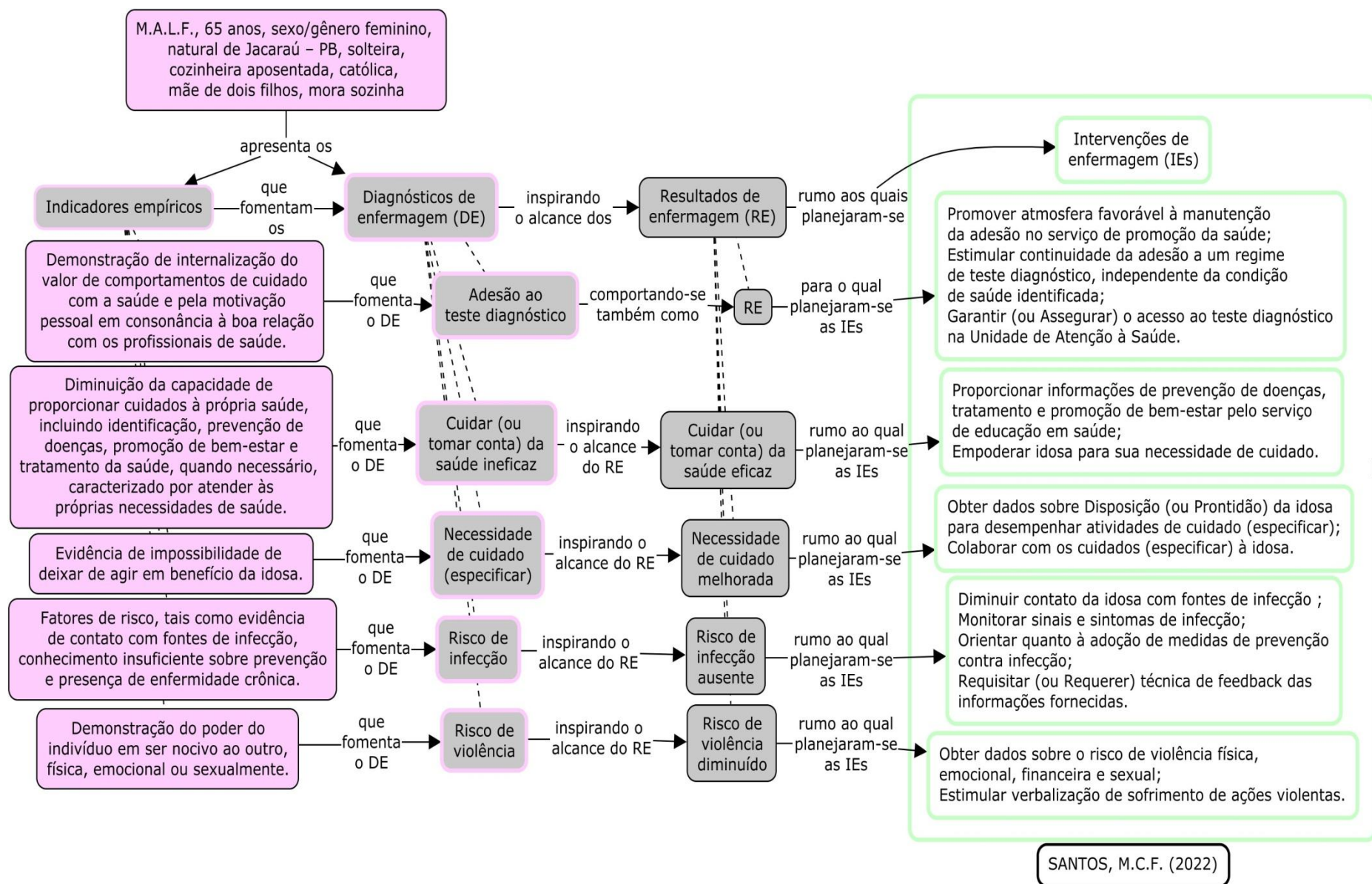
Estudo de caso 04

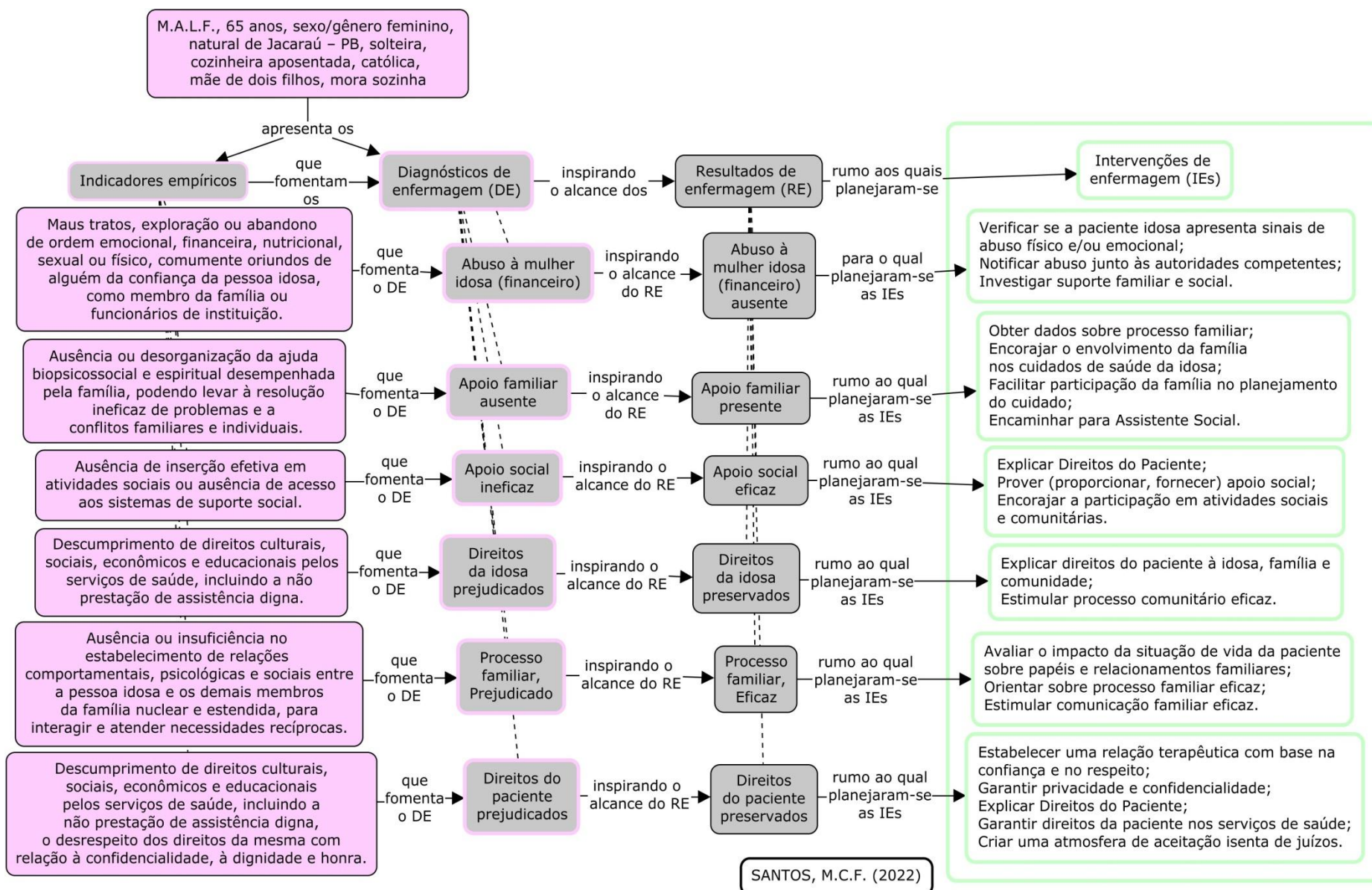
M.A.L.F., 65 anos, sexo/gênero feminino, natural e residente do município de Jacaraú – PB, raça branca, estado civil: solteira, estado conjugal: não vive em união, católica, com ensino fundamental incompleto; cozinheira aposentada, renda familiar regular de 1 salário mínimo, mora sozinha, possui dois filhos vivos. Compareceu com acompanhante (uma vizinha - cuidadora informal da idosa) à consulta de enfermagem no SAE por agendamento, previamente à consulta médica no mesmo serviço. Comorbidades: obesidade, Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus tipo II. Nega tabagismo e/ou alcoolismo. Refere boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) prescrita e cuidados regulares com a alimentação. Consciente, orientada, comunicando-se verbalmente de forma eficaz, com obesidade, cooperativa, corada, hidratada, eupneica, afebril, apetite preservado, dependente parcialmente para as atividades de vida diária e instrumentais, pois apresenta limitações para locomoção e deambula apenas com auxílio, apresenta abdome plano, flácido, indolor, queixando-se de dor em MMII, além de relatar infecção de vias aéreas superiores persistente e em tratamento no momento da consulta. Refere abstenção sexual há muitos anos, além de interações social e familiar prejudicadas, bem como sentimento de ter sofrido violência financeira em agência bancária associada a questões de gênero, idade e condição sorológica. Apresenta autoestima prejudicada. Foram identificados, no caso 04, um total de 21 diagnósticos/resultados de enfermagem, para os quais foram planejadas e implementadas algumas intervenções, conforme expõem os mapas conceituais abaixo.

Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 04







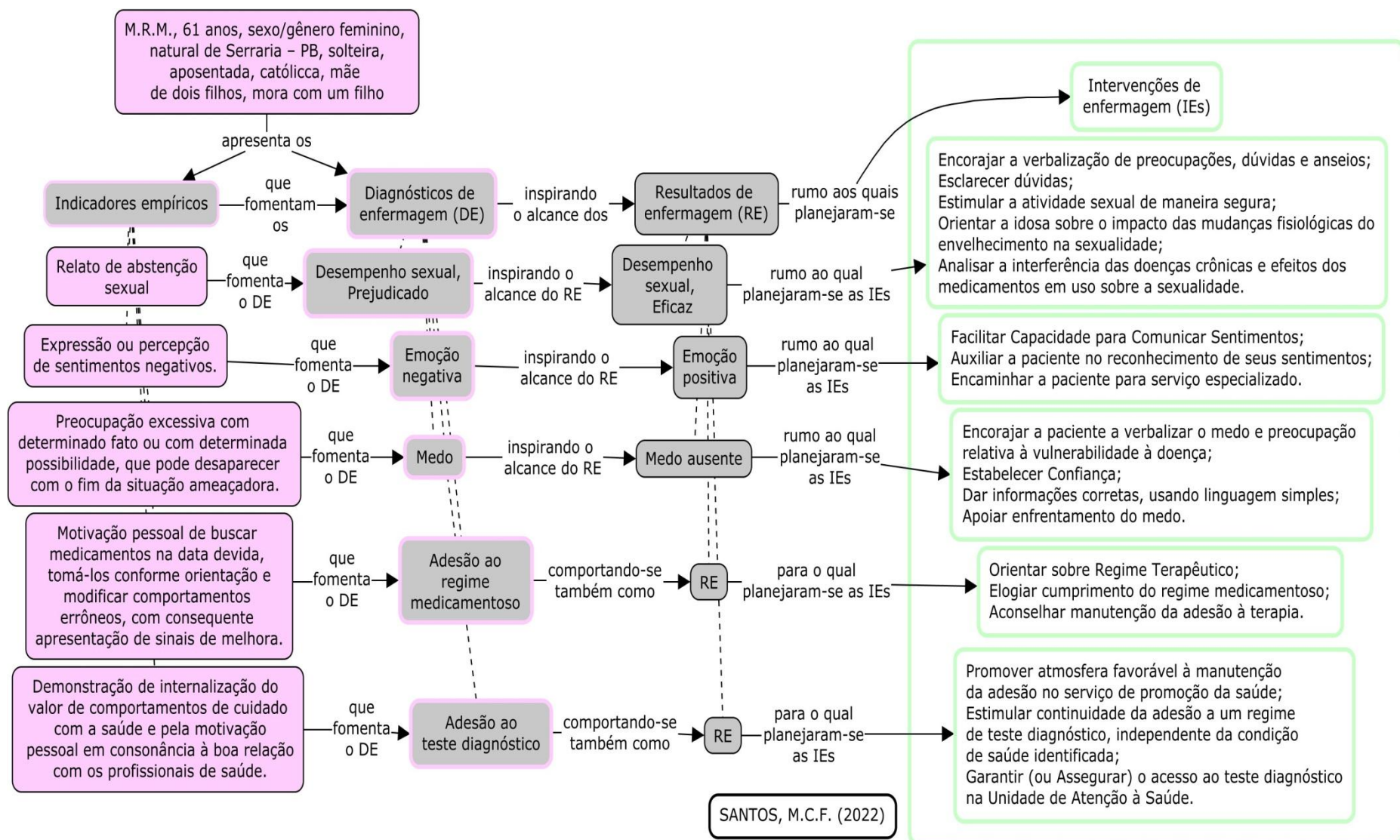


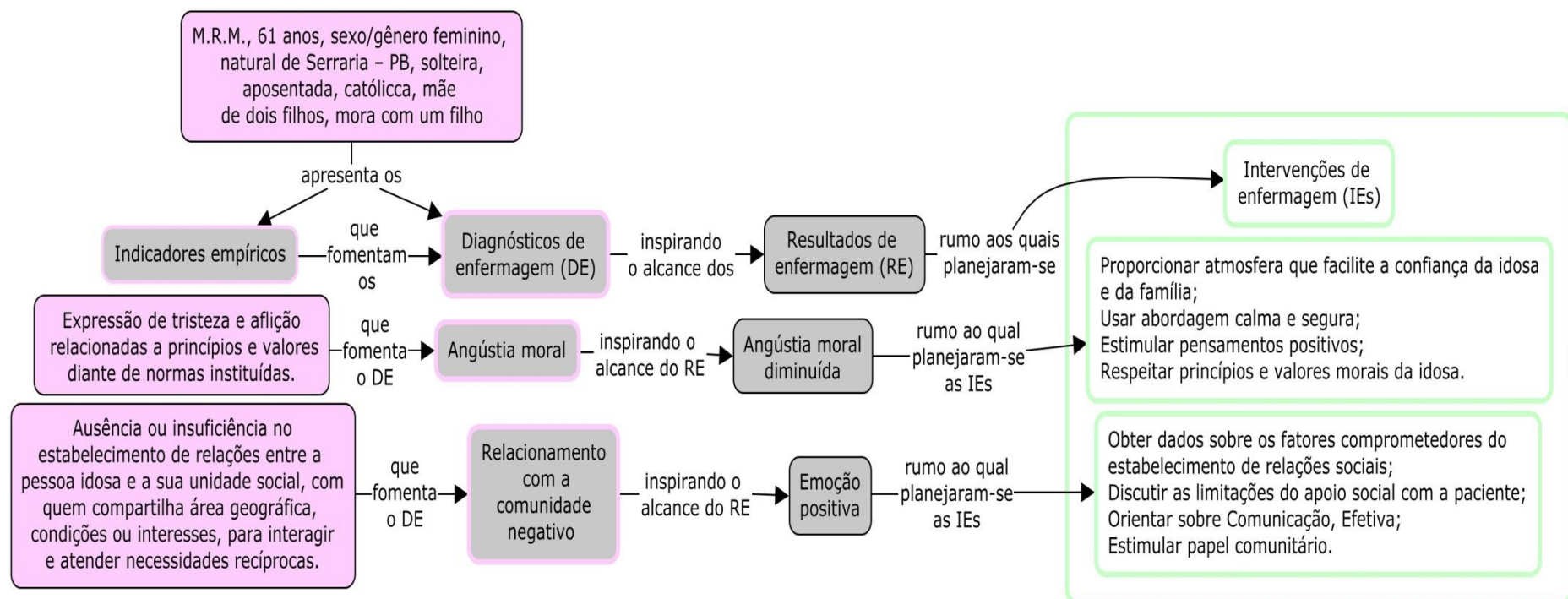
APÊNDICE K

Estudo de caso 05

M.R.M., 61 anos, sexo/gênero feminino, natural do município de Serraria – PB, raça branca, estado civil: solteira, estado conjugal: não vive em união, católica, com ensino fundamental incompleto; aposentada, renda familiar regular na média de 1 salário mínimo, mora com um filho, possui dois filhos vivos. Compareceu sem acompanhante à consulta de enfermagem no SAE por agendamento, previamente à consulta médica no mesmo serviço. Recebeu seu diagnóstico de soropositividade para o HIV há muitos anos (não sabe referir quantos anos com precisão). Nega comorbidades, tabagismo e/ou alcoolismo. Refere boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) prescrita e cuidados regulares com a alimentação. Consciente, orientada, comunicando-se verbalmente de forma eficaz, cooperativa, corada, hidratada, eupneica, afebril, apetite preservado, independente para as atividades de vida diária e instrumentais, sem queixas no momento da consulta. Refere abstenção sexual, interação social prejudicada, refere pouca busca por serviços de saúde do seu município de residência, porém relata bom relacionamento familiar, apresentando uma preocupação especial em relação às síndromes gripais, o que tem provocado maior isolamento social por parte da mesma. Foram identificados, no caso 05, um total de 07 diagnósticos/resultados de enfermagem, para os quais foram planejadas e implementadas algumas intervenções, conforme expõem os mapas conceituais abaixo.

Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 05



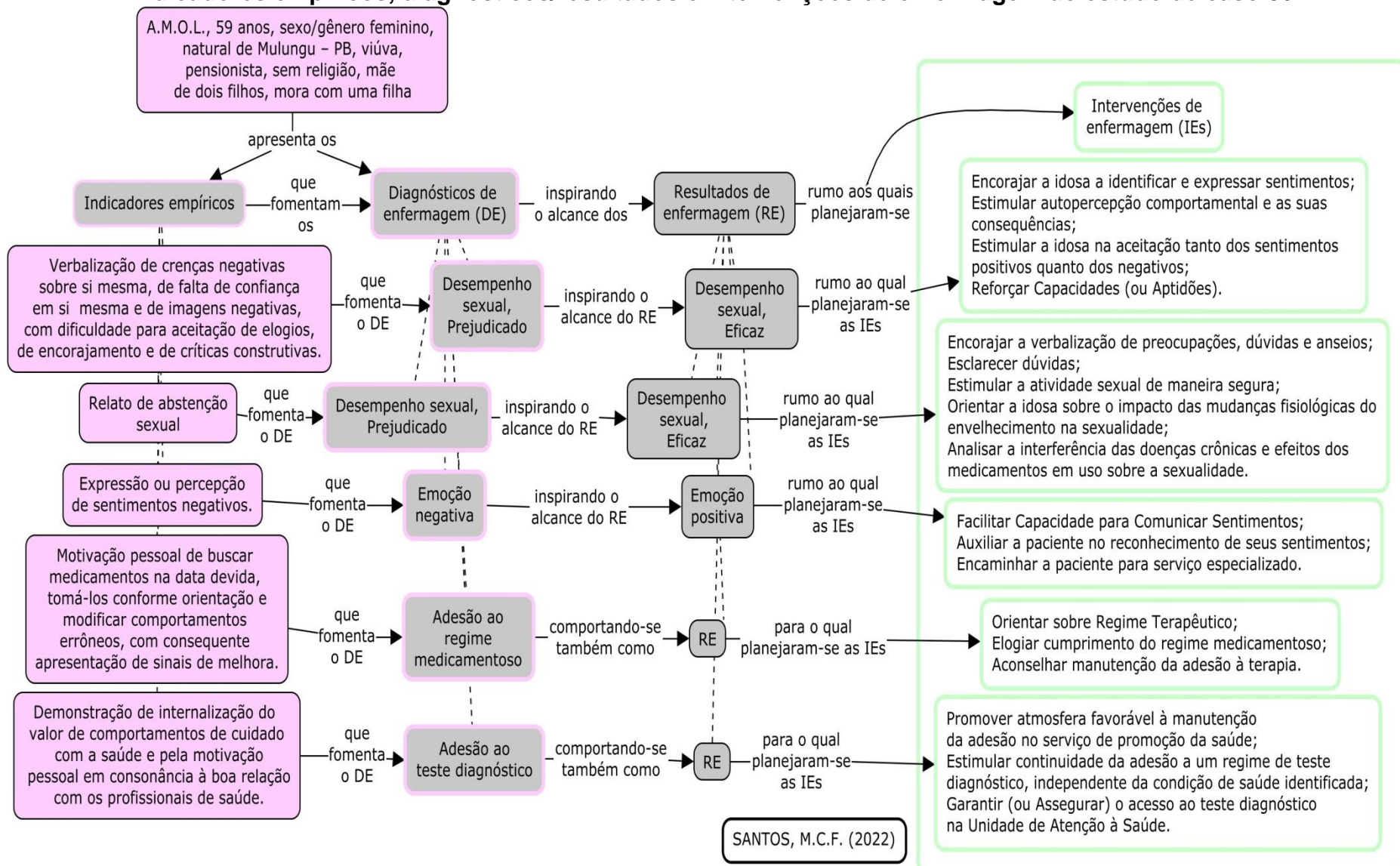


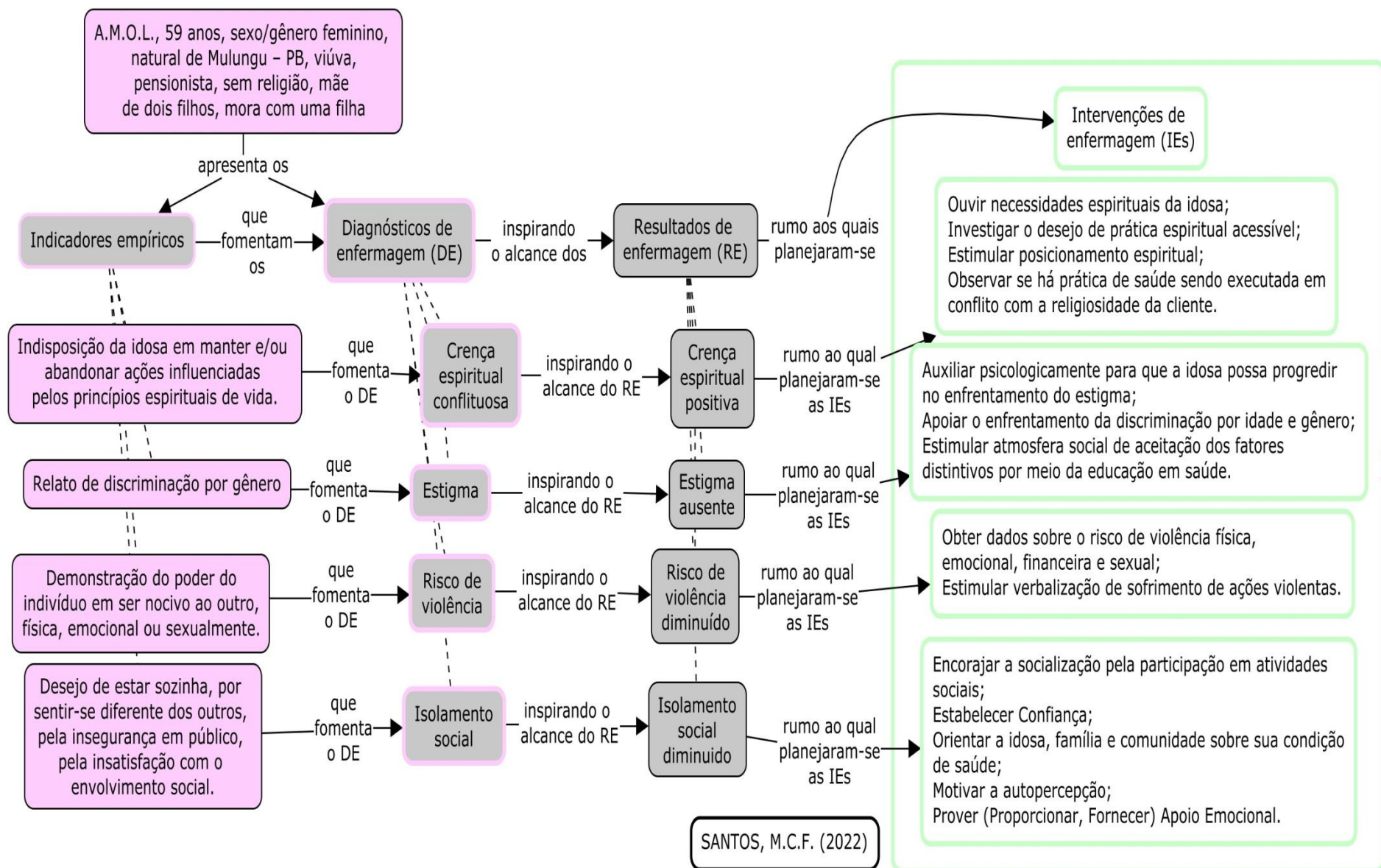
APÊNDICE L

Estudo de caso 06

A.M.O.L., 59 anos, sexo/gênero feminino, natural do município de Mulungu – PB, residindo na cidade de João Pessoa – PB, raça parda, estado civil: viúva, estado conjugal: não vive em união, não possui religião, pois relata experiência abusiva associada à religião, mas refere crença em Deus, com ensino fundamental incompleto, pensionista, renda familiar regular, mora com uma filha, possui dois filhos vivos. Compareceu sem acompanhante à consulta de enfermagem no SAE por agendamento, previamente à consulta médica no mesmo serviço. Recebeu seu diagnóstico de soropositividade para o HIV há 25 anos. Nega comorbidades, tabagismo e/ou alcoolismo. Refere boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) prescrita e cuidados regulares com a alimentação. Consciente, orientada, comunicando-se verbalmente de forma eficaz, cooperativa, corada, hidratada, eupneica, afebril, apetite preservado, independente para as atividades de vida diária e instrumentais, sem queixas fisiopatológicas no momento da consulta. Refere abstenção sexual, interação social prejudicada, bem como sensação de insegurança e preconceito sofrido em relação a questões do gênero feminino. Foram identificados, no caso 06, um total de 09 diagnósticos/resultados de enfermagem, para os quais foram planejadas e implementadas algumas intervenções, conforme expõem os mapas conceituais abaixo.

Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 06



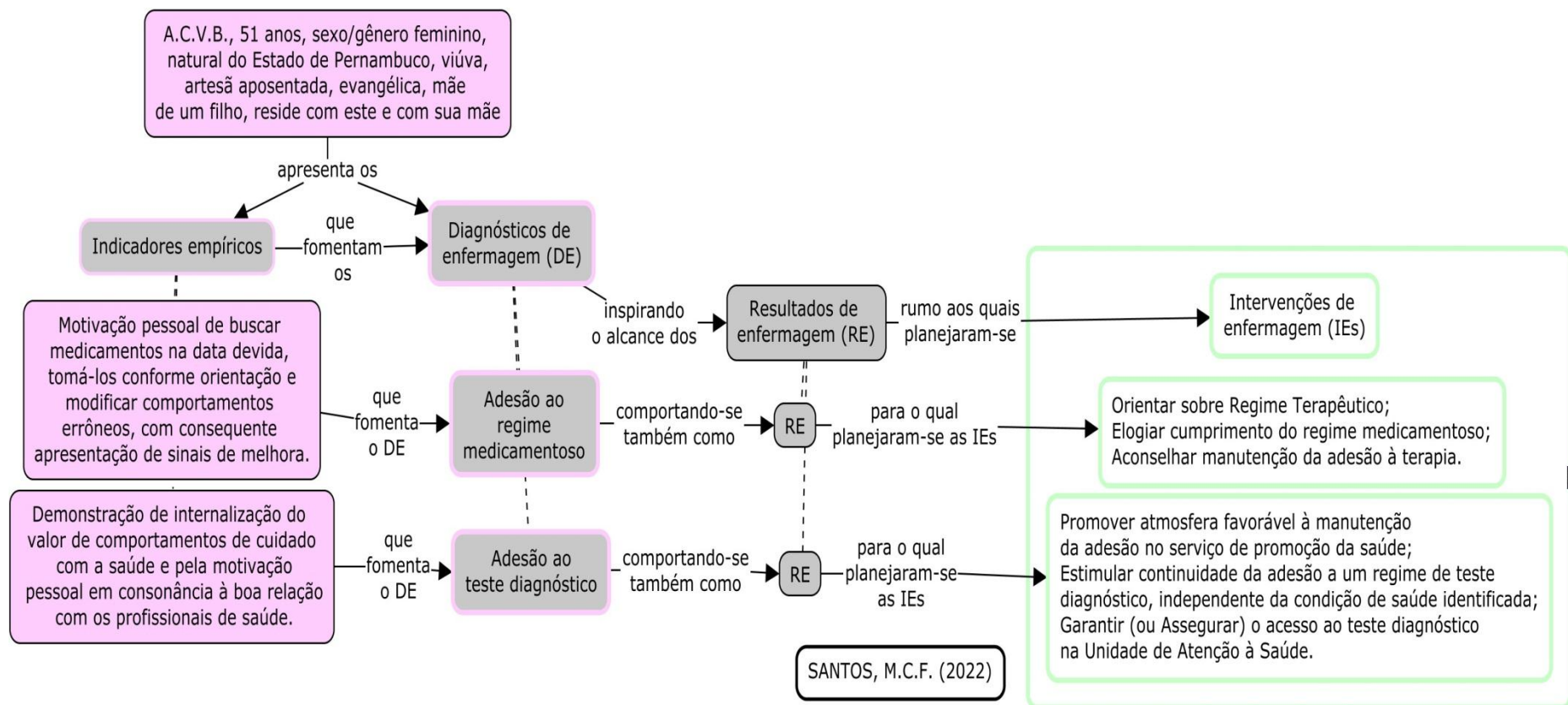


APÊNDICE M

Estudo de caso 07

A.C.V.B, 51 anos, sexo/gênero feminino, pernambucana, residindo no município de João Pessoa-PB, estado civil: viúva, estado conjugal: não vive em união, evangélica, com ensino superior incompleto, aposentada e artesã, renda familiar regular em uma média de 4 salários mínimos, mora com a mãe (idosa longeva de quem cuida) e um filho, não possui outros filhos vivos. Compareceu sem acompanhante à consulta de enfermagem no SAE por agendamento, previamente à consulta médica no mesmo serviço. Refere ter recebido seu diagnóstico de soropositividade para o HIV há 20 anos. Nega comorbidades, tabagismo e/ou alcoolismo. Refere boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) prescrita e cuidados regulares com a alimentação, demonstra uma autoestima elevada, demonstra bastante conhecimento e disposição para um enfrentamento eficaz da condição de saúde. Consciente, orientada, comunicando-se verbalmente de forma eficaz, cooperativa, corada, hidratada, eupneica, afebril, apetite preservado, independente para as atividades de vida diária e instrumentais, sem queixas fisiopatológicas no momento da consulta. Nega abstenção sexual, e descreve com compreensão eficaz as formas de prevenção de ISTs, refere interação social e familiar preservadas, nega sofrer estigma e preconceito, reconhece-se como uma entusiasta da vida. Foram identificados, no caso 07, apenas 02 diagnósticos/resultados de enfermagem, ambos positivos, para os quais foram planejadas e implementadas algumas intervenções, conforme expõe o mapa conceitual abaixo.

Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 07



APÊNDICE N

Estudo de caso 08

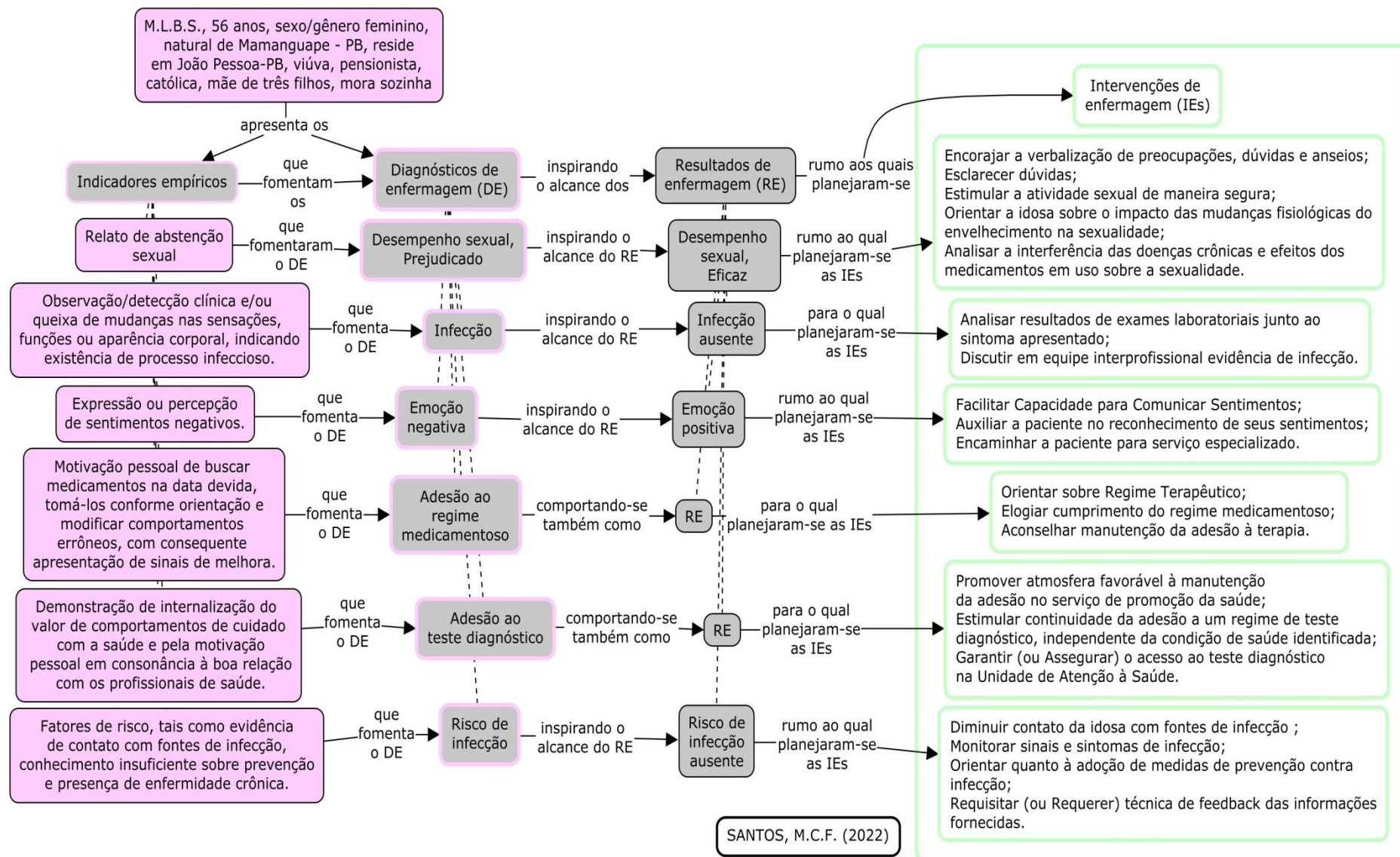
R.F.S., 57 anos, sexo/gênero feminino, natural do município de Águas Pretas – PE, estado civil: viúva, estado conjugal: não vive em união, evangélica, com ensino fundamental incompleto, renda familiar irregular oriunda de pensão, artesanato informal e venda de produtos de limpeza, mora sozinha no município de Mari-PB, possui um filho vivo. Compareceu sem acompanhante à consulta de enfermagem no SAE por agendamento, previamente à consulta médica a ser realizada no mesmo serviço. Refere ter recebido seu diagnóstico de soropositividade para o HIV há 4 anos e desde lá mantém sigilo absoluto sobre o mesmo, sem confidenciá-lo com ninguém. Nega comorbidades, tabagismo e/ou alcoolismo. Refere boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) prescrita e cuidados regulares com a alimentação, demonstra uma autoestima elevada, conhecimento eficaz sobre prevenção e tratamento, bem como disposição para o enfrentamento adequado da condição de saúde. Consciente, orientada, comunicando-se verbalmente de forma eficaz, cooperativa, corada, hidratada, eupneica, afebril, apetite preservado, independente para as atividades de vida diária e instrumentais, sem queixas fisiopatológicas no momento da consulta. Refere abstenção sexual, bem como interação social e familiar prejudicadas. Foram identificados, no caso 08, um total de 04 diagnósticos/resultados de enfermagem, para os quais foram planejadas e implementadas algumas intervenções, conforme expõe o mapa conceitual abaixo.

APÊNDICE O

Estudo de caso 09

M.L.B.S., 56 anos, sexo/gênero feminino, natural do município de Mamanguape – PB, residindo na cidade de João Pessoa – PB, raça parda, estado civil: viúva, estado conjugal: não vive em união, católica, com ensino fundamental incompleto, pensionista, renda familiar regular de 1 salário mínimo, mora sozinha, possui três filhos vivos. Compareceu acompanhada de uma filha à consulta de enfermagem no SAE por agendamento, previamente à consulta médica a ser realizada no mesmo serviço. Recebeu seu diagnóstico de soropositividade para o HIV há 1 ano – diagnóstico recente, apresentando-se ainda bastante assustada, temerosa, chorosa, referindo culpas relacionadas ao diagnóstico. Comorbidades: hipertensão arterial sistêmica, nega tabagismo e/ou alcoolismo. Refere boa adesão à terapia antirretroviral (TARV) prescrita e cuidados regulares com a alimentação. Consciente, orientada, comunicando-se verbalmente de forma eficaz, cooperativa, corada, hidratada, eupneica, afebril, apetite prejudicado devido a lesões ulceradas em cavidade oral (estomatite), independente para as atividades de vida diária e instrumentais, queixando-se de diarreia há mais de uma semana. Refere abstenção sexual, interação social e familiar preservadas. Foram identificados, no caso 09, um total de 06 diagnósticos/resultados de enfermagem, para os quais foram planejadas e implementadas algumas intervenções, conforme expõem os mapas conceituais abaixo.

Indicadores empíricos, diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem do estudo de caso 09



ANEXO

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA UTILIDADE CLÍNICA DO SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA A MULHER IDOSA COM VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS

Pesquisador: Márcia Cristina de Figueirêdo Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38568920.3.0000.5188

Instituição Proponente: Centro De Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.429.145

Apresentação do Projeto:

Projeto do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - NÍVEL DOUTORADO/CCS/UFPB. Tratar-se-á de um estudo do tipo metodológico para validação de subconjunto terminológico da CIPE®, contemplando as oito primeiras etapas propostas pelo Ministério da Saúde para avaliação de tecnologias em saúde. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) foi desenvolvida pelo International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiras - CIE) e consiste em um dos sistemas de classificação em enfermagem que permite o desenvolvimento de uma linguagem universal, precisa e objetiva, contribuindo com a continuidade de cuidados prestados pela equipe de enfermagem.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a utilidade clínica dos conceitos (categorias nominais) contidos no subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/AIDS e a correlação entre eles.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos deste estudo às participantes são mínimos, podendo incluir constrangimento em ter o tema sexualidade abordado na consulta de enfermagem, podendo ser minimizado pela pesquisadora a partir do cuidado da mesma em trabalhar de forma educativa este tema previamente, abrindo espaço para esclarecimento de dúvidas e deixando clara a intensão

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.429.145

da pesquisa em favorecer a assistência de enfermagem frente às necessidades das mesmas, tornando aberto o diálogo para o relato de qualquer desconforto e deixando-as à vontade para desistir de participar da pesquisa a qualquer tempo. Os benefícios deste estudo às mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/AIDS incluem o favorecimento de uma assistência de qualidade a ser desenvolvida pela Enfermagem com foco específico nas necessidades destas mulheres, considerando que a sistematização da assistência permite um cuidado planejado e cuidadoso frente a especificidades, bem como a implementação das intervenções do subconjunto terminológico na oportunidade do desenvolvimento dos estudos de caso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em consonância com os objetivos, referencial teórico, metodologia e referências.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a documentação de praxe, após cumprimento das diligências.

Recomendações:

Divulgar resultados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa. Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1496139.pdf	22/10/2020 12:24:06		Aceito
Outros	certidao_aprovacao_colegiado_ppgenf.pdf	22/10/2020 12:22:37	Márcia Cristina de Figueirêdo Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_CCS.pdf	28/09/2020	Márcia Cristina de	Aceito

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.429.145

Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_CCS.pdf	09:47:58	Figueirêdo Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia_CEFOR.pdf	26/09/2020 12:00:49	Márcia Cristina de Figueirêdo Santos	Aceito
Declaração de concordância	Declaracao_anuencia_chcf.pdf	12/08/2020 14:59:41	Márcia Cristina de Figueirêdo Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DE_PESQUISA.docx	12/08/2020 14:58:40	Márcia Cristina de Figueirêdo Santos	Aceito
Outros	Instrumento.docx	08/08/2020 14:53:32	Márcia Cristina de Figueirêdo Santos	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	08/08/2020 14:50:50	Márcia Cristina de Figueirêdo Santos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	08/08/2020 14:50:24	Márcia Cristina de Figueirêdo Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	08/08/2020 14:49:03	Márcia Cristina de Figueirêdo Santos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 30 de Novembro de 2020

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br