

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
MÁRCIA CRISTINA DE FIGUEIRÊDO SANTOS

PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA A MULHER
IDOSA COM VULNERABILIDADE RELACIONADA AO HIV/AIDS

JOÃO PESSOA/PB
2017

MÁRCIA CRISTINA DE FIGUEIRÊDO SANTOS

PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA A MULHER
IDOSA COM VULNERABILIDADE RELACIONADA AO HIV/AIDS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem (PPGEnf), do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem,
Área de concentração: Cuidado em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Enfermagem e saúde no cuidado ao adulto e idoso

Projeto de pesquisa: Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermeiras para a mulher idosa no contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a Greicy Kelly Gouveia
Dias Bittencourt

S237p Santos, Márcia Cristina de Figueirêdo.
Proposta de subconjunto terminológico da cipe® para a
mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids /
Márcia Cristina de Figueirêdo Santos. - João Pessoa, 2017.
151 f. : il. -

Orientadora: Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS

1. Enfermagem - Processos. 2. Envelhecimento. 3. Aids.
4. Vulnerabilidade em saúde. 5. Saúde da mulher. I. Título.

UFPB/BC

CDU: 616-083(043)

MÁRCIA CRISTINA DE FIGUEIRÊDO SANTOS

Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids

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

Aprovada em 05 de ABRIL de 2017

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt - Orientadora
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – PPGEnf/UFPB



Profa. Dra. Oriana Deyze Correia Paiva Leadebal – Membro Externo
Universidade Federal da Paraíba – UFPB



Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega – Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profa. Dra. Maria Eliane Moreira Freire – Membro Suplente Externo
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

Profa. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira – Membro Suplente Interno
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

*A Deus e à minha família, que dão sentido a
cada conquista alcançada na minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu Jesus, fonte de sabedoria e amor, que foi a minha fortaleza nos momentos de desafio e me guiou pelos caminhos da vitória.

Ao meu esposo, Aragoney, por ter sido calmaria quando fui tempestade, por ter superado seus limites para me dar o suporte que precisei, e por ter dedicado seu tempo e sua paciência a esse meu projeto de vida.

À minha mãe, Sarah, por inesgotáveis motivos, mas principalmente por fazer questão de dar base de sustentação aos meus sonhos e metas, por me inspirar na luta diária e por me permitir acreditar que um dia serei vencedora.

Ao meu pai, Márcio, por cada gesto de preocupação e por todo o incentivo à minha carreira profissional.

Aos meus irmãos, por me completarem nas mais diversas dimensões, e por todo apoio que me dão, direta ou indiretamente.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Greicy Kelly, por ter sido sinônimo de estabilidade e segurança para mim nessa jornada, por toda paciência que sempre teve com as minhas “teimosias” e com minha ansiedade, pela amizade, por cada momento de crescimento pessoal e profissional, pela parceria acadêmica, pela relação harmoniosa e horizontal que me inspirou a exercer uma docência espelhada na sua prática de ensinar. Agradeço, ainda, pela leveza com a qual conduziu todo o processo e por me mostrar que em meio a momentos preocupantes sempre há formas justas e coerentes de encontrar solução.

À professora Prof^a Dr^a Miriam Nóbrega, por toda preocupação e empenho demonstrado com a minha pesquisa, pela oportunidade de cursar o estágio de docência nas disciplinas de sua responsabilidade e por ceder o seu laboratório aos meus estudos de forma tão acolhedora. Sua simplicidade e humildade me inspiram e me motivam diariamente.

Aos especialistas/colaboradores, por terem contribuído sobremaneira com esse estudo e por cada esforço feito em prol dessa pesquisa.

Aos colegas do mestrado, pelos momentos de crescimento intelectual e também por cada momento de descontração compartilhado.

À amiga, Patrícia Josefa, pela amizade que construímos ao longo desses anos, pelos incontáveis dias de estudos, pelos valiosos direcionamentos acadêmicos, por cada conselho, cada palavra de apoio, cada preocupação, cada almoço ou café da manhã descontraído, e ainda, pelo respeito que sempre destinou a mim.

Aos amigos do Centro CIPE[®] e do LASERS, pelo convívio harmonioso, pelo acolhimento em seus espaços e pelas trocas de conhecimento.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem por terem compartilhado seus conhecimentos em prol do meu crescimento profissional durante as disciplinas ofertadas pelo Programa.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, em especial à Nathali Costa, pela gentileza, pela disponibilidade e pela valiosa colaboração na solução dos tantos problemas que surgiram pelo caminho.

À banca examinadora, Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega, Profa. Dra. Oriana Deyse Correia Paiva Leadebal, Profa. Dra. Maria Adelaide Silva Paredes Moreira e Profa. Dra. Maria Eliane Moreira Freire pela disponibilidade em participar da banca.

Ao apoio financeiro recebido pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Aos alunos da graduação em Enfermagem, com os quais dividi a sala de aula em uma rica troca de conhecimentos durante a experiência do estágio de docência, pela grande transformação profissional que me proporcionaram alcançar após essa oportunidade.

A todos os demais colegas, amigos e familiares que contribuíram de alguma forma para esse estudo e para o meu crescimento profissional, meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Teoria Geral do Autocuidado e a vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids	39
Figura 2	Etapas metodológicas do estudo	44

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Conceitos centrais da Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem	32
Quadro 2	Requisitos de autocuidado e suas definições	33
Quadro 3	Resultados de estudos que envolvem vulnerabilidade ao HIV/Aids e mencionam a teoria geral do autocuidado de Orem	35
Quadro 4	Aplicabilidade dos pressupostos da teoria geral do autocuidado de Orem para o contexto da mulher idosa e vulnerabilidades ao HIV/Aids	36
Quadro 5	Diagnósticos/resultados de enfermagem classificados no componente individual de vulnerabilidade e nos requisitos de autocuidado de Orem	53
Quadro 6	Diagnósticos/resultados de enfermagem classificados no componente social de vulnerabilidade e nos requisitos de autocuidado de Orem	61
Quadro 7	Diagnósticos/resultados de enfermagem classificados no componente programático de vulnerabilidade e nos requisitos de autocuidado de Orem	66
Quadro 8	Conceitos de intervenções de enfermagem classificadas no componente individual de vulnerabilidade e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, em correspondência aos diagnósticos/resultados de enfermagem	70
Quadro 9	Conceitos de intervenções de enfermagem classificadas no componente social de vulnerabilidade e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, em correspondência aos diagnósticos/resultados de enfermagem	78
Quadro 10	Conceitos de intervenções de enfermagem classificadas no componente programático de vulnerabilidade e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, em correspondência aos diagnósticos/resultados de enfermagem	81

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos diagnósticos validados segundo o quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e a Teoria Geral do Autocuidado de Orem	52
Gráfico 2	Distribuição das intervenções de enfermagem validadas no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e para atender aos diagnósticos/resultados de enfermagem dos requisitos de autocuidado	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiras
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
GEPFAE	Grupo de Estudos e Pesquisa sobre a Fundamentação da Assistência de Enfermagem
GIEPERS	Grupo Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ISO	International Organization for Standardization
LASERS	Laboratório de Saúde, Envelhecimento e Representações Sociais
NANDA-I	NANDA International
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
RD	Requisito de desenvolvimento do autocuidado
RDS	Requisito de desvio de saúde do autocuidado
RU	Requisito universal do autocuidado
SICLOM	<u>Sistema de Controle Logístico de Medicamentos</u>

SIM	Sistema de Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	<u>Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral</u>
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNAIDS/ ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SANTOS, Márcia Cristina de Figueiredo. **Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids.** 2017. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

RESUMO

Introdução: Mudanças epidemiológicas com relação ao HIV/Aids são caracterizadas pelo envelhecimento, heterossexualização e feminização da epidemia. Fatores de vulnerabilidade individuais, sociais e programáticos configuram necessidades de assistência de enfermagem a mulheres idosas. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) favorece essa atuação por meio de subconjuntos terminológicos, sendo necessária a sua estruturação com base num referencial teórico a ser selecionado que, neste estudo, foi a teoria do autocuidado de Orem.

Objetivo: Estruturar uma proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/Aids. **Método:** Estudo do tipo metodológico, desenvolvido nas etapas de validação de diagnósticos/resultados de enfermagem, suas definições operacionais e de intervenções de enfermagem; e estruturação de um subconjunto terminológico da CIPE® com base na teoria do autocuidado de Orem e no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres.

Resultados: Estruturou-se uma proposta de subconjunto terminológico da CIPE® contendo mensagem aos leitores, importância para a enfermagem, inserção da enfermagem no modelo teórico do estudo e a lista com 53 diagnósticos/resultados de enfermagem e 218 intervenções de enfermagem, ambos classificados no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria geral do autocuidado de Orem, precisamente nos requisitos de autocuidado e na teoria dos sistemas de enfermagem. **Conclusão:** A proposta de subconjunto terminológico estruturada expõe as demandas de autocuidado relacionadas aos diversos contextos de vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids, permite uma atuação profissional sistematizada e baseada em condições identificáveis e sinaliza para a necessidade de atuação de enfermagem, na prevenção e enfrentamento da infecção, como meio de promoção do autocuidado.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem; Envelhecimento; Síndrome de imunodeficiência adquirida; Vulnerabilidade em Saúde; Saúde da mulher; Processos de Enfermagem.

SANTOS, Márcia Cristina de Figueiredo. **Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids.** 2017. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

ABSTRACT

Introduction: Epidemiological changes in relation to HIV/AIDS are characterized by the aging, heterosexualization and feminization of the epidemic. Individual, social and programmatic vulnerability factors constitute the needs for nursing care for elderly women. The International Classification for Nursing Practice (ICNP®) favors this action by means terminological subsets, being necessary its structuring based on a theoretical framework to be selected that, in this study, was Orem's theory of self-care. **Objective:** To structure a proposal of ICNP® terminology subset for elderly women with vulnerability related to HIV / AIDS. **Method:** Study of the methodological type, developed in the steps of validation of nursing diagnoses/results, their operational definitions and nursing interventions; and structuring a ICNP® terminology subset based on Orem's self-care theory and Ayres's conceptual framework of vulnerability. **Results:** A proposal of ICNP® terminology subset was structured containing message to readers, importance for nursing, insertion of nursing in the theoretical model of the study, and a list with 53 nursing diagnoses/results and 218 nursing interventions, both classified in the Ayres's conceptual framework of vulnerability and Orem's self-care general theory, precisely in the requirements of self-care and in nursing systems theory. **Conclusion:** The proposal of a terminological subset structured exposes the demands of self-care related to the different contexts of vulnerability of the elderly woman to HIV/AIDS, allows a professional action systematized and based on identifiable conditions and signals to the need for nursing action, in prevention and coping with infection as a means of promoting self-care.

DESCRIPTORS: Nursing; Aging; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Health Vulnerability; Women'n Health; Nursing Process.

SANTOS, Márcia Cristina de Figueiredo. **Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids.** 2017. 151f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

RESUMEN

Introducción: Cambios epidemiológicos en relación con el VIH/SIDA se caracterizan por el envejecimiento, heterosexual y la feminización de la epidemia. Factores de vulnerabilidad individuales, sociales y programáticos constituyen necesidades de cuidados de enfermería las mujeres de edad avanzada. La Clasificación internacional para la práctica de enfermería (CIPE®) favorece esta acción por medio de subconjuntos de terminología, requiriendo su estructura basada en un marco teórico para ser seleccionados, en este estudio, fue la teoría del autocuidado de Orem. **Objetivo:** Estructurar una propuesta de subconjunto terminológico de CIPE® para las mujeres de edad avanzada con la vulnerabilidad relacionada con el VIH/SIDA. **Método:** Estudio de tipo metodológico, desarrollado en las etapas de validación de los diagnósticos/ resultados de enfermería, sus definiciones operativas y las intervenciones de enfermería; y la estructuración de un subconjunto terminológico de CIPE® basa en la teoría de Orem y el marco conceptual de la vulnerabilidad de Ayres. **Resultados:** Se estructuró una propuesta de subconjunto terminológico de CIPE® que contiene el mensaje a los lectores, importancia para la enfermería, la inserción de enfermería en el modelo teórico del estudio y la lista de los 53 diagnósticos/resultados de enfermería y 218 intervenciones de enfermería, ambos clasificados en el Ayres marco conceptual de la vulnerabilidad y la teoría general de autocuidado de Orem, precisamente en los requisitos de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. **Conclusión:** La propuesta de subconjunto terminológico estructurada expone las demandas de autocuidado relacionadas con los distintos contextos de vulnerabilidad de la mujer mayor a VIH/SIDA, permite un trabajo profesional sistematizado y en base a las condiciones identificables y señala la necesidad de la práctica de enfermeira, en la prevención y afrontamiento a la infección, como un medio de promover el autocuidado.

DESCRIPTORES: Enfermería; Envejecimiento; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Vulnerabilidad em Salud; Salud de la Mujer; Procesos de Enfermería.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVO	22
3	REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1	Envelhecimento e feminização da epidemia e a vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids	23
3.2	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e Subconjuntos terminológicos da CIPE®	26
4	REFERENCIAL TEÓRICO	30
4.1	Modelo conceitual de vulnerabilidade segundo Ayres	30
4.2	Teoria Geral do Autocuidado de Orem	31
4.3	Aplicabilidade da teoria geral do autocuidado de Orem na prática de enfermagem no contexto de vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids	34
4.4	Adaptação da teoria geral do autocuidado de Orem para o contexto da mulher idosa com vulnerabilidade ao HIV/Aids	35
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	43
	1ª etapa - Validação de diagnósticos/resultados de enfermagem com suas respectivas definições operacionais e de intervenções de enfermagem	45
	Sub-etapa 1.1 - Construção de definições operacionais para os diagnósticos/resultados de enfermagem	46
	Sub-etapa 1.2 – Validação dos diagnósticos/resultados de enfermagem com suas respectivas definições operacionais	47
	Sub-etapa 1.3 - Construção e validação de intervenções de enfermagem para os diagnósticos/resultados de enfermagem validados	49
	2ª etapa – Estruturação de um subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade ao HIV/Aids com base na teoria do autocuidado de Orem e no quadro conceitual de vulnerabilidade	50
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
6.1	Diagnósticos/resultados de enfermagem e suas definições operacionais	52
6.2	Intervenções de enfermagem	68
6.3	Estruturação da proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids	86
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
	REFERÊNCIAS	109
	APÊNDICES	115
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	115
	Apêndice B - Instrumento de validação dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem	117
	Apêndice C - Instrumento de validação dos enunciados de intervenções de enfermagem	132
	ANEXO – Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	151

APRESENTAÇÃO

O caminho acadêmico traçado por mim até aqui foi o que me direcionou ao desenvolvimento deste estudo. O meu contato com os sistemas de classificação da prática profissional de enfermagem se iniciou na disciplina de Semiologia e Semiotécnica I, 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 através do vínculo ao Programa de Iniciação Científica, o que resultou em dois artigos intitulados por “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 desenvolvidos com a elaboração de um artigo para apresentação no 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 mulheres idosas com vulnerabilidade 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 em estudar cada vez mais sobre o assunto, com vistas, inclusive, à atuação acadêmica, além do favorecimento da prática.

Deparei-me com a possibilidade de inscrição no Processo seletivo do Curso de Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF/UFPB) assim que concluí a Graduação em Enfermagem Geral (Bacharelado e Licenciatura) pela UFPB. Participei do processo seletivo com o intuito de, se aprovada, elaborar uma Proposta de Subconjunto terminológico da CIPE®, incluindo a validação dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem construídos e a construção e validação de intervenções. Com essa proposta fui aprovada no Curso de Mestrado em 2015.1 e vibro com a oportunidade que estou tendo de colaborar com a Enfermagem como profissão prática e com o ensino e a pesquisa. Acredito na potencial colaboração que o meu estudo pode fornecer à melhoria da assistência à população que tenho me dedicado a estudar.

Dessa maneira, o presente estudo expõe a efetivação do que almejei e é composto por etapas da elaboração da proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade ao HIV/Aids. As etapas concluídas neste estudo foram: mensagem aos leitores, importância para a enfermagem, inserção da enfermagem no modelo teórico do estudo e a lista de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids.

Na introdução, é apresentada a problemática do estudo de modo a proporcionar uma aproximação com o tema e evidenciar a importância de desenvolvê-lo. Fica exposta também a relação da vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids com fatores determinantes específicos de ordem tanto individual, quanto

social e programática. Uma questão norteadora origina-se da reflexão feita na introdução e dá origem aos objetivos 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 de 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 ao HIV/Aids foi analisada e alguns de seus conceitos e pressupostos foram adaptados ao contexto estudado.

Nos procedimentos metodológicos, o estudo, que é do tipo metodológico, foi descrito conforme suas etapas de desenvolvimento, desde o momento de validação dos enunciados diagnósticos até a estruturação da proposta de subconjunto.

Nos resultados, expõem-se os diagnósticos/resultados de enfermagem classificados de acordo com a teoria do autocuidado de Orem e com o quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres; as definições operacionais para cada diagnóstico e as intervenções de enfermagem classificadas na teoria dos sistemas de enfermagem de Orem. Todos os elementos da prática de enfermagem que se encontram nos resultados foram validados por especialistas.

A discussão foi disposta junto com os resultados por se tratar de um estudo metodológico e, ao separá-los, distanciaria cada enunciado do seu contexto de modo a dificultar a compreensão.

As considerações finais sintetizam a contribuição do estudo para a enfermagem e destacam a importância do subconjunto como ferramenta de favorecimento da prática.

1 INTRODUÇÃO

A epidemia do HIV/Aids vem expressando diferentes comportamentos epidemiológicos e cursos clínicos ocasionados, dentre outros fatores, pelo acesso universal e gratuito a diagnóstico e tratamento, de modo que a infecção assumiu status de condição crônica em virtude da diminuição da ocorrência de manifestações clínicas e doenças oportunistas, o que gerou aumento da sobrevida e da qualidade de vida da pessoa que vive com o HIV/Aids, caracterizando o envelhecimento da epidemia. Esse envelhecimento se deve também ao aumento da taxa infecção entre as pessoas idosas (OKUNO et al., 2014).

Alguns fatores como o aumento da longevidade, a socialização progressiva da gestão da velhice e mudanças no padrão sexual dos idosos ampliaram as oportunidades deles se infectarem pelo HIV (BURIGO et al., 2015; SERRA et al., 2013). O processo de heterossexualização da epidemia consiste num enfoque de transição da mesma, com base na diminuição da razão entre os sexos e é caracterizada pela expressiva inserção da mulher no quadro epidemiológico, definindo-se a “feminização” da doença observada, inclusive, nas faixas etárias mais avançadas (NOGUEIRA et al., 2014).

A vulnerabilidade ao HIV/Aids em mulheres idosas possui um agravante que é a não demonstração, por parte dessa população específica, de preocupação com a suscetibilidade à infecção pelo HIV, que pode ser justificada pela concepção errônea de que apenas os grupos de risco específicos estão suscetíveis ao HIV/Aids (SILVA; OLIVEIRA, 2013). Embora a suscetibilidade ao HIV/Aids seja geral, independente de classe social ou dos padrões de vida, ainda permanece a ideia de que a doença é do outro, atingindo somente pessoas que adotam determinados comportamentos de risco como homossexuais, jovens, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis (FREITAS; MIRANDA; NERY, 2002; SANTOS et al., 2014), excluindo-se os idosos da população de risco, o que corrobora a vulnerabilidade destes à infecção (SILVA; OLIVEIRA, 2013).

Estudos mostram a precária valorização da prevenção da infecção pelo HIV por mulheres idosas, atrelada ao entendimento equivocado das formas de infecção e vias de transmissão (GURGEL et al., 2014; GARCIA et al., 2012), o que evidencia a

falta de acesso às informações e o baixo nível de instrução de idosos vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis (BURIGO et al., 2015).

No Brasil foram 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, 25.794 casos de aids em pessoas com 60 anos ou mais, sendo que, 16.366 ocorreram no sexo masculino e 9.418 no sexo feminino. Neste grupo etário, a taxa de incidência em 2002 foi de 6,8, alcançando, em 2014, 9,9 casos para cada 100 mil habitantes. Na avaliação da incidência entre os sexos, observa-se que entre os homens houve um aumento de 9,7 para 13,8 casos por 100 mil habitantes e entre as mulheres, de 4,4 para 6,7 casos em 100 mil habitantes (BRASIL, 2015).

Este contexto caracteriza um grupo específico que merece uma atenção especializada e a mobilização dos profissionais da saúde para oferta de cuidado mais responsivo às suas necessidades. Para tanto, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de DST e aids e da Área Técnica de Saúde da Mulher, apresentam às instituições que atuam no campo dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da aids e outras DSTs, cujo objetivo é nortear a implantação e a implementação de ações de promoção à saúde e aos direitos, da área sexual e reprodutiva nos níveis federal, estadual e municipal (BRASIL, 2009).

Neste documento, o Ministério da Saúde considera que alguns grupos de mulheres podem ser afetados mais fortemente pelo preconceito e estigmatização, tais como as mulheres que vivem com HIV e aids, as adolescentes e jovens, as mulheres privadas de liberdade, bem como as mulheres idosas, dentre outros grupos (BRASIL, 2009). Com relação às mulheres idosas, elas constituem um grupo sob influência de diversos fatores que as inserem em maior suscetibilidade à infecção pelo HIV/Aids.

Os índices de contaminação dessa população devem-se a fatores socioculturais, programáticos e individuais, nos quais 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 (BEZERRA et al., 2015), as poucas oportunidades nos serviços de saúde para discutir sobre sexualidade com essa clientela e sobre mudanças corporais nessa faixa etária (GURGEL et al., 2014; LAROQUE et al., 2011), a ausência de políticas que atendam às necessidades da referida população e a própria falta de conhecimento sobre a infecção (ARALDI et al., 2016), são percebidas como fatores que podem incrementar a vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids.

Considerando o contexto de vulnerabilidade também presente na vida da mulher já infectada pelo HIV, alguns desses fatores também podem a inserir em condição de vulnerabilidade a desenvolver a síndrome da imunodeficiência adquirida. Ainda se percebe a vulnerabilidade dentre as idosas que já manifestaram a aids de intercorrerem ou evoluírem para óbito, destacando a importância de considerá-las também no contexto de vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids.

Assim, entende-se que a falta de especificidade nas políticas de saúde, os diversos fatores de vulnerabilidade da mulher idosa com relação à infecção pelo HIV e a necessidade de assistência de enfermagem sistematizada direcionada a essa população específica ressaltam a necessidade do planejamento da assistência de enfermagem no contexto de vulnerabilidades da mulher idosa ao HIV/Aids, justificando o desenvolvimento deste estudo.

Os enfermeiros, enquanto profissionais da saúde, têm um importante papel na implementação de políticas públicas voltadas ao enfrentamento do HIV/Aids, atuando na oferta de cuidado ao usuário, tanto na perspectiva da promoção da saúde, quanto na prevenção de doenças e agravos, visando uma melhoria na sua qualidade de vida. Sendo assim, necessita de sistemas de classificação da prática profissional para auxiliar na descrição e na comunicação de atividades da prática de enfermagem, corroborando uma linguagem padronizada.

Neste contexto, destaca-se 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® pode facilitar a comunicação entre enfermeiros e a implementação das fases do processo de enfermagem, representando uma forma de melhoria no

registro de enfermagem, na assistência ao usuário e no fortalecimento profissional (CIE, 2007).

Visando desenvolver um conjunto de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para o cuidado de mulheres idosas com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids, desenvolveu-se, em estudo anterior, um banco de termos (SIQUEIRA et al., 2015) a partir do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DSTs (BRASIL, 2009), no qual coletaram-se termos e conceitos relevantes para as mulheres idosas.

Identificaram-se 648 termos que foram submetidos à validação de conteúdo por um grupo de pesquisadores/enfermeiros colaboradores. Dos 648 termos, 209 obtiveram um Índice de Concordância $\geq 0,80$ entre participantes do estudo, sendo considerados válidos para construção de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para mulheres idosas com HIV/Aids. Esses termos foram analisados semanticamente, resultando em 181 termos submetidos à técnica de mapeamento cruzado com os termos do Modelo de Sete Eixos da CIPE® 2011 (ICN, 2011), resultando em 104 termos constantes e 73 não constantes nessa terminologia, constituindo-se, assim, o banco de termos para a prática de enfermagem para mulheres idosas com HIV/Aids (SIQUEIRA et al., 2015).

Esse banco foi utilizado para construção de enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids, levando-se em consideração o Modelo de Sete Eixos da CIPE®, versão 2011, as diretrizes do CIE e o quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres (2009), composto pelas modalidades de vulnerabilidade individual, social e programática. No referido estudo, foram construídos 88 diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo distribuídos de acordo com o quadro conceitual de vulnerabilidades: 56 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem relacionados à vulnerabilidade individual; 26 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem relacionados à vulnerabilidade social e 6 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem relacionados à vulnerabilidade programática. Para esses enunciados diagnósticos/resultados foram construídas, inicialmente, 91 sugestões de intervenções de enfermagem (SANTOS, 2015), que precisaram ser aprimoradas com base na atualização do banco de termos e dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem junto à CIPE® 2015.

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).

Considerando que a construção de um subconjunto terminológico necessita da escolha de um modelo teórico que a estruture (NÓBREGA et al., 2015), a partir de uma revisão integrativa da literatura pôde-se identificar a teoria geral do autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico, da área de enfermagem, com maior frequência de utilização nos estudos que tratam da vulnerabilidade ao HIV/Aids. Além disso, foi possível concluir que o planejamento de cuidados evidenciado por meio do traçado de enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem quando baseado em um referencial teórico, se faz essencial na prática de enfermagem como potencial agente redutor da vulnerabilidade ao HIV/Aids, tanto na promoção da saúde, quanto na prevenção e tratamento.

A teoria geral do autocuidado de Orem é composta por três constructos interrelacionados, a saber: teoria do autocuidado, teoria do déficit do autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem. A importância do autocuidado no contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids pode ter associação imediata à necessidade de adoção de medidas preventivas contra a infecção por parte dos indivíduos com vida sexualmente ativa. Entretanto, inúmeros outros fatores como limitações pessoais, sociais e/ou instrutivas, entre outras, influem diretamente nas ações de autocuidado a serem exercidas por ele ou pelo enfermeiro. Daí, a necessidade de que o autocuidado seja exercido tanto na prevenção à infecção, em mulheres idosas saudáveis, 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.

Sabe-se que a identificação de déficits de autocuidado demanda o planejamento de intervenções de enfermagem respaldadas pela teoria dos sistemas de enfermagem, que por sua vez constitui uma ferramenta da prestação do cuidado

(BRAGA; SILVA, 2011). Estabelece-se uma relação entre a teoria geral do autocuidado e o contexto de vulnerabilidades ao HIV/Aids, permeado por demandas de autocuidado nas diversas modalidades, seja a individual, a social ou a programática.

Com base nesta relação, compreende-se os diagnósticos/resultados de enfermagem como indicadores de déficits no autocuidado (BARROSO et al., 2010), que apontam para as demandas de autocuidado, definindo necessidades da intervenção de enfermagem.

Mediante o contexto apresentado, neste estudo, elaborou-se o seguinte questionamento: Que diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem podem subsidiar a estruturação de um subconjunto terminológico da CIPE[®] para mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/Aids?

2 OBJETIVO

Portanto, o objetivo do estudo é:

- Estruturar a proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids, com base na teoria geral do autocuidado de Orem e no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Envelhecimento e feminização da epidemia e a vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids

A partir da década de 1980, quando foram iniciadas as notificações de casos de HIV em mulheres brasileiras, passou-se a desmistificar esta infecção como sendo própria do sexo masculino. Na década de 1990, os casos de aids na população feminina aumentaram significativamente em todo o mundo, assim como a transmissão vertical desta doença. Foi nesta época que os olhares das pesquisas em HIV/Aids voltaram-se para a feminização da epidemia (BRASIL, 2009).

Desde então, a razão do quantitativo de indivíduos infectados pelo HIV entre os sexos sofreu diminuição gradativa, em que a mulher passou a se infectar com maior incidência, passando de 7,9 homens infectados pelo HIV por mulher em 1990, para 2,0 homens por mulher em 2014 (BRASIL, 2015). Este acometimento da população feminina acarreta em alterações funcionais da sociedade em geral, tendo em vista o papel de cuidadora exercido pela mulher ao longo do tempo no contexto familiar (FREITAS et al., 2012).

É percebido, ainda, um deslocamento da epidemia para faixas etárias mais avançadas através da identificação do aumento da taxa de detecção de indivíduos infectados pelo HIV na faixa etária de 60 anos ou mais. Observou-se um aumento de 6,8 a cada 100.000 habitantes no ano de 2002 para 9,9 no ano de 2014, 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, 2015).

É possível elencar um conjunto de fatores que contribuem para inserção dos idosos na população acometida pela infecção. A disponibilidade de medicamentos que melhoram o desempenho sexual e fazem com que os idosos se sintam seguros em estabelecer relações amorosas, ampliaram as oportunidades de infecção desses indivíduos (SILVEIRA et al., 2011). Além disso, a sexualidade dos idosos retrata um contexto cultural envolto por tabus e preconceitos (VIEIRA, 2004; ARAÚJO; MONTEIRO, 2011), mesmo que ela seja real e esteja viva, o que os suscetibiliza

ainda mais à infecção, tendo em vista a sua negação pela sociedade em geral e, às vezes, até pelos próprios idosos (MASCHIO et al., 2011).

Os profissionais de saúde que atendem os idosos muitas vezes não conseguem associar aids às pessoas idosas, pois a percepção do risco passa despercebida para ambos (MASCHIO et al., 2011). Entretanto, é necessária a abertura de espaços de discussão sobre a sexualidade de idosos, de forma a oportunizar abordagem educativa em saúde voltada a prevenção de HIV/Aids e DSTs, haja vista que alguns idosos passam a ter relações sexuais seguras após o diagnóstico do HIV/Aids (ALENCAR; CIOSAK, 2014).

A importância da discussão com os idosos sobre o contexto de vulnerabilidade deles ao HIV/Aids está justificada em alguns estudos pela identificação de vida sexual ativa nos idosos (BURIGO et al., 2015), mesmo que não considerada pela sociedade, mas não permeada pela adoção de medidas de prevenção contra DSTs e aids (BITTENCOURT et al., 2015; SILVA; OLIVEIRA, 2013; SERRA et al., 2013; CARNEIRO, 2013). Além disso, os profissionais precisam estabelecer vínculo para ajudar no tratamento e no enfrentamento dos idosos com a doença, atentando para a culpa que alguns carregam e para a discriminação que sofrem por eles mesmos e pela comunidade (GARRAFA; GODOI; SOARES, 2012).

Analisando os aspectos relacionados a gênero na construção de contextos de vulnerabilidade da mulher, é possível identificar a violência doméstica e sexual, o estigma e a violação dos direitos humanos, o não reconhecimento das adolescentes e jovens como sujeitos de direitos, o racismo, as desigualdades étnico-raciais, a pobreza e outras desigualdades socioeconômicas, além do uso abusivo de drogas (BRASIL, 2009).

O quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres retrata um contexto de superação do conceito de risco ou de comportamentos de risco, onde o indivíduo era considerado como inserido ou não em grupos vulneráveis, e passou a ponderar as situações de vulnerabilidade como momentos em que o indivíduo encontra-se vulnerável à infecção.

Quanto à vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids, pode-se identificar na literatura 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 (SANTOS et al., 2014; ROCHA et al., 2013; BEZERRA et al., 2015); a não percepção de susceptibilidade da mulher idosa ao HIV/Aids; ideia equivocada de idoso assexuado (SILVA; OLIVEIRA, 2013; ALENCAR; CIOSAK, 2014); preconceito e estigma em relação à velhice (PRADO et al., 2012); associação de vulnerabilidade a atos de promiscuidade (BITTENCOURT et al., 2015); e a precária valorização da prevenção da infecção pelo HIV (SERRA et al., 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2013) como fatores que contribuem para a inserção dela no quadro de vulnerabilidade à infecção.

A Estratégia do UNAIDS/ONUSIDA 2011-2015, inclusive, aponta para alguns fatores acima mencionados, dando ênfase ao foco da atuação profissional no intuito de alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento, atenção e apoio ao HIV, além de outros objetivos como a redução da discriminação. A redução da desigualdade de gênero, por exemplo, compõe uma das metas da estratégia e se alia à necessidade de atendimento das especificidades das mulheres nas respostas nacionais ao HIV. Para alcançar esta e outras metas, foram lançadas propostas concretas (UNAIDS, 2010). Isso reforça a necessidade de analisar os problemas de saúde de mulheres idosas com HIV/Aids e a vulnerabilidade à infecção de maneira inter-relacionada.

Além da necessidade de identificação da mulher idosa como suscetível ao adoecimento pelo HIV/Aids, é preciso perceber a mulher idosa que vive com HIV/Aids no seu contexto de vulnerabilidade às situações diversas, como a agravos/complicações decorrentes da imunodeficiência, à morte (COSTA; SILVA, 2013), ao preconceito, ao isolamento social, à exclusão do mercado de trabalho, à dificuldade de reestruturação ou manutenção de papéis sociais, e até mesmo a acreditar na necessidade de suprimir a prática sexual após o diagnóstico (ARALDI et al., 2016).

3.2 Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e Subconjuntos terminológicos da CIPE®

Na Enfermagem, conta-se com sistemas de classificação desenvolvidos e relacionados com algumas das fases do processo de enfermagem de diagnósticos, intervenções (planejamento) e resultados de enfermagem (avaliação). Dentre os sistemas de classificação, os quais possibilitam a documentação destas fases, os mais utilizados e conhecidos são a Taxonomia da NANDA-I e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), desenvolvida pelo International Council of Nurses (Conselho Internacional de Enfermeiras – CIE), permite o desenvolvimento de uma linguagem universal, precisa e objetiva, contribuindo para a continuidade de cuidados prestados pela equipe de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2013).

Esse sistema de classificação contempla termos inerentes à prática de enfermagem que devem ser utilizados na estruturação verbal de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, organizados com base no Modelo de Sete Eixos, a saber: Foco – área de atenção relevante para a Enfermagem; Julgamento – opinião clínica relacionada ao foco da prática de enfermagem; Meio – maneira de executar uma intervenção; Ação – consiste no processo intencional aplicado a um cliente; Tempo – ponto, período, intervalo ou duração de uma ocorrência; Localização – orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção; e Cliente – sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem (CIE, 2007).

De acordo com o proposto pela ISO 18.104¹, a utilização de um descritor para foco e um descritor para julgamento são imprescindíveis na definição precisa do diagnóstico de enfermagem e, em algumas situações, um descritor de outros eixos pode ser, ao mesmo tempo, qualificador para foco e para julgamento. Além da utilização de termos do eixo foco e julgamento para elaboração de um diagnóstico de enfermagem, ainda se pode elaborar o mesmo a partir de um achado clínico. O foco consiste em uma área de atenção, o tempo consiste em um atributo opcional

¹ Modelo de integração de terminologia de referência para a Enfermagem.

para um termo do eixo foco. O foco tem ainda como opção de complemento o local de ocorrência e possui uma relação com o sujeito da informação (ISO, 2014).

Analizando o modelo de referência terminológica para a construção de diagnósticos de enfermagem proposto pela norma ISO 18.104:2014, e comparando-o com a estrutura diagnóstica utilizada pelo sistema de classificação CIPE® 2015, percebe-se que este último adequa-se à norma da ISO 18.104: 2014.

Em relação aos resultados de enfermagem, estes consistem na medida/estado de um diagnóstico de enfermagem em um determinado tempo depois da implementação das intervenções de enfermagem, sendo considerado um espelho do diagnóstico de enfermagem. Para serem construídos, utilizam-se um termo do eixo Foco e outro do eixo Julgamento.

As intervenções são ações executadas em respostas aos diagnósticos de enfermagem para produzir um resultado, cuja elaboração requer, obrigatoriamente, um termo do eixo Ação e um termo Alvo, considerando qualquer um dos termos contidos nos demais eixos, com exceção dos termos do eixo Julgamento. O termo alvo somente se faz necessário quando o alvo não for o próprio sujeito do estudo (ISO, 2014).

A Versão 1.0 da CIPE® reflete o fortalecimento de sistemas de classificação de modo que introduz o Modelo de Sete Eixos e orienta a construção de subconjuntos terminológicos da CIPE®, os quais devem ser constituídos por diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para grupos específicos de clientes com comuns e distintas necessidades de saúde (ICN, 2005).

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 visualiza 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).

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).

O CIE, em 2007, elaborou uma proposta metodológica para o desenvolvimento de Catálogos 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 afirmativas adicionais por revisão da literatura e por evidências relevantes; desenvolvimento de conteúdo de apoio; testagem ou validação de enunciados em dois 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).

Como percebido, no percurso metodológico 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).

Assim, 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).

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).

Os profissionais de enfermagem entendem a necessidade da construção de diretrizes norteadoras para viabilizar a assistência de enfermagem a partir de uma visão crítica e reflexiva. Percebendo que o planejamento e execução das ações de enfermagem devem ser fundamentados, é possível compreender a importância de estruturar a linguagem padronizada cientificamente (NÓBREGA, 2011).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Modelo conceitual de vulnerabilidade segundo Ayres

A vulnerabilidade consiste na consideração da 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).

O componente individual se refere às questões cognitivas (quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e capacidade de elaborá-la) e comportamentais (capacidade, habilidade e interesse para transformar essas preocupações em atitudes e ações protetoras).

O componente social da vulnerabilidade 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.

O componente institucional ou programático refere-se ao compromisso das autoridades, bem como às políticas e ações organizadas, além de programas e vínculo entre a sociedade civil e as instituições. Esta última 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).

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 de 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).

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).

4.2 Teoria Geral do Autocuidado de Orem

O autocuidado para Orem consiste em ações deliberadas para suprir ou garantir a continuidade da vida, o crescimento e o desenvolvimento, bem como a 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).

Três construtos, que consistem em combinações de um ou mais conceitos, estão inter-relacionados para formar a Teoria Geral de Enfermagem de Orem, são eles: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Desta forma, a utilização da teoria para prestação de cuidados de enfermagem deve pôr em prática estes construtos concomitantemente ou separadamente, relacionando-os com a necessidade de assistência de cada contexto (GEORGE, 2000).

As três teorias acima mencionadas determinaram os conceitos da Teoria Geral do Autocuidado de Orem, que é composta por alguns conceitos centrais: as capacidades de autocuidado, as ações de autocuidado, as demandas de autocuidado terapêutico, o déficit de autocuidado e a capacitação em enfermagem. Quatro destes estão direcionados a quem necessita do cuidado de enfermagem e apenas um voltado para o enfermeiro (BRAGA; SILVA, 2011), conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 – Conceitos centrais da Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem. João Pessoa, 2017.

Conceitos	Definição
1. Capacidade de autocuidado	Desenvolvimento, operabilidade e adequação, relacionados aos tipos de ações que podem ser realizadas pelos indivíduos, aos tipos de ações que eles realizam consciente e efetivamente, e à relação entre as ações que podem realizar e quais são requeridas.
2. Ações de autocuidado	Condutas aprendidas e executadas. Expressam, também, a decisão da execução de atividades.
3. Demanda de autocuidado terapêutico	Conjunto de ações necessárias para corresponder aos requisitos de autocuidado.
4. Déficit de autocuidado	Resultado negativo da relação entre a demanda de ações e a capacidade do indivíduo para executar o autocuidado terapêutico.
5. Capacitação em enfermagem	Formação do enfermeiro para desenvolver habilidades especializadas em ajudar a superar deficiências e incapacidades na execução do autocuidado

FONTE: BRAGA; SILVA, 2011.

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 (TOMEY; ALIGOOD, 2002).

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).

Um conceito secundário definido por Orem nessa teoria, foi o construto requisitos de autocuidado, que faz alusão às atividades dirigidas à provisão do cuidado e são divididas entre os requisitos de autocuidado universais, requisitos de autocuidado de desenvolvimento e requisitos de autocuidado de desvio de saúde, conforme mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Requisitos de autocuidado e suas definições. João Pessoa, 2017.

Requisitos de autocuidado	Definições
Requisitos de autocuidado universais	Ações que se associam à 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.
Requisitos de autocuidado de desenvolvimento	Ações que necessitam dos requisitos universais para alcançar o desenvolvimento ideal, ao enfrentar situações novas.
Requisitos 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

Requisitos de autocuidado	Definições
	específicas de atendimento demandadas, aceitar-se e adaptar-se, e superar adversidades para alcançar desenvolvimento.

FONTE: OREM, 1991.

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, 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: o sistema totalmente compensatório, onde o paciente é incapaz de engajar-se nas ações do autocuidado, devendo ser desenvolvidas pelo enfermeiro; o sistema parcialmente compensatório, onde 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).

4.3 Aplicabilidade da teoria geral do autocuidado de Orem na prática de enfermagem no contexto de vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids

É vasta a aplicabilidade na assistência, no ensino e na pesquisa em enfermagem da teoria geral do autocuidado de Orem como referencial teórico na área do cuidado voltada às pessoas com HIV/Aids (PVHA). Conforme os estudos apresentados no Quadro 3, sua utilidade foi identificada na sistematização da assistência de enfermagem voltada para prestação de cuidados às PVHA, por meio da aplicação do processo de enfermagem; bem como na fundamentação teórica de estudos na área do HIV/Aids e na administração em enfermagem.

Quadro 3 – Resultados de estudos que envolvem vulnerabilidade ao HIV/Aids e mencionam a teoria geral do autocuidado de Orem. João Pessoa, 2017.

Conceitos da teoria geral do autocuidado	Principais resultados dos estudos
Definição de Autocuidado	A teoria do autocuidado observa se o indivíduo está capacitado para realizar o autocuidado para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (CUNHA; GALVÃO, 2010; CAETANO; PAGLIUCA, 2006; LIMA et al., 2007; BARROSO et al., 2010).
Definição de déficit de autocuidado	A Teoria do Déficit de Autocuidado é a descrição explanatória do significado de ações de enfermagem, sendo o foco da atuação do enfermeiro, por possuir conhecimento, perspicácia e habilidade para saber que condições necessitam de cuidado (CAETANO; PAGLIUCA, 2006; BARROSO et al., 2010).
Relação do autocuidado e déficit de autocuidado com a vulnerabilidade ao HIV/Aids	Autocuidado depende da decisão de autocuidar-se. O engajamento do paciente no autocuidado está diretamente relacionado à adoção de medidas, como adesão ao tratamento, sono, alimentação, higiene, prática de exercícios, atividade sexual e de lazer; e determina inserção ou não à vulnerabilidade individual e social (CUNHA; GALVÃO, 2011; CAETANO; PAGLIUCA, 2006; LIMA et al., 2007; BARROSO et al., 2010). Mesmo infectado pelo HIV, o indivíduo pode estar imerso em diversos contextos de vulnerabilidade, seja pelas relações de gênero e poder, pelas condições socioculturais, e até mesmo pela autoestigmatização (CUNHA; GALVÃO 2011; CAETANO; PAGLIUCA, 2006).

4.4 Adaptação da teoria geral do autocuidado de Orem para o contexto da mulher idosa com vulnerabilidade ao HIV/Aids

Quanto aos conceitos do metaparadigma da enfermagem, quando adaptados a este estudo, ganharam as seguintes definições: indivíduo refere-se à mulher idosa vulnerável ao HIV/Aids mediante fatores de vulnerabilidade nos aspectos individuais, sociais e programáticos; meio ambiente refere-se aos espaços físicos e sociais nos quais a mulher idosa executa com ou sem auxílio do enfermeiro o autocuidado; saúde refere-se ao alcance do autocuidado por meio da redução ou eliminação dos

fatores de vulnerabilidade da mulher idosa nos aspectos individuais, sociais e programáticos; e enfermagem refere-se ao cuidado prestado pelo enfermeiro, incluindo a execução das ações de autocuidado pela mulher idosa quando esta estiver incapacitada para tal, ou para que a mulher idosa execute essas ações de autocuidado com relação ao HIV/Aids.

Orem identificou reivindicações filosóficas para sustentar seu trabalho sob a forma de hipóteses e premissas sobre seres humanos, enfermagem e autocuidado; e pressupostos para as teorias de autocuidado, déficit de autocuidado e sistema de enfermagem. As reivindicações filosóficas de 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).

Os pressupostos da teoria geral do autocuidado aplicáveis ao objeto deste estudo estão descritos no Quadro 4.

Quadro 4 – Aplicabilidade dos pressupostos da teoria geral do autocuidado de Orem para o contexto da mulher idosa e vulnerabilidades ao HIV/Aids

Pressupostos da teoria geral do autocuidado de Orem	Aplicabilidade dos pressupostos ao contexto da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids
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 relação à vulnerabilidade 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/Aids são marcadas por elementos culturais e variam de forma individual por influência social, determinando fatores de vulnerabilidade nesse âmbito.
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	Alcança-se uma qualidade e integridade

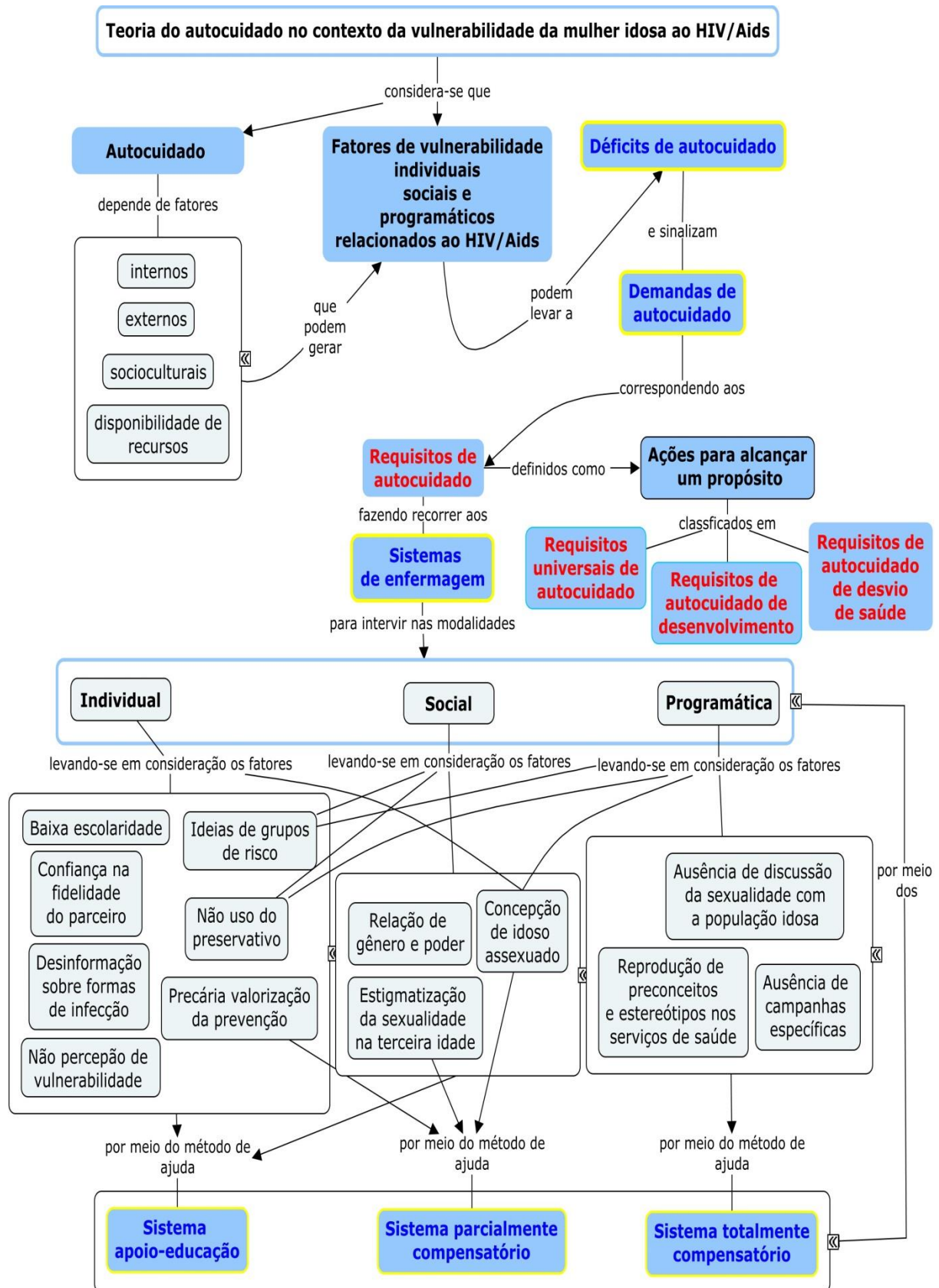
Pressupostos da teoria geral do autocuidado de Orem	Aplicabilidade dos pressupostos ao contexto da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids
autocuidado e do cuidado de dependentes familiares e da comunidade repousam sobre a cultura, incluindo realizações científicas de grupos sociais e da educabilidade dos membros do grupo.	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 ao HIV/Aids.
5. Envolvimento em autocuidado e 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.	O envolvimento da mulher idosa no seu 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	A Enfermagem, frente à realidade de vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids,

Pressupostos da teoria geral do autocuidado de Orem	Aplicabilidade dos pressupostos ao contexto da mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids
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	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.

FONTE: OREM, 1991.

Aplicando-se os pressupostos e conceitos da teoria geral do autocuidado ao contexto de vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids, identifica-se que os fatores que vulnerabilizam a mulher idosa ao HIV/Aids podem levar à déficits de autocuidado, necessitando da capacidade de enfermagem para implementar ações inseridas nos requisitos de autocuidado, fazendo-se necessário recorrer aos sistemas de enfermagem para intervir nos fatores de vulnerabilidade os quais são classificados nas modalidades de vulnerabilidade individual, social e programática e podem necessitar de intervenções pelo cuidado de enfermagem dos sistemas totalmente compensatório, parcialmente compensatório e apoio-educação, conforme mostra a Figura 1.

Figura 1 – Teoria Geral do Autocuidado e a vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids. João Pessoa, 2017.



Os fatores de vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids podem ser classificados em mais de uma modalidade da vulnerabilidade, tendo em vista que elas não são isoladas e se relacionam (AYRES, 2009). O fator “ideia de grupos de risco” quando considerado pelo aspecto causal e de intervenção, classifica-se tanto na modalidade individual quanto na social. Em relação ao aspecto individual, a idosa não se percebe vulnerável à doença, acreditando que essa seja própria de grupos de risco (CARNEIRO, 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2013), o que a leva a desvalorizar as medidas preventivas; por sua vez, a sociedade subvaloriza a sexualidade na terceira idade, em virtude do pensamento equivocado de idoso assexuado (SILVA; OLIVEIRA, 2013; ALENCAR; CIOSAK, 2014). Isso pode levar à reprodução de preconceitos e estereótipos nos serviços de saúde, institucionalizando-se, assim, a vulnerabilidade (SERRA et al., 2013; ALENCAR; CIOSAK, 2014), e, por fim, inserindo tal fator também no contexto programático.

A inserção em mais de uma modalidade de vulnerabilidade também ocorre com o fator “não uso do preservativo” (SERRA et al., 2013; CARNEIRO, 2013), classificado tanto como vulnerabilidade social quanto individual, por interferência do fator social nas relações de gênero e poder (SANTOS et al., 2014), e do fator individual: confiança na fidelidade do parceiro, como garantia de não contaminação (LIMA; FREITAS, 2012).

No que se refere ao processo de classificação dos fatores como programáticos, considerou-se a responsabilização institucional de cada um deles para tal, como, por exemplo, a ausência de campanhas específicas para faixas etárias mais velhas (SERRA et al., 2013; CARNEIRO, 2013; GURGEL et al., 2014), que caracteriza a falta de intervenções instrutivas pelo sistema de saúde (COSTA; SILVA, 2013) e corroboram fatores de vulnerabilidade individual como a desinformação sobre formas de contaminação (BURIGO et al., 2015). A falta de acesso à informação consiste no aspecto determinante para corroborar a vulnerabilidade individual deste grupo, e a baixa escolaridade, identificada na população infectada por HIV, ratifica esta realidade (OKUNO et al., 2014; ALENCAR; CIOSAK, 2014).

Ainda se tratando da responsabilidade dos serviços de saúde, é necessário abordar e discutir a sexualidade com essa faixa etária visando conhecer as atitudes e práticas em relação à vivência da sexualidade (ALENCAR; CIOSAK, 2014), para

que seja possível intervir, além de programaticamente, individualmente, reduzindo algumas associações errôneas, como a do uso de preservativo com a função exclusiva de anticoncepção (LIMA; FREITAS, 2012).

A atuação do enfermeiro sobre esses fatores constituem imprescindíveis meios de intervenção capazes de solucionar ou enfrentar fatores que vulnerabilizam a mulher idosa à infecção pelo HIV. Interpretando o mapa conceitual exposto na Figura 1, considera-se que, em torno do sistema apoio-educação, estão boa parte das ações de enfermagem necessárias para intervir sobre fatores de vulnerabilidade individual, identificados nessa população específica, como a baixa escolaridade; a confiança na fidelidade do parceiro; a desinformação sobre formas de infecção; a não adesão ao uso do preservativo; as ideias de grupos de risco; a precária valorização da prevenção; e a não percepção de vulnerabilidade. 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.

Acredita-se que os fatores classificados na modalidade social, como estigmatização da sexualidade na terceira idade, concepção de idoso assexuado e relação de gênero e poder, também precisam contar com o sistema apoio-educação para sofrer mudanças significativas.

É culturalmente percebida a sobreposição do gênero masculino em relação ao feminino, determinada por relações desiguais de poder, por isso, há a dificuldade de negociação do uso do preservativo e práticas diversas relacionadas à violência sexual. Na população idosa, esta realidade ganha destaque (BEZERRA et al., 2015), de modo que requer estratégias educativas por meio do sistema de saúde, que orientem idosas sobre seus direitos e as direcionem à percepção dessas condições em que vivem.

Em alguns casos, é possível contar com intervenções do profissional de enfermagem em mutualidade com as ações do próprio indivíduo para favorecer o enfrentamento de determinado fator, como nos casos de precária valorização da prevenção, por exemplo, em que o próprio indivíduo precisa valorizar a prevenção contra o HIV/Aids, e o profissional pode ser o sinalizador ou informante da importância desta valorização, desde que a valorize também. O indivíduo deve ser o gestor do cuidado preventivo e o enfermeiro deve atuar como instrumento desse

cuidado, convidando o indivíduo a ser sujeito ativo e responsável por seus comportamentos e atitudes.

Nos casos de estigmatização da sexualidade na terceira idade e de concepção de idoso assexuado, comumente expressos na visão de profissionais de saúde e de idosos, faz-se necessário contar com sistemas parcialmente compensatório e apoio-educação para que o enfermeiro seja modificador potencial de contextos excludentes e atue com abordagens relacionadas a sexualidade na assistência à idosa (ALENCAR; CIOSAK, 2014).

Em se tratando dos fatores classificados na vulnerabilidade programática, há necessidade de intervenções de enfermagem do sistema totalmente compensatório, já que, neste sistema, apenas as instituições e os serviços em geral, incluindo profissionais de enfermagem, precisam atuar promovendo cuidados frente a algumas questões que são de caráter multidisciplinar.

A discussão da sexualidade com a pessoa idosa exemplifica tal atuação, entretanto, ela é uma prática permeada por tabus estigmatizantes e por condutas excludentes, e, em muitas realidades, nem chega a ser uma prática, causadas por reprodução de preconceitos e estereótipos que influenciam a oferta do cuidado prestado pelos serviços de saúde, além da não consideração desta população específica nas campanhas e ações de estímulo a prevenção contra DST e HIV/Aids (BURIGO et al., 2015). Neste âmbito, o indivíduo não consegue atuar de forma independente para dirimir tais fatores de vulnerabilidade, mesmo tendo ciência sobre tais falhas do sistema/políticas/serviços de saúde. A responsabilização de atuação sobre os contextos supracitados recai, exclusivamente, sobre os pilares institucionais.

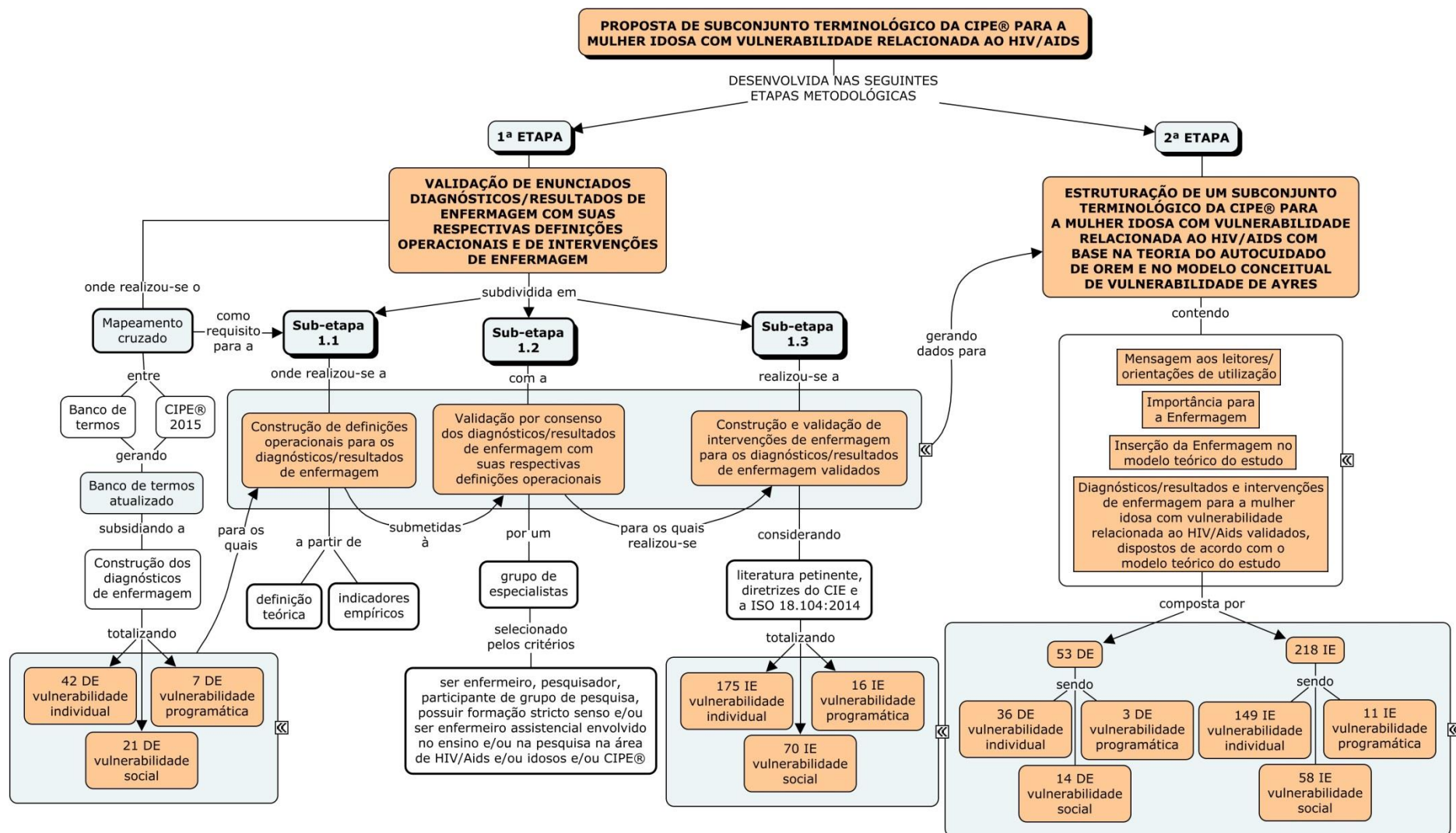
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Estudo metodológico que se refere a elaboração, validação e avaliação de instrumento confiável e preciso de coleta, organização e análise de dados, utilizável para intervenção em fenômenos complexos da realidade de saúde dos indivíduos, gerando como desfecho um método que possa ser adotado em outros estudos (TOBAR; YALOUR, 2001; LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para desenvolver estudos metodológicos, utiliza-se de métodos sofisticados e mistos divididos em etapas, envolvendo estudos do tipo documentais, bibliográficos e terminológicos (POLIT; BECK, 2011).

Esta pesquisa utiliza o método proposto por Nóbrega et al. (2015) para estruturação de subconjunto terminológico da CIPE[®] e, para atendimento do objetivo proposto, foi desenvolvida a partir da atualização de um banco de termos para a prática de enfermagem com mulheres idosas com HIV/Aids (SANTOS et al., 2016), além de enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem junto à CIPE[®] 2015 com base nas seguintes etapas metodológicas apresentadas na Figura 2:

Figura 2 – Etapas metodológicas do estudo. João Pessoa, 2017.



1ª etapa - VALIDAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM COM SUAS RESPECTIVAS DEFINIÇÕES OPERACIONAIS E DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

O Banco de termos para a prática de enfermagem com mulheres idosas com HIV/Aids (SIQUEIRA et al., 2015) foi atualizado junto à CIPE® 2015 por meio da técnica de mapeamento cruzado, a fim de identificar se os termos do banco sofreram mudança quanto a constar ou não constar na CIPE® 2015, bem como identificar termos na CIPE® 2015 que pudessem ser analisados junto aos termos do banco quanto à similaridade.

Realizou-se a análise de similaridade de todos os termos não constantes na CIPE® em relação aos termos da CIPE® 2015 com base em Leal (2006), onde se classificou cada termo dentre os seguintes julgamentos: combinação perfeita, quando o termo do banco fosse idêntico na grafia e na definição ao termo da CIPE® 2015; conceito similar, quando o termo do banco fosse diferente na grafia, mas apresentasse a mesma definição que o termo da CIPE® 2015; conceito mais restrito, quando o termo do banco apresentasse relação com o termo da CIPE® 2015, mas a sua definição fosse mais restrita do que a definição do termo da CIPE® 2015; conceito mais amplo, quando o termo do banco apresentasse relação com o termo da CIPE® 2015, entretanto sua definição fosse mais ampla em relação à definição deste último; ou sem combinação, quando o termo do banco não apresentasse nenhuma relação com o termo da CIPE® 2015 (LEAL, 2006).

Substituíram-se os termos do banco pelos termos da CIPE® 2015 que se enquadraram na classificação de combinação perfeita ou conceito similar. Os demais termos do banco classificados como conceito mais restrito, conceito mais amplo ou sem combinação em relação aos termos da CIPE® 2015, não sofreram alteração e foram mantidos como termos não constantes na CIPE® 2015.

A partir dessa atualização do banco de termos junto à CIPE® 2015, foram construídos os diagnósticos de enfermagem com base no banco atual. Para a atualização dos diagnósticos de enfermagem, baseou-se nas recomendações da ISO 18.104:2014 (ISO, 2014), nas diretrizes do CIE e na literatura pertinente.

Para cada diagnóstico de enfermagem é possível traçar um resultado de enfermagem esperado considerado espelho para ele. Na execução do processo de enfermagem, este resultado de enfermagem consiste numa meta a ser alcançada após a implementação das intervenções de enfermagem. Normalmente, traçam-se os resultados de enfermagem e verifica-se o alcance destes na quinta etapa do processo de enfermagem, denominada avaliação de enfermagem. Os próprios diagnósticos de enfermagem podem se comportar como resultados de enfermagem alcançados no momento da avaliação e, ainda, podem sofrer evolução positiva ou negativa e serem representados por alterações nos termos do eixo Julgamento que qualifiquem de forma conclusiva o termo do eixo Foco, determinando o estado do diagnóstico pré-elaborado e, assim, sendo chamado de resultado de enfermagem.

Sub-etapa 1.1 – Construção de definições operacionais para os diagnósticos/resultados de enfermagem.

Elaborou-se um instrumento contendo 70 diagnósticos de enfermagem atuais, sendo 42 classificados na vulnerabilidade individual (dentre eles, 14 classificados no requisito de desvio de saúde, 15 no requisito de desenvolvimento e 13 no requisito universal); 21 na vulnerabilidade social (dentre eles, 5 classificados no requisito de desvio de saúde, 5 no requisito de desenvolvimento e 11 no requisito universal); e 7 na vulnerabilidade programática (dentre eles, 4 no requisito de desvio de saúde e 3 no requisito universal), para que fossem elaboradas as suas definições operacionais.

Definir operacionalmente consiste num procedimento que atribui um significado comunicável a um conceito por meio da especificação de como o conceito é aplicado dentro de um conjunto específico de circunstâncias. Uma definição operacional é uma descrição precisa de determinado fenômeno com indicadores empíricos para mensurá-lo, devendo ser específica, concreta, mensurável e útil para as pessoas envolvidas. Neste estudo, as definições operacionais dos enunciados diagnósticos de enfermagem foram desenvolvidas com base nas etapas apresentadas por Waltz et al. (2005): 1) Desenvolvimento da definição teórica dos conceitos diagnósticos com base na revisão da literatura; 2) Identificação de indicadores observáveis dos conceitos derivadas da definição teórica; e 3) Elaboração da definição operacional dos diagnósticos de enfermagem com os indicadores empíricos, que foram desenvolvidas no subprojeto, intitulado

“Definições operacionais para enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem para mulheres idosas no contexto de vulnerabilidades ao HIV/Aids”, que foi submetido ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/UFPB).

O desenvolvimento da definição teórica dos conceitos diagnósticos com base na revisão da literatura incluiu a consulta a livros-texto e dicionários de termos técnicos da área da Enfermagem e da Saúde (REY, 2003), bem como à CIPE[®], à NANDA-I (NANDA-I, 2015) e ao site de Descritores em ciências da saúde – DeCS, com o intuito de identificar definições teóricas esclarecedoras do significado e conceitos mensuráveis para cada diagnóstico, representando o conceito na literatura e na prática profissional no contexto da atuação do enfermeiro na prestação do cuidado a mulheres idosas com HIV/Aids. Buscou-se definir os diagnósticos de enfermagem de forma precisa, compreensível e aplicável à prática de enfermagem no cuidado às mulheres idosas com HIV/Aids, considerando o contexto em que os diagnósticos de enfermagem poderão ser utilizados para direcionar o planejamento das intervenções de enfermagem.

Na identificação de indicadores observáveis dos conceitos derivados da definição teórica, buscou-se identificar traços semânticos de cada conceito, identificados como potencialmente relevantes para a prática de enfermagem.

Na elaboração da definição operacional dos diagnósticos de enfermagem com os indicadores empíricos, elaboraram-se conceitos de interesse para enfermeiros com múltiplas dimensões, podendo variar de acordo com o contexto de sua aplicabilidade, sendo realizada a identificação de indicadores observáveis de diagnósticos de enfermagem para determinar o seu significado com suas respectivas características, ou seja, pistas que possam auxiliar o enfermeiro na determinação do diagnóstico de enfermagem.

Sub-etapa 1.2 – Validação dos diagnósticos/resultados de enfermagem com suas respectivas definições operacionais

Os diagnósticos/resultados de enfermagem foram submetidos ao processo de validação por consenso, que consiste na obtenção de opinião coletiva entre enfermeiros especialistas por meio do seguimento das orientações estabelecidas por Carlson (2006) para a técnica de validação por consenso, a saber: o grupo deve ser

composto pelo enfermeiro pesquisador considerado líder e de três a cinco especialistas clínicos; os encontros podem ser semanais por até oito meses com duração de uma a duas horas ou acontecerem entre duas a três semanas, com duração de 8 horas por dia; ao líder cabe a função de discutir sobre a importância de comparecer a cada encontro; apoiar durante todas as discussões sem realizar quaisquer julgamentos; explicar a necessidade de 100% de frequência para obter o consenso; rever rapidamente, antes dos encontros, as orientações básicas; resgatar o que foi realizado no encontro anterior e as metas a serem alcançadas; não pressionar por decisões específicas e manter atitudes positivas diante de respostas negativas (CARLSON, 2006).

A validação por consenso foi desenvolvida por meio da formação de um grupo de quatro pesquisadores/enfermeiros colaboradores, sujeitos do estudo, os quais foram selecionados mediante alguns critérios: ser enfermeiro, pesquisador, participante de grupo de pesquisa, possuir formação *stricto sensu* e/ou ser enfermeiro assistencial envolvido no ensino e/ou na pesquisa na área de HIV/Aids e/ou idosos e/ou CIPE[®]. Eles possuem as seguintes características: todos eram doutorandos, do sexo feminino, com idade entre 28 e 47 anos. Dois deles com atuação profissional (nos últimos quatro anos) em atenção primária e em instituição de ensino, um deles somente em instituição de ensino e outro em assistência hospitalar. Três dos enfermeiros desenvolveram, como autor(a) ou orientador(a), produção científica na área de HIV/Aids e saúde da pessoa idosa, sendo que um destes também desenvolveu estudos com Sistemas de Classificação de Enfermagem, em especial a CIPE[®], e o último desenvolveu pesquisas na área de saúde da pessoa idosa.

A pesquisa ofereceu aos participantes riscos mínimos previsíveis, como o risco psicológico de constrangimento com relação à disponibilidade para os encontros marcados. Para amenizar esse risco, a pesquisadora buscou conciliar o máximo possível entre as disponibilidades de horários de cada um dos colaboradores e respeitar o tempo pré-determinado para cada encontro. Os pesquisadores e os enfermeiros colaboradores que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), conforme preconizado na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Conforme referencial adotado para a validação, foram considerados validados os diagnósticos/resultados de enfermagem e suas definições operacionais quando estes atingiram um acordo consensual de 100% de concordância entre os especialistas participantes em relação à utilidade prática dos diagnósticos/resultados de enfermagem e à classificação destes no referencial teórico adotado, bem como à utilidade das definições operacionais para cada diagnóstico/resultados. No intuito de alcançar consenso entre os especialistas, estes puderam arguir entre si. Sempre que se faziam necessários ajustes nos diagnósticos/resultados, nas definições e/ou nas classificações, os especialistas os solicitavam como requisito à validação destes e, assim sendo, as solicitações eram respeitadas e atendidas em sua totalidade.

Precedendo os encontros para validação por consenso, foi entregue, com antecedência mínima de uma semana, o instrumento de validação dos diagnósticos/resultados de enfermagem aos especialistas, para que fosse possibilitada a reflexão dos mesmos acerca de cada diagnóstico/resultados, da definição operacional e da classificação do mesmo no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na Teoria do Déficit do Autocuidado de Orem.

Foram necessários dois encontros para a validação dos diagnósticos/resultados de enfermagem, que aconteceram em 2 semanas consecutivas. A duração dos encontros variou de 30 minutos a duas horas, sendo que o primeiro encontro iniciou-se às 14h08min e foi concluído às 16h05min, no momento em que o primeiro especialista referiu exaustão reflexiva; e o segundo encontro teve início às 14h05min e término às 14h35min, em cumprimento ao tempo necessário para validar os diagnósticos/resultados restantes.

Sub-etapa 1.3 – Construção e validação de intervenções de enfermagem para os diagnósticos/resultados de enfermagem validados

Foram elaboradas 261 intervenções de enfermagem para os diagnósticos/resultados de enfermagem validados, sendo 175 intervenções pertinentes à vulnerabilidade individual (76 para intervir junto ao requisito de desvio de saúde, 61 ao requisito de desenvolvimento e 38 ao requisito universal), 70 intervenções inerentes à vulnerabilidade social (17 para intervir junto ao requisito de desvio de saúde, 8 ao requisito de desenvolvimento e 45 ao requisito universal), e

16 intervenções para a vulnerabilidade programática (6 para intervir junto ao requisito de desvio de saúde e 10 ao requisito universal), levando-se em consideração as diretrizes do CIE, a ISO 18.104:2014 e a literatura pertinente.

Para a construção de intervenções de enfermagem foram incluídos, obrigatoriamente, um termo do eixo “Ação” e um “termo Alvo”, considerando qualquer um dos termos contidos nos demais eixos (com exceção dos termos do eixo Julgamento), podendo ser complementados por termos adicionais contidos nos demais eixos, conforme a necessidade (ISO, 2014).

As intervenções construídas (média de 4,92 para cada diagnóstico validado) foram dispostas/organizadas em um instrumento de validação de acordo com a correspondência aos diagnósticos/resultados de enfermagem e também foram submetidas à validação por consenso. O instrumento de validação foi disponibilizado previamente aos especialistas para fins de análise individual, sendo, em seguida, concluído o processo de validação com a realização de um encontro, que durou uma hora, para análise coletiva das intervenções propostas. Essas intervenções foram categorizadas com base na teoria dos sistemas de enfermagem, dentre os sistemas “totalmente compensatório”, “parcialmente compensatório” e “apoio-educação”.

2ª etapa – ESTRUTURAÇÃO DE UM SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA A MULHER IDOSA COM VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS COM BASE NA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM E NO QUADRO CONCEITUAL DE VULNERABILIDADE

Nesta etapa, foi possível apresentar os 53 diagnósticos/resultados e as 218 intervenções de enfermagem construídas e validadas em consonância com o quadro conceitual de vulnerabilidades e a teoria do autocuidado, resultando na proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids.

Essa proposta de subconjunto está estruturada da seguinte forma: mensagem aos leitores/orientações de utilização; importância para a enfermagem; inserção da Enfermagem no modelo teórico do estudo; e lista de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada

ao HIV/Aids, dispostos de acordo com o modelo teórico do estudo. As demais etapas recomendadas para um subconjunto terminológico, a saber: elaboração de tutorial de utilização do subconjunto terminológico; e construção de um instrumento de aplicação para estudos clínicos utilizados para validação do subconjunto (NÓBREGA et al., 2015) serão desenvolvidas em estudo posterior.

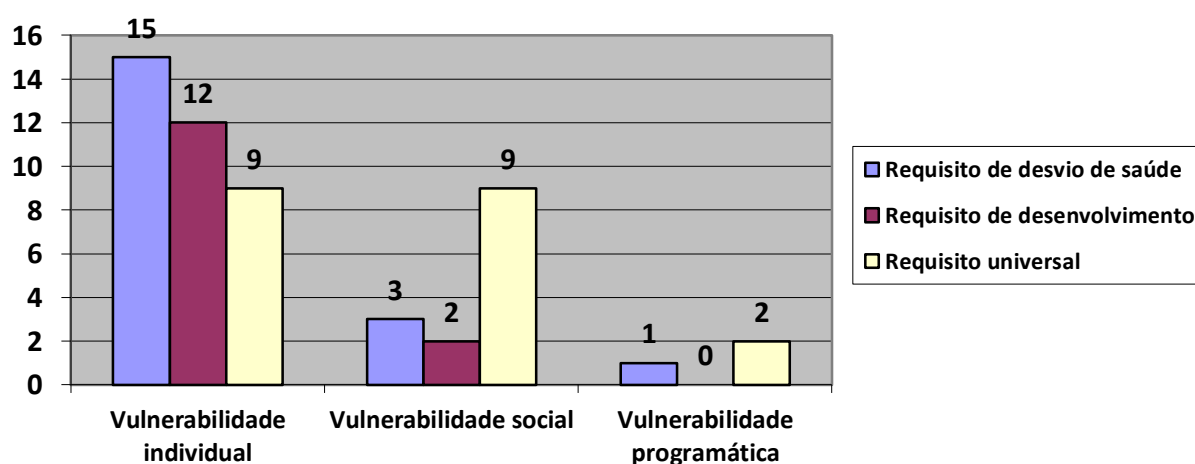
Salienta-se que este projeto está vinculado ao projeto de pesquisa: Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para a mulher idosa no contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids, aprovado em Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, sob protocolo 049/14, CAAE: 34275214.7.0000.5188 (ANEXO). Obedeceu-se aos aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012), e pela Resolução COFEN nº 311/2007 (COFEN, 2007).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Diagnósticos/resultados de enfermagem e suas definições operacionais

A partir do banco de termos atualizado para a mulher idosa com vulnerabilidade ao HIV/Aids, foram elaborados 70 diagnósticos/resultados de enfermagem, sendo 42 classificados na vulnerabilidade individual, 21 na vulnerabilidade social e 7 na vulnerabilidade programática. Da totalidade, 53 foram validados e aproximadamente 75,7% foram considerados úteis para a prática clínica de enfermagem voltada a essa população específica, conforme expõe o Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos diagnósticos validados segundo o quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e a Teoria Geral do Autocuidado de Orem. João Pessoa, 2017.



Um total de 35 diagnósticos/resultados de enfermagem classificados na vulnerabilidade individual foram validados, sendo 14 do requisito de desvio de saúde, 12 do requisito de desenvolvimento e 9 do requisito universal. Além destes, um diagnóstico oriundo do contexto de vulnerabilidade social – Comportamento violento – foi inserido na modalidade de vulnerabilidade individual (no requisito de desvio de saúde), totalizando 36 diagnósticos/resultados de enfermagem validados nesta vulnerabilidade, conforme visto no Gráfico 1, sendo 15 no requisito de desvio de saúde, 12 no requisito de desenvolvimento e 9 no requisito universal, os quais estão listados no Quadro 5.

Quadro 5 – Diagnósticos/resultados de enfermagem classificados no componente individual de vulnerabilidade e nos requisitos de autocuidado de Orem. João Pessoa, 2017.

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL	
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem
Requisito de desvio de saúde N=15	1. Abuso de álcool (ou alcoolismo) Definição: 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.
	2. Não adesão ao regime medicamentoso Definição: 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.
	3. Não adesão ao teste diagnóstico Definição: 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.
	4. Atitude em relação ao tratamento conflituosa Definição: 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.
	5. Atitude em relação à condição de saúde negativa Definição: 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.
	6. Comportamento violento Definição: 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, caracterizada por ataque violento, abusivo e ilegal a outro, de forma psicológica, física ou financeira, com padrão de comportamento antissocial e violento, inclusive indiretamente.
	7. Déficit de autocuidado para tratamento Definição: 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.
	8. Déficit de autocuidado para prevenção Definição: Capacidade prejudicada para executar as atividades de prevenção, podendo ser caracterizada pela não

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL	
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem
	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. 9. Efeito colateral da medicação presente Definição: 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. 10. Processo sexual ineficaz Definição: Ausência ou diminuição na capacidade para participar da relação sexual, caracterizada por relato de abstenção, expressão de preocupação quanto à própria sexualidade e relato de dificuldade na atividade sexual. 11. Regime medicamentoso interrompido Definição: 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. 12. Resposta ao tratamento negativa Definição: 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. 13. Sintoma de infecção Definição: Evidência subjetiva e/ou clínica e laboratorial de alteração fisiológica, revelada pelo paciente, que sugere a existência de infecção, caracterizada por observação clínica e/ou queixa de mudanças nas sensações, funções ou aparência corporal, indicando existência de processo infeccioso. 14. Autoestima negativa Definição: Avaliação, opinião, ou sentimentos negativos sobre si mesmo e sobre seus valores e capacidades, caracterizados por verbalização de crenças negativas sobre si mesmo, de falta de confiança em si mesmo e de imagens negativas, com dificuldade para aceitação de elogios, de encorajamento e de críticas construtivas. 15. Enfrentamento ineficaz Definição: Incapacidade de gerenciar o estresse, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis, caracterizada por comportamento destrutivo em relação a si mesmo, habilidades insuficientes para a resolução de problemas e incapacidade de lidar com a situação.
Requisito de desenvolvimento N=12	16. Aprendizagem sobre saúde prejudicada Definição: Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou competências relacionadas à saúde,

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL	
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem
	caracterizada 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. 17. Aprendizagem sobre prevenção prejudicada Definição: Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou habilidade relacionada à prevenção de doenças, caracterizada pela não adoção de medidas preventivas, devido à falta de conhecimento, instrução, orientação e/ou de experiência. 18. Aprendizagem sobre tratamento prejudicada Definição: Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou competências relacionadas ao tratamento, caracterizada 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. 19. Autonomia para tomada de decisão ausente (especificar) Definição: 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. 20. Comportamento sexual prejudicado Definição: 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. 21. Déficit de conhecimento em saúde Definição: Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada à saúde, práticas saudáveis, sinais e sintomas de doenças e/ou serviços de saúde disponíveis, podendo ser caracterizada pela apresentação de informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações, com interesse insuficiente em aprender, comportamentos inapropriados ou seguimento inadequado de instruções. 22. Emoção negativa Definição: 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. 23. Risco de infecção cruzada Definição: 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

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL	
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem
	febre e secreções purulentas associadas à infecção anterior.
	24. Medo Definição: 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.
	25. Medo da morte Definição: Sensação desagradável de ameaça real ou imaginária, de reconhecimento do perigo, de preocupação ou de angústia relacionada à cessação da vida, caracterizada por tensão aumentada, comportamentos de ataque ou de isolamento, foco direcionado sempre para a fonte do medo, podendo causar comprometimento biopsicossocial.
	26. Qualidade de vida prejudicada Definição: Estado ou condição que reflete uma insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos do indivíduo, de forma a apresentar comprometimento biopsicossocial, caracterizada por insuficiente acesso a educação e informação e/ou inserção social negativa.
	27. Sofrimento Definição: 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.
Requisito universal N= 09	28. Adesão ao regime medicamentoso Definição: 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.
	29. Adesão ao teste diagnóstico Definição: 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.
	30. Crença espiritual conflituosa Definição: 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

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL	
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem
	abandonar ações influenciadas pelos princípios espirituais de vida.
	31. Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz Definição: 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.
	32. Identidade de gênero ineficaz Definição: Ideias, sentimentos e atitudes negativas sobre o sentido pessoal interiorizado de masculinidade ou feminilidade, caracterizados por confusão em relação a valores ideológicos, descrição de si mesmo por ideias inapropriadas, sensação de estranhamento, e sentimentos oscilantes sobre seu gênero.
	33. Necessidade de cuidado (especificar) Definição: Condição de demanda de ações básicas ou menos prioritárias, cujo desempenho normal leve à satisfação biopsicossocial, caracterizada pela evidência de impossibilidade de deixar de agir em benefício do indivíduo.
	34. Papel de prevenção ineficaz Definição: 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.
	35. Relação sexual prejudicada Definição: Processo ineficaz da atividade sexual entre duas pessoas com finalidade de excitação mútua e orgasmo, caracterizado pelo relato de abstenção ou de prejuízo na atividade sexual.
	36. Risco de infecção Definição: 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.

A expressão numérica dos diagnósticos contemplados no componente individual da vulnerabilidade demonstram a relevância deste componente junto a essa população específica, bem como a responsabilização do próprio indivíduo pela condição de vulnerabilidade, destacando-se os aspectos cognitivos e comportamentais dessa população como fortes fatores influenciadores da infecção e

adoecimento pelo vírus. As escolhas diante de um problema de saúde, as formas de recuperação da saúde ou o controle do problema em que as pessoas estão inseridas são desafios identificados nos déficits de autocuidado e estão expressos por alguns diagnósticos, os quais requerem ações de enfermagem voltadas ao desvio de saúde.

Os diagnósticos “Enfrentamento ineficaz”, “Déficit de autocuidado para prevenção”, “Déficit de autocuidado para tratamento” e “Comportamento violento” são capazes de representar, em síntese, o contexto desse requisito de autocuidado que se destina a instigar o papel do enfermeiro em prol de mudanças efetivas em cada realidade de assistência, portanto, as definições operacionais validadas objetivam orientar a prática de enfermagem neste sentido, a partir de fatores identificáveis do requisito e da vulnerabilidade.

O enfrentamento da infecção pelo HIV/Aids é permeado pela constante busca de superação de diversos fatores envolvidos no processo saúde-doença. A convivência com a condição sorológica, as mudanças na rotina de vida impostas pelo tratamento medicamentoso específico, os efeitos colaterais desta terapêutica, sinais e sintomas do adoecimento, estigma social, vulnerabilidade às doenças oportunistas e questões comportamentais, são alguns dos inúmeros fatores a serem enfrentados no processo de infecção/adoecimento pelo HIV/Aids. Os conflitos emocionais e a falta de suporte para lidar com tais fatores podem levar a um diagnóstico de “Enfrentamento ineficaz”, bem como a outros diagnósticos de cunho social envolvendo isolamento e ideias suicidas (FARIA; SILVA, 2013).

Nesse contexto, se faz necessária a atuação do enfermeiro por meio dos requisitos de desvio de saúde, em aspectos mais subjetivos e desafiadores, como promoção do autocuidado inerentes às medidas terapêuticas, de diagnóstico bem como dos desvios funcionais humanos.

Os diagnósticos de “Déficit de autocuidado para tratamento” e “Déficit de autocuidado para prevenção”, estão relacionados tanto com a capacidade funcional da idosa para a execução do autocuidado, quanto com a ausência de conhecimento e falta de preocupação com as medidas preventivas. Sendo assim, cabe ao profissional de saúde a avaliação da capacidade de idosas para fomentar a autonomia e a independência na velhice (CRUZ; RAMOS, 2012). É importante enfatizar as contribuições da abordagem dialógica entre enfermeiro e idosa, para se

conhecer as atitudes e práticas em relação à vivência da sua sexualidade, influenciando as idosas na adoção de comportamentos de prevenção (ALENCAR; CIOSAK, 2014).

O “Comportamento violento” pode se estabelecer durante o curso da doença, a partir de uma desestabilização emocional, resultante do efeito do recebimento do diagnóstico e das condições patológicas, com expressão de dificuldades de aceitação da sua condição como inserido em um estado particular de saúde que requer medidas de autocuidado; além da aceitação de que essas medidas podem sofrer influência do seu meio sociocultural e depender da disponibilidade de apoio para o seu enfrentamento. É a partir de onde se percebe a responsabilidade de fornecer suporte ao paciente recair sobre a família (SILVA; TAVARES, 2015), caso o diagnóstico seja revelado a ela, ou ainda sobre os profissionais de saúde, fazendo com que seja, possivelmente, sobre eles que o comportamento violento da idosa venha a incidir.

A relação da vulnerabilidade individual com os requisitos de desenvolvimento e universal reporta-se a alguns posicionamentos pessoais da idosa influenciados por questões de bem-estar, de interação social, acesso às informações e a capacidade de incorporá-las às práticas de saúde, modificando-as. Estas questões são expressas pelos diagnósticos de “Qualidade de vida prejudicada”, “Déficit de conhecimento em saúde” e “Papel de prevenção ineficaz”. Estes diagnósticos remetem à integralidade do indivíduo enquanto ser humano em evolução e que enfrenta sempre novas circunstâncias, direcionando aos requisitos de autocuidado para demonstrar que requerem cuidados de saúde, sejam eles de prevenção de perigos ou de promoção de saúde social e humana.

Os requisitos de desenvolvimento contemplam as ações que precisam ser executadas em relação aos eventos potencialmente negativos ao desenvolvimento do indivíduo, nos quais o diagnóstico “Qualidade de vida prejudicada” insere-se e demonstra a necessidade de atuação sobre as falhas no processo de busca por saúde. Questões relacionadas ao sigilo do diagnóstico, à atividade sexual, às condições financeiras, à confiança no médico e até a própria satisfação com a vida determinam a relação e o impacto dos aspectos socioeconômicos e clínicos sobre a qualidade de vida da pessoa idosa com vulnerabilidades ao HIV/Aids (OKUNO et al., 2014).

O diagnóstico “Déficit de conhecimento em saúde” relaciona-se com o reduzido acesso à informação em saúde dessa população e se expressa por pouco esclarecimento sobre os meios de transmissão do HIV/Aids (BURIGO et al., 2015), requerendo ações do requisito de desenvolvimento do autocuidado que possam superar processos de privação educacional ou de falhas instrucionais por parte dos serviços e campanhas de saúde. Este diagnóstico/resultado de enfermagem é um dos exemplos da alteração de títulos dos diagnósticos realizada após a validação, em comum acordo pelos pesquisadores, para atender às necessidades do referencial teórico do estudo.

Com relação ao diagnóstico anterior de “Conhecimento em saúde ausente”, ele foi alterado a partir da consideração de que a população idosa, considerando sua experiência de vida, sempre dispõe de alguma informação mesmo básica/elementar a respeito do HIV/Aids, e que, na realidade atual da epidemia, identificar alguém com ausência total de conhecimento sobre o vírus é improvável.

A “Adesão ao teste diagnóstico”, por sua vez, consiste em um exemplo de diagnóstico de enfermagem positivo que também pode ser utilizado como resultado de enfermagem. Compreende-se a adesão como um fenômeno diretamente proporcional ao vínculo usuário/profissional do serviço, onde se percebe a importância do requisito universal como norteador das ações de enfermagem de prevenção de risco, promoção de bem-estar, e das interações sociais do indivíduo. Este vínculo pode interferir nas práticas do autocuidado, na continuidade do plano terapêutico em busca de promoção do autocuidado e da consciência sobre a necessidade de autocuidar-se, já que tal adesão não acontece de forma pontual tão somente no momento do diagnóstico, pois se trata também de um plano de acompanhamento.

No diagnóstico “Papel de prevenção ineficaz” se expressa novamente a relevância da atuação do próprio indivíduo em prol do seu autocuidado, seja no tocante à prevenção de riscos, ou ao seu desenvolvimento dentro dos grupos sociais, conforme aponta o requisito universal de autocuidado. Entende-se que a abordagem da prevenção do HIV/Aids junto à população idosa nos serviços de saúde deveria ser de caráter prioritário, já que os idosos conhecem o HIV/Aids como doença grave e sem cura, mas não se veem suscetíveis a ela, de modo a repercutir negativamente na adoção de comportamentos de proteção eficazes contra a infecção (BITTENCOURT et al., 2015).

Os diagnósticos “Processo sexual ineficaz”, do requisito de desvio de saúde, e “Relação sexual prejudicada”, do requisito universal, deram ênfase à importância de elaboração das definições operacionais, já que, somente ao observar o conceito diagnóstico, podem não ser percebidas as diferenças entre eles. Diferindo-os, o primeiro refere-se à ineficácia dos fatores envolvidos na sexualidade da idosa e o segundo refere-se às interferências negativas sobre o ato sexual propriamente dito.

Dentre os 14 diagnósticos/resultados de enfermagem validados no componente social da vulnerabilidade, 3 foram classificados no requisito de desvio de saúde, 2 no requisito de desenvolvimento e 9 no requisito universal, conforme expõe o Quadro 6 a seguir:

Quadro 6 – Diagnósticos/resultados de enfermagem classificados no componente social de vulnerabilidade e nos requisitos de autocuidado de Orem. João Pessoa, 2017.

VULNERABILIDADE SOCIAL	
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem
Requisito de desvio de saúde N= 03	1. Angústia moral Definição: Sentimento negativo definido por conflito de decisões não físicas nem materiais em relação às funções que são previstas para o indivíduo, caracterizado por expressão de tristeza e aflição, relacionadas aos princípios e valores diante de normas instituídas.
	2. Risco de violência Definição: Vulnerabilidade a comportamentos de outrem, caracterizada pela demonstração do poder do indivíduo em ser nocivo ao outro física, emocional ou sexualmente.
	3. Estigma Definição: Crença prejudicada em relação ao outro, devido a um fator distintivo entre os sujeitos, sendo caracterizada pelo acesso desigual à participação social ou à oportunidade, pela prática de associar descrédito, vergonha a outro, discriminação por idade e por gênero, quando o mesmo apresenta condições diversas, tais como doença mental, incapacidade física, posicionamento religioso ou comportamental divergentes.
Requisito de desenvolvimento N= 02	4. Abuso à mulher idosa (especificar) Definição: 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.
	5. Acesso a conhecimento em saúde prejudicado Definição: Reduzido acesso a informação pela pessoa idosa, fazendo com que ela tenha dificuldade em utilizar a consciência

VULNERABILIDADE SOCIAL	
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem
	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.
Requisito universal N= 09	6. Apoio familiar ausente Definição: Falha de sistemas de suporte na família para que a pessoa idosa possa progredir e evitar que falhe em 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.
	7. Apoio social ineficaz Definição: 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.
	8. Capacidade prejudicada do cuidador para executar o cuidado Definição: 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.
	9. Direitos do indivíduo prejudicados Definição: Não garantia dos direitos humanos da pessoa idosa enquanto membro da sociedade que possui necessidades em saúde, caracterizado 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. Isolamento social Definição: Estado negativo de estabelecimento de barreiras na interação entre a pessoa idosa e a sociedade, percebida como imposta pelos outros ou por escolha da pessoa idosa, em que 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.
	11. Diversidade cultural presente

VULNERABILIDADE SOCIAL	
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem
	Definição: 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.
	12. Papel de gênero ineficaz Definição: 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.
	13. Relacionamento com a família negativo Definição: 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.
	14. Relacionamento com a comunidade negativo Definição: 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.

O componente social da vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids se expressou com maior número de diagnósticos de enfermagem no requisito universal de autocuidado (N=9), o qual se refere ao contexto do autocuidado responsável por cuidar das relações sociais do indivíduo como base para a manutenção de suas funções básicas de saúde. Sendo assim, percebe-se que este requisito universal possui proximidade contextual com a vulnerabilidade social.

O enfrentamento de barreiras culturais e sociais, que envolvem a problemática do HIV/Aids no âmbito universal do autocuidado, faz-se necessário para trazer eficácia de prevenção e de convivência com a doença à população de interesse. Promover esse enfrentamento é necessário, por exemplo, em contextos como os dos enunciados diagnósticos “Isolamento social”, “Relacionamento com a comunidade negativo” e “Direitos do indivíduo prejudicados”, nos quais as realidades vivenciadas pelas mulheres idosas enquanto membros da sociedade podem estar inserindo-as em quadros de vulnerabilidade que sinalizem para ações no nível comunitário, educativo social, e dos serviços de saúde com base no respeito aos direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais.

Em outro estudo, essa realidade de destaque individual e social da vulnerabilidade dos idosos ao HIV/Aids ficou marcada por concepções dos próprios indivíduos da faixa etária de interesse (MEIRA, 2015). Corroborando essa visão geral, percebeu-se que a responsabilização da sociedade tem a mesma proporção à responsabilização da mulher idosa como potencial condutor da visão do profissional de saúde a uma percepção de inserção desse grupo no panorama de acometimento pelo HIV/Aids, seja pela superação progressiva do estigma da sexualidade dessa população, seja pela socialização do conhecimento sobre vulnerabilidade ao vírus.

Os contextos individuais e sociais de vulnerabilidade retrataram os principais fatores a serem considerados como problemas ou como déficits de autocuidado da mulher idosa, mas, em especial, no contexto social, as formas de intervir são desafiadoras, no tocante ao alcance da população pelas ações planejadas.

A definição operacional de “Estigma” quando submetida ao processo de validação sofreu alterações para que pudesse abordar a discriminação por idade e por gênero que estavam contempladas nos enunciados diagnósticos: “Discriminação por idade” e “Discriminação por gênero”, eliminando a necessidade de mantê-los como opções de enunciados diagnósticos em separado. Com relação ao requisito de autocuidado, esse enunciado diagnóstico foi, com dificuldade, classificado no requisito de desvio de saúde, pois por mais que não dependa de ações somente por parte do próprio indivíduo, é necessário intervir nas causas do diagnóstico, de modo que a sociedade volte-se a aceitar e respeitar fatores distintivos, defeitos e incapacidades, oriundos desses fatores, praticando a equidade, seja em relação ao envelhecimento, seja ao adoecimento (SILVA; OLIVEIRA, 2013). Para tal, é preciso que os próprios profissionais de saúde também modifiquem a visão estigmatizada que destinam à sexualidade da mulher idosa e sua vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids (SERRA et al., 2013; BURIGO et al., 2015; ROCHA et al., 2013).

O diagnóstico “Direitos do paciente”, inicialmente da vulnerabilidade social, em decorrência de sua abrangência e da relação de continuidade que se estabelece entre as modalidades da vulnerabilidade, classificou-se em duas delas, ficando inserido tanto na vulnerabilidade social quanto na programática, considerando que o indivíduo pode ter a dignidade, entre outros direitos, prejudicada enquanto paciente, ficando “Direitos do paciente” na vulnerabilidade programática, e enquanto membro da sociedade, ficando “Direitos do indivíduo” na vulnerabilidade social.

Algumas adequações foram necessárias nas definições operacionais destes diagnósticos para que neles fosse contemplado o aspecto socioeconômico da idosa, já que, embora não tenha sido considerado útil, para a prática clínica, manter esse aspecto em um enunciado diagnóstico separado, é preciso reconhecer condições socioeconômicas ameaçadoras ao tratamento, prevenção e ao acesso à educação em saúde. Considera-se, ainda, que haja uma limitação na implementação de intervenções por parte da Enfermagem sobre os problemas desta natureza, de modo a trazer solução real para ele, entretanto, é necessário estar ciente da possibilidade de agir em articulação com outros profissionais de saúde e de áreas afins.

Os diagnósticos de “Renda familiar, inadequada” e “Condição financeira, ineficaz” que foram traçados inicialmente com base no banco de termos, foram considerados dados que devem ser identificados no momento em que se conhece o usuário do serviço, ou seja, na primeira etapa do processo de enfermagem (histórico de enfermagem). A partir do conhecimento dessas informações, os diagnósticos do plano de cuidados devem trazer os problemas prioritários causados por essas condições, e não enfatizar a condição como um diagnóstico de enfermagem, visto que somente por meio da assistência de enfermagem ele não será solucionado de maneira efetiva. Alencar e Ciosak (2014) evidenciam essa realidade quando expõem que a população acometida pelo HIV acima de 60 anos possui renda familiar inadequada para manutenção da qualidade de vida dele e da família.

A definição operacional do “Acesso a conhecimento em saúde, prejudicado” teve direcionamento voltado para a não disponibilização de informações esclarecedoras ao indivíduo, considerando não somente a falta de capacidade dele em utilizar a consciência sobre problemas de saúde, mas, principalmente, a baixa disponibilidade de fontes de informação com cunho de responsabilidade social (escolas, campanhas, programas de cobertura dos governos) e não somente institucional (educação em saúde), gerando equívocos sobre diversos aspectos relacionados à sexualidade e às doenças sexualmente transmissíveis (BURIGO et al., 2015), levando as pessoas a adotarem práticas ineficazes de prevenção (BEZERRA et al., 2015).

Dos 7 diagnósticos/resultados de enfermagem classificados na vulnerabilidade programática ao HIV/Aids, sendo 4 do requisito do autocuidado de

desvio de saúde e 3 do requisito universal, 3 foram validados, sendo 1 do requisito de desvio de saúde e 2 do requisito universal, conforme expõe o Quadro 7.

Quadro 7 – Diagnósticos/resultados de enfermagem classificados no componente programático de vulnerabilidade e nos requisitos de autocuidado de Orem. João Pessoa, 2017.

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA	
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem
Requisito de desvio de saúde N=01	1. Acesso a tratamento prejudicado Definição: 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.
Requisito universal N=02	2. Direitos do paciente prejudicados Definição: 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 à honra.
	3. Política de saúde parcial Definição: 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.

O papel institucional contemplado na vulnerabilidade programática, que envolve competências do sistema, dos serviços e dos profissionais de saúde, expressou-se no requisito de desvio de saúde e universal. Diagnósticos como “Direitos do paciente, prejudicados” e “Acesso a tratamento, prejudicado” dependem de ações multidisciplinares de saúde para serem enfrentados. Fatores programáticos diversos interferem na vulnerabilidade do idoso ao HIV e têm levado ao diagnóstico tardio, como a reduzida abordagem do assunto pelos profissionais de saúde da atenção básica, o diagnóstico eficaz acontecendo somente em nível secundário e terciário de atenção à saúde, a quebra do sigilo diagnóstico, e até mesmo a discussão sobre sexualidade apenas com pessoas que já foram diagnosticadas com doenças sexualmente transmissíveis (ALENCAR; CIOSAK, 2014).

A definição operacional do diagnóstico “Acesso a tratamento prejudicado” retrata dificuldades de acesso a tratamento que são aplicáveis também à dificuldade de acesso a recursos/insumos de prevenção e estão relacionadas às limitações financeiras, geográficas e até de disponibilidade, corroborando a vulnerabilidade desse grupo.

Com relação ao diagnóstico/resultados de enfermagem “Confidencialidade relacionada ao diagnóstico e resultados, prejudicada”, que foi elaborado inicialmente, mas não foi validado, considera-se que a realidade da quebra da confidencialidade sobre o diagnóstico do HIV/Aids na pessoa idosa associa-se ao descrédito que é dado às capacidades de autogestão dessa população, ferindo os direitos dela enquanto indivíduos e pacientes (ALENCAR; CIOSEK, 2014). Sendo assim, a problemática da confidencialidade ficou contemplada nos diagnósticos “Direitos do paciente prejudicados” e “Direitos do indivíduo prejudicados”, classificados na vulnerabilidade programática e social, respectivamente.

Nesse contexto, verifica-se no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, publicado pelo COFEN em 2007, na Resolução nº 311, no capítulo do sigilo profissional, que é dever do enfermeiro manter segredo sobre fato sigiloso em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei, ordem judicial, ou com o consentimento escrito do envolvido. No descumprimento de tal dever, no capítulo das Organizações da Categoria, o presente Código obriga ao enfermeiro que comunique ao seu Conselho Regional os fatos que firam preceitos do presente Código e da Legislação do exercício profissional, podendo ser aplicada penalidade ao profissional que se omitir de tal responsabilidade. Além disso, ainda pesa sobre o enfermeiro a proibição, no capítulo das relações profissionais, de praticar e/ou ser conivente com crime, contravenção penal ou qualquer outro ato que infrinja postulados éticos e legais (COFEN, 2007).

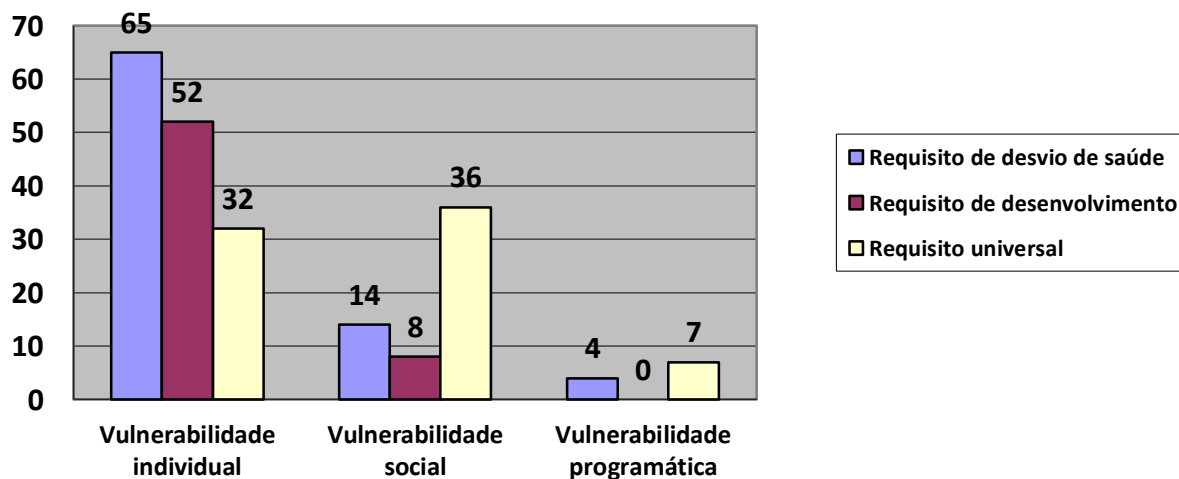
Ainda considerando o contexto institucional, identificou-se que o diagnóstico “Resposta ao tratamento negativa”, da vulnerabilidade individual, contempla a “Falta de controle do sintoma” inicialmente elaborado como diagnóstico da vulnerabilidade programática, mas que não foi validado com base no pensamento de que a falta de controle do sintoma se dá pela resposta ao tratamento ineficaz, não podendo haver responsabilização do profissional nessa falta de controle do sintoma, caso esteja adotando a conduta terapêutica adequada à necessidade do cliente.

Em contrapartida a essa ideia, compreende-se que a responsabilização do profissional/serviço de saúde recai em fatores diversos que não só na adoção da terapêutica adequada. Cuidar da PVHA requer sensibilidade profissional para adaptar a terapia à rotina diária do indivíduo; reconhecimento de risco/benefícios da terapia antirretroviral (TARV) e seus efeitos colaterais; ciência das possíveis complicações oriundas da TARV; e investigação da eficácia da adesão à terapêutica, dentre outras ações que sinalizam para a necessidade de acompanhamento contínuo em periodicidade adequada e corresponsabilização do enfermeiro junto à equipe multiprofissional na prestação dos cuidados à PVHA.

6.2 Intervenções de enfermagem

Com base no conjunto de diagnósticos propostos foram construídas intervenções de enfermagem para compor o planejamento da assistência com vistas à solução dos problemas ou auxílio no enfrentamento destes. Totalizaram 218 intervenções validadas, aproximadamente 83,5% das intervenções traçadas, em uma média de 4,11 para cada diagnóstico validado. Estas intervenções foram elaboradas para atender aos diagnósticos de cada requisito de autocuidado e foram estruturadas com base na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, conforme ilustra o Gráfico 2 a seguir.

Gráfico 2 – Distribuição das intervenções de enfermagem validadas no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e para atender aos diagnósticos/resultados de enfermagem dos requisitos de autocuidado. João Pessoa, 2017.



Dentre as intervenções validadas, 149 (85,1%) corresponderam ao componente individual da vulnerabilidade, sendo 65 direcionadas a atender aos diagnósticos do requisito de desvio de saúde, 52 do requisito de desenvolvimento e 32 destinadas aos diagnósticos do requisito universal, sendo que, a maior parte das intervenções correspondeu ao sistema Apoio-Educação (AE), conforme demonstrado no Quadro 8 a seguir.

Quadro 8 – Conceitos de intervenções de enfermagem classificadas no componente individual de vulnerabilidade e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, em correspondência aos diagnósticos/resultados de enfermagem. João Pessoa, 2017.

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
Requisito de desvio de saúde	1. Abuso de álcool (ou alcoolismo)	1. Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool	AE
		2. Estimular estratégias de redução gradual do consumo (especificar)	
		3. Aconselhar adesão à terapia de grupo de apoio	AE
		4. Encaminhar para terapia de suporte de grupo	TC
	2. Não adesão ao regime medicamentoso	5. Avaliar fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico	PC
		6. Identificar a condição social da paciente para adaptar orientação ao seu nível de cognição	PC
		7. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
		8. Estimular adesão ao regime medicamentoso	
		9. Promover adequação do regime terapêutico à rotina diária da idosa	PC
		10. Estimular participação da família na orientação e administração de medicamentos	AE
	3. Não adesão ao teste diagnóstico	11. Identificar fatores que dificultam a adesão ao teste diagnóstico	PC
		12. Fornecer informações sobre as consequências de não diagnosticar	AE
		13. Orientar família sobre teste diagnóstico	
	4. Atitude em relação ao tratamento conflituosa	14. Obter dados sobre atitude em relação ao tratamento, avaliando as causas para tal atitude	PC
		15. Estimular atitude positiva por meio da ênfase na melhoria da condição de saúde	AE
		16. Apoiar gerenciamento do plano terapêutico, com orientações sobre a terapia estabelecida	
		17. Fornecer informações acerca da importância em aderir à terapia prescrita	
	5. Atitude em relação à condição de saúde negativa	18. Obter dados sobre aceitação da condição de saúde	PC
		19. Fornecer esclarecimentos sobre o contexto de vulnerabilidade	AE
	6. Comportamento violento	20. Usar abordagem calma e segura	TC
		21. Respeitar princípios e valores da idosa	TC
		22. Demonstrar compreensão da condição psicológica e de saúde da	TC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
		idosa	
		23. Estimular autopercepção	AE
		24. Estimular verbalização de sofrimento	AE
		25. Relatar condição a membro da família	TC
		26. Requerer apoio psicossocial	TC
	7. Déficit de autocuidado para tratamento	27. Ensinar sobre medidas de autocuidado para tratamento	AE
		28. Estimular a participação da idosa nas atividades de autocuidado, conforme nível de capacidade	AE
		29. Incentivar a família e o cuidador para que estimulem o envolvimento da idosa no autocuidado	AE
		30. Assistência no autocuidado: oferecer medicamento quando necessário	TC
		31. Assistência no autocuidado: instruir o cuidador para a oferta de medicamento quando necessário	AE
	8. Déficit de autocuidado para prevenção	32. Fornecer informações sobre medidas de autocuidado para prevenção	AE
		33. Orientar quanto aos riscos referentes a não adoção de medidas preventivas	AE
		34. Estimular compreensão sobre contextos de vulnerabilidade a partir do uso de exemplos	AE
	9. Efeito colateral da medicação presente	35. Informar sobre os possíveis efeitos colaterais da medicação	AE
		36. Gerenciar efeitos colaterais da medicação	PC
		37. Estimular verbalização de sinais e sintomas incompatíveis com os esperados	AE
		38. 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	AE
	10. Processo sexual ineficaz	39. Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios	AE
		40. Esclarecer dúvidas	
		41. Estimular a atividade sexual de maneira segura	
		42. Investigar relação entre funcionamento sexual e fatores externos	PC
	11. Regime medicamentoso	43. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	interrompido	paciente	
		44. Informar à paciente das consequências de não tomar ou interromper o medicamento	AE
		45. Registrar interrupção do regime medicamentoso	TC
		46. Estimular adesão ao regime medicamentoso	AE
		47. Ensinar à paciente o método de administração do medicamento quando necessário	AE
		48. Colaborar com cuidador no gerenciamento do regime medicamentoso	PC
		49. Analisar grau de eficácia do regime terapêutico por meio de exames laboratoriais (investigação de TCD4 e carga viral)	TC
	12. Resposta ao tratamento negativa	50. Orientar a respeito da necessidade de adesão ao tratamento	AE
		51. Avaliar com a equipe interprofissional se o tratamento proposto segue adequadamente a sua condição para realizá-lo	TC
		52. Analisar resposta ao tratamento continuamente	TC
		53. Estimular a integração da paciente ao tratamento proposto	AE
	13. Sintoma de infecção	54. Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção	PC
		55. Analisar resultados de exames laboratoriais junto ao sintoma apresentado	TC
		56. Discutir, em equipe interprofissional, evidência de infecção	TC
	14. Autoestima negativa	57. Encorajar a idosa a identificar e expressar sentimentos	PC
		58. Estimular autopercepção comportamental e as suas consequências	AE
		59. Estimular a idosa na aceitação tanto dos sentimentos positivos quanto dos negativos	AE
		60. Reforçar capacidades e traços positivos	TC
		61. Encaminhar para terapia de grupo	TC
	15. Enfrentamento ineficaz	62. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos	PC
		63. Colaborar na identificação das possíveis consequências de cada escolha	PC
		64. Instruir quanto à disponibilidade de	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
Requisito de desenvolvimento		recursos para enfrentamento de problemas por meio de material de aprendizagem	
		65. Oferecer informações sobre diagnóstico, prevenção da doença e transmissão do vírus à idosa, família e cuidador	AE
	16. Aprendizagem sobre saúde prejudicada	66. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	PC
		67. Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível	AE
		68. Promover aprendizagem sobre saúde por meio de folhetos informativos, campanhas educativas e materiais ilustrativos	
		69. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	17. Aprendizagem sobre prevenção prejudicada	70. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	PC
		71. Facilitar a aprendizagem sobre prevenção pelo uso de linguagem acessível	AE
		72. Promover aprendizagem sobre prevenção por meio de material educativo	
		73. Demonstrar técnica de redução de risco de infecção por DST (colocada e retirada de preservativo masculino e feminino)	
		74. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	18. Aprendizagem sobre tratamento prejudicada	75. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	PC
		76. Promover aprendizagem sobre tratamento por meio de material educativo	AE
		77. Facilitar a aprendizagem sobre tratamento pelo uso de linguagem acessível	
		78. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	19. Autonomia para tomada de decisão ausente (especificar)	79. Apoiar tomada de decisão	AE
		80. Estimular posicionamento individual quanto às escolhas	AE
		81. Instruir sobre as consequências das possíveis decisões	AE
		82. Empoderar a idosa para tomar decisões quanto à sua saúde	TC
	20. Comportamento sexual prejudicado	83. Orientar a idosa sobre práticas sexuais de baixo risco	AE
		84. Encorajar a idosa a avaliar seu comportamento sexual	AE
		85. Investigar presença de fatores contribuintes	PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
		86. Compartilhar conhecimento sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	AE
	21. Déficit de conhecimento em saúde	87. Avaliar a capacidade de aprendizado e o conhecimento da cliente	AE
		88. Aconselhar a paciente a respeito de vulnerabilidade a doenças	
		89. Explicar sobre processos de adoecimento e práticas saudáveis à idosa, família e comunidade	
		90. Instruir sobre sinais e sintomas, e procedimentos adequados de cuidado à saúde	
	22. Emoção negativa	91. Estimular verbalização de sentimentos	AE
		92. Auxiliar a paciente no reconhecimento de seus sentimentos	PC
		93. Encaminhar a paciente para serviço especializado	TC
	23. Risco de infecção cruzada	94. Aplicar medidas de precaução padrão contra infecção	TC
		95. Monitorar sinais e sintomas de infecção	PC
		96. Obter dados de conhecimento do indivíduo, família e cuidador sobre infecção cruzada, e, dados da suscetibilidade da idosa à infecção cruzada	PC
		97. Orientar família, idosa e cuidador sobre prevenção de infecção cruzada	AE
	24. Medo	98. Encorajar a paciente a verbalizar o medo e preocupação relativa à vulnerabilidade à doença	AE
		99. Proporcionar tranquilidade e conforto	TC
		100. Controlar o ambiente para facilitar a confiança	TC
		101. Dar informações corretas, usando linguagem simples	AE
		102. Apoiar enfrentamento do medo	AE
	25. Medo da morte	103. Facilitar a verbalização sobre o processo de morte	PC
		104. Facilitar a obtenção de suporte espiritual	TC
		105. Manter ambiente seguro e a voz calma	TC
	26. Qualidade de vida prejudicada	106. Obter Dados sobre qualidade de vida	PC
		107. Estimular socialização	AE
		108. Realizar Terapia do Humor (ou do Riso)	TC
		109. Estimular Papel de Lazer	AE
		110. Promover Terapia Recreacional	TC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	27. Sofrimento	111. Orientar idosa sobre saúde e bem-estar pelo serviço de educação em saúde	AE
		112. Estimular apoio familiar	AE
		113. Minimizar sofrimento	TC
		114. Discutir sobre experiências emocionais com a paciente	PC
		115. Apoiar tomada de decisões	AE
		116. Aumentar socialização e sentimentos de esperança	PC
		117. Encaminhar para terapias	TC
REQUISITO UNIVERSAL	28. Adesão ao regime medicamentoso	118. Orientar quanto às medidas de tratamento necessárias	AE
		119. Elogiar cumprimento do regime medicamentoso	AE
		120. Aconselhar manutenção da adesão à terapia	AE
		121. Supervisionar periodicamente a busca e o uso da terapia medicamentosa	TC
		122. Analisar evolução de sinais e sintomas de melhora	PC
	29. Adesão ao teste diagnóstico	123. Promover atmosfera favorável à manutenção da adesão no serviço de promoção da saúde	TC
		124. Estimular continuidade da adesão a um regime de teste diagnóstico, independente da condição de saúde identificada	AE
		125. Garantir (ou Assegurar) o acesso ao teste diagnóstico na Unidade de Atenção à Saúde	TC
	30. Crença espiritual conflituosa	126. Ouvir necessidades espirituais do indivíduo	PC
		127. Investigar o desejo de prática espiritual acessível	TC
		128. Estimular posicionamento espiritual	AE
		129. Observar se há prática de saúde sendo executada em conflito com a religiosidade da cliente	TC
		130. Promover espaço e tempo apropriados à prática espiritual e religiosa, quando for possível	TC
	31. Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz	131. Instruir idosa para cuidar (ou tomar conta) da saúde por meio de material de aprendizagem	AE
		132. Proporcionar informações de prevenção de doenças, tratamento e promoção de bem-estar pelo serviço de educação em saúde	AE
		133. Empoderar idosa para sua necessidade de cuidado	AE
	32. Identidade de	134. Estimular percepção de	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	gênero ineficaz	identidade pessoal relacionada ao gênero	
		135. Incentivar a idosa à verbalização de ideias e valores condizentes com sua identidade de gênero	AE
	33. Necessidade de cuidado (especificar)	136. Obter dados sobre Disposição (ou Prontidão) da idosa para desempenhar atividades de cuidado (especificar)	PC
		137. Colaborar com os cuidados (especificar) à idosa	PC
		138. Motivar família e/ou cuidador a identificar a necessidade de cuidado (especificar) da idosa	AE
	34. Papel de prevenção ineficaz	139. Encorajar papel de prevenção à infecção	AE
		140. Aconselhar prática sexual segura (risco de contrair DST e HIV/AIDS)	AE
		141. Orientar sobre padrões de prevenção	AE
	35. Relação sexual prejudicada	142. Orientar a idosa sobre o impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na sexualidade	AE
		143. Analisar a interferência das doenças crônicas e efeitos dos medicamentos em uso sobre a sexualidade	TC
		144. Oferecer apoio psicológico à idosa e seu companheiro	TC
	36. Risco de infecção	145. Diminuir contato da idosa com fontes de infecção	PC
		146. Monitorar sinais e sintomas de infecção	TC
		147. Orientar quanto à adoção de medidas de prevenção contra infecção	AE
		148. Orientar família sobre suscetibilidade e prevenção da infecção	AE
		149. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	PC

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; e TC = Sistema totalmente compensatório.

O número de diagnósticos/resultados de enfermagem vinculados a vulnerabilidade individual, conforme exposto pelo Gráfico 1, não significou responsabilização exclusiva da mulher idosa pelo enfrentamento e prevenção da infecção pelo HIV/Aids. Os dados quantitativos da classificação das intervenções de enfermagem direcionadas a esses diagnósticos (84 no Sistema Apoio-Educação e

35 intervenções no Sistema Totalmente Compensatório) evidenciaram a importância do papel do enfermeiro em atuar frente a tais demandas de autocuidado.

A complexidade que o HIV/Aids exige das ações multiprofissionais em saúde, reflete a relevância das formas de cuidado desenvolvidas pelos Serviços de Atenção Especializada (SAE). A multiprofissionalidade das ações desenvolvidas nesses serviços inclui o enfermeiro como um ator importante na assistência integral à PVHA. Neste sentido, gestores devem atuar como articuladores da equipe, trabalhando inclusive de forma intersetorial, e o profissional do serviço deve ser sujeito do seu processo de trabalho para garantir uma atuação condizente a essa integralidade. Se as ações de saúde se desenvolvem de forma isolada neste serviço, têm-se, como desfecho, o não atendimento das necessidades da clientela específica na sua totalidade (BORGES et al., 2012).

Com base no exposto, as intervenções de enfermagem propostas neste estudo, além de buscar atender às necessidades dos diagnósticos úteis à idosa vulnerável, possuem o potencial de orientar à assistência de enfermagem voltada à PVHA, atendida pelos SAE, de modo a emancipá-las das condições de vulnerabilidade individual às quais estão expostas; bem como de fomentar subsídios para que a continuidade do cuidado de enfermagem e multiprofissional se efetive.

As intervenções de enfermagem “Fornecer esclarecimentos sobre o contexto de vulnerabilidade” e “Obter dados sobre aceitação da condição de saúde”, elaboradas para atender à necessidade do diagnóstico de enfermagem “Atitude em relação à condição de saúde negativa”, podem ser complementadas com uma atuação intersetorial de encaminhamento da idosa a terapias grupais que a leve a superar o contexto negativo de aceitação da sua condição de saúde.

Para os diagnósticos validados na vulnerabilidade social foram validadas 58 intervenções (81,6%), sendo 14 direcionadas a atender aos diagnósticos do requisito de desvio de saúde, 8 do requisito de desenvolvimento e 36 direcionadas aos diagnósticos do requisito universal. Destaca-se que a maioria daquelas destinadas a atender às necessidades de autocuidado dos diagnósticos da vulnerabilidade social, corresponderam ao Sistema Apoio-educação (AE), seguido do Sistema Totalmente Compensatório (TC) de ação da enfermagem, conforme exposto no Quadro 9.

Quadro 9 – Conceitos de intervenções de enfermagem classificadas no componente social de vulnerabilidade e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, em correspondência aos diagnósticos/resultados de enfermagem. João Pessoa, 2017.

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
Requisito de desvio de saúde	1. Angústia moral	1. Proporcionar atmosfera que facilite a confiança da idosa e da família	TC
		2. Usar abordagem calma e segura	
		3. Estimular pensamentos positivos	
		4. Incentivar participação em grupo de apoio	AE
		5. Respeitar princípios e valores morais da idosa	
	2. Risco de violência	6. Orientar familiares da idosa sobre prevenção de violência	AE
		7. Obter dados sobre o risco de violência física, emocional, financeira e sexual	
		8. Estimular verbalização de sofrimento de ações violentas	AE
		9. Notificar situação de risco social	
		10. Auxiliar psicologicamente para que a idosa possa progredir no enfrentamento do estigma	PC
	3. Estigma	11. Orientar comunidade sobre doença	
		12. Minimizar estigma inserindo a sociedade no processo de enfrentamento	TC
		13. Apoiar o enfrentamento da discriminação por idade e gênero	
		14. Estimular atmosfera social de aceitação dos fatores distintivos por meio da educação em saúde	AE
Requisito de desenvolvimento	4. Abuso à mulher idosa (especificar)	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	19. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	
		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	
Requisito universal	6. Apoio familiar ausente	23. Obter dados sobre processo familiar	PC
		24. Estimular processo familiar eficaz	
		25. Encorajar o envolvimento da	AE

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
		família nos cuidados de saúde da idosa	TC
		26. Facilitar participação da família no planejamento do cuidado	
		27. Encaminhar ao assistente social	
	7. Apoio social ineficaz	28. Explicar sobre os direitos da paciente	AE
		29. Prover (proporcionar, fornecer) apoio social	TC
		30. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias	PC
	8. Capacidade prejudicada do cuidador para executar o cuidado	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 do indivíduo prejudicados	35. Explicar direitos do paciente à idosa, família e comunidade	AE
		36. Estimular processo comunitário eficaz	AE
	10. Isolamento social	37. Encorajar a socialização pela participação em atividades sociais	PC
		38. Motivar apoio familiar	
		39. Estabelecer relação de confiança com a paciente	TC
		40. Orientar a idosa, família e comunidade sobre sua condição de saúde	AE
		41. Motivar a autopercepção	PC
		42. Prover (proporcionar, fornecer) apoio emocional	TC
		43. Realizar Terapia do humor (ou do riso)	
	11. Diversidade cultural presente	44. Intermediação cultural	TC
		45. Respeitar crença cultural	
		46. Promover aceitação do plano de cuidados	AE
		47. Avaliar aceitação do plano de cuidados	TC
	12. Papel de gênero ineficaz	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 família negativo	50. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos familiares	TC
		51. Orientar sobre processo familiar eficaz	AE
		52. Estimular comunicação familiar	AE

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
		eficaz	
		53. Orientar a família sobre papel de unidade familiar	AE
		54. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	AE
	14. Relacionamento com a comunidade negativo	55. Obter dados sobre os fatores comprometedores do estabelecimento de relações sociais	PC
		56. Discutir as limitações do apoio social com a paciente	
		57. Orientar sobre comunicação efetiva	AE
		58. Estimular papel comunitário	AE

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; e TC = Sistema totalmente compensatório.

A predominância da classificação das intervenções propostas no Sistema AE reflete a necessidade de ações de saúde voltadas ao fornecimento de informações à idosa, família e cuidador. Seja no âmbito social ou individual, fica evidente a possibilidade de transformação das condições que inserem a mulher idosa na vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids quando se conduz às ações instrutivas de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos. São intervenções voltadas a esse intuito as que tomam por base o estímulo, o incentivo, a orientação e a promoção da saúde.

Foram construídas 16 intervenções de enfermagem para os diagnósticos validados na vulnerabilidade programática, sendo 6 intervenções para o requisito de desvio de saúde e 10 intervenções para o requisito universal. O total das intervenções, que foram validadas neste contexto institucional/programático, foi de 11 intervenções (68,75%), sendo 4 direcionadas a atender aos diagnósticos do requisito de desvio de saúde e 7 do requisito universal, correspondendo em sua maioria ao Sistema Totalmente Compensatório (TC) de ação da enfermagem e uma delas ao Sistema Apoio-Educação (AE), ficando excluído o Sistema Parcialmente Compensatório (PC) dessa modalidade de vulnerabilidade, conforme demonstra o Quadro 10.

Quadro 10 – Conceitos de intervenções de enfermagem classificadas no componente programático de vulnerabilidade e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, em correspondência aos diagnósticos/resultados de enfermagem. João Pessoa, 2017.

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
Requisito de desvio de saúde	1. Acesso a tratamento prejudicado	1. Facilitar acesso a tratamento	TC
		2. Discutir com equipe interprofissional sobre disponibilidade de medicamentos em pontos descentralizados	
		3. Orientar o uso de medicamentos	AE
		4. Orientar família sobre comportamento de busca de saúde	
Requisito universal	2. Direitos do paciente prejudicados	5. Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito	TC
		6. Garantir privacidade e confidencialidade	AE
		7. Explicar sobre direitos da paciente	
		8. Garantir direitos da paciente nos serviços de saúde	TC
	3. Política de saúde parcial	9. Criar uma atmosfera de aceitação isenta de juízos	
		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; e TC = Sistema totalmente compensatório.

Todas as intervenções validadas foram julgadas quanto ao sequenciamento ideal em relação ao nível de prioridade e foram ajustadas para atender à recomendação do grupo de especialistas participantes do estudo.

À luz da teoria adotada para estruturar o subconjunto, as intervenções foram traçadas no intuito de enfrentar e solucionar as condições de déficit de autocuidado identificadas. Este enfrentamento pode ser iniciado e concluído pelo próprio enfermeiro, pelo enfermeiro em colaboração com o paciente, e ainda ser desempenhado pelo paciente após receber instrução adequada a cada ação de cuidado (OREM, 2006).

Ainda embasado na Teoria Geral do Autocuidado de Orem, que se subdivide em três construtos para subsidiar a prática do enfermeiro (teoria do autocuidado, teoria do déficit de autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem), cada intervenção destinada a solucionar os diagnósticos, considerou o requisito de

autocuidado ao qual atenderia e correspondeu a um dos conceitos da teoria dos sistemas de enfermagem.

Em relação à classificação das intervenções na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, sempre que uma intervenção depender da colaboração mútua entre profissional e mulher idosa para que seja posta em prática, a classificação dessa intervenção será no sistema Parcialmente Compensatório (PC). Quando for necessário o envolvimento apenas do enfermeiro para que a intervenção seja aplicada na prática, ela se inserirá no sistema Totalmente Compensatório (TC), e quando a partir da instrução do profissional à mulher idosa, o diagnóstico de enfermagem possa ser resolvido pela intervenção direta da própria idosa, esta será classificada no sistema Apoio-educação (AE) (GEORGE, 2000; BRAGA; SILVA, 2011).

Observa-se que no contexto de vulnerabilidade individual e social, as intervenções pertinentes ao Sistema Apoio-educação ocorreram com maior frequência. Esta realidade expõe a possibilidade de atuação profissional com fornecimento de informação emancipatória à mulher idosa, de modo a inseri-la como sujeito do seu autocuidado, para que tenha autonomia e colabore com a assistência que recebe, entretanto mesmo possuindo conhecimento em saúde, essa atuação do indivíduo no seu autocuidado depende da decisão por autocuidar-se (BARROSO et al., 2010).

O enfermeiro deve atuar na condução do processo de incentivo ao envolvimento da idosa, da sua família e cuidador(es) no autocuidado, destacando que a independência e as capacidades do indivíduo não se reduzem após o diagnóstico (CAETANO; PAGLIUCA, 2006). Ainda se destaca a possibilidade de atuação do enfermeiro junto à sociedade em geral, para que esta participe das mudanças necessárias do contexto de enfrentamento da problemática social que o HIV vem abarcando.

A sociedade civil organizada exerce influência e importante função na construção e implementação das políticas públicas de enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil. A participação social com cobrança de direitos leva ao rompimento de barreiras culturais e programáticas, de modo a assegurar o acesso das PVHA à saúde (VILLARINHO et al., 2013).

Já no contexto de vulnerabilidade programática, não coincidentemente, a maior frequência das intervenções encontra-se no Sistema Totalmente Compensatório, onde se restringe somente ao enfermeiro/equipe de saúde atuar em determinada situação para que ela se direcione a soluções eficazes. Exemplos de intervenções que são de restrita responsabilidade do enfermeiro/equipe de saúde são: “Garantir privacidade e confidencialidade” bem como “Trabalhar em rede no apoio às necessidades de população alvo”. Em ambos os casos, não é possível atuar em parceria com a idosa em prol do seu cuidado, somente o profissional é capaz de intervir nestes sentidos.

Durante o processo de validação, algumas intervenções foram questionadas quanto a se tratarem de ações de enfermagem, fazendo com que, dessa forma, não fosse necessário mantê-las como intervenções de enfermagem a serem consideradas em um plano de cuidados.

A discussão sobre ações de enfermagem e intervenções de enfermagem se deu em volta dos enunciados “Encaminhar a paciente para serviço especializado”, “Analisar resultados de exames laboratoriais junto ao sintoma apresentado” e “Administrar medicamentos quando prescrito”. Esta última intervenção foi considerada como uma ação de enfermagem, pois diante de uma rotina do serviço de saúde em que haja prescrição médica, o enfermeiro deve administrar os medicamentos prescritos independentemente de planejamento prévio, caracterizando-se como uma ação inerente aos cuidados básicos de enfermagem. Entretanto, a CIPE[®] a considera como intervenção de enfermagem e pressupõe-se que para ser executada, ela necessite de planejamento relacionado ao aprazamento e organização da equipe. As outras duas intervenções mantiveram-se como tal, em respeito à classificação feita pela CIPE[®] e com base na validação dos especialistas, onde foi dada ênfase à importância de traçar tais intervenções em um plano de cuidados, ao que se destina a listagem de enunciados.

Alguns dilemas éticos em relação às competências da enfermagem permearam a discussão acerca de algumas intervenções de enfermagem. Foi o caso da intervenção de enfermagem “Requisitar (ou Requerer) exames laboratoriais” traçada como proposta de solução ao diagnóstico “Sintoma de infecção”. Ao considerarem que tal intervenção não consiste em uma atribuição do enfermeiro em nível internacional, mesmo que na realidade brasileira a Resolução COFEN nº 195

de 1997 conceda à Enfermagem a permissão de solicitar exames de rotina e complementares (COFEN, 1997), esta intervenção foi excluída pelos especialistas, por não possuir abrangência e utilidade no âmbito mundial. Além disso, ela pode ser considerada como sendo uma ação de enfermagem e, no intuito de atuar junto ao sintoma de infecção, o enfermeiro pode monitorar ou analisar os resultados destes exames laboratoriais para intervir em rede com a equipe multiprofissional.

O subconjunto terminológico da CIPE® tem como objetivo subsidiar a prática clínica dos enfermeiros que cuidam desta clientela na atenção especializada, bem como na atenção básica de saúde, auxiliando o raciocínio clínico e dando suporte ao registro sistemático da assistência de enfermagem na referida área. Além disso, ele tem o propósito de ser referência para o cuidado à mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids, fortalecer a profissão da Enfermagem enquanto ciência por meio da contribuição junto à sistematização da assistência e gerar visibilidade ao trabalho do enfermeiro por meio da documentação.

Ele representa um instrumento tecnológico para auxiliar o processo de cuidar em enfermagem, auxilia o raciocínio diagnóstico e terapêutico e não substitui o julgamento clínico do enfermeiro. Recomenda-se que seja adotado nas etapas das consultas de enfermagem. Sua utilização ainda se aplica como um instrumento de ensino, pesquisa e assistência de enfermagem, contribuindo com a ampliação da terminologia CIPE®, e pode favorecer a implementação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST (BRASIL, 2009).

Os elementos apresentados no subconjunto terminológico – diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem – foram elaborados com base no raciocínio diagnóstico, pela identificação de demandas de autocuidado da mulher idosa com vulnerabilidade ao HIV/Aids, e no raciocínio terapêutico, pela identificação de sistemas de enfermagem capazes de auxiliar o enfermeiro na promoção do autocuidado dessa idosa, em atendimento aos requisitos de autocuidado.

Os enfermeiros poderão basear-se nesse subconjunto para implementar ações de educação em saúde e assistenciais em busca da prevenção, promoção e recuperação da saúde da mulher idosa, bem como disporá de meios para identificar as suas necessidades, favorecendo o processo de autocuidado e promovendo eficácia no enfrentamento de adversidades. É possível, também, que, ao assistir a

mulher idosa, o enfermeiro identifique elementos individuais e/ou sociais específicos que não tenham sido contemplados pelo presente subconjunto, tornando necessária a realização de alterações pertinentes e a consulta à CIPE®.

6.3 Estruturação do subconjunto terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids

SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA A MULHER IDOSA COM VULNERABILIDADE RELACIONADA AO HIV/AIDS¹

Márcia Cristina de Figueiredo Santos²

Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt³

1. Mensagem aos leitores

Este Subconjunto Terminológico da CIPE®, que contém diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem elaborados com base em um Banco de termos para a prática de enfermagem com mulheres idosas com HIV/Aids e sua atualização junto à CIPE® 2015, teve sua estruturação direcionada ao cuidado de um grupo populacional específico –

mulheres idosas – com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids.

Refere-se a um subconjunto amplo e abrangente, composto por 53 diagnósticos/resultados de enfermagem e 218 intervenções de enfermagem intencionados a atender às necessidades de cuidado da mulher idosa, considerando contextos de vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids e suas complicações. Conforme a classificação destes dentro do quadro conceitual de vulnerabilidade e na teoria do autocuidado, 36 diagnósticos/resultados de enfermagem foram validados na vulnerabilidade individual, sendo 15 diagnósticos/resultados de enfermagem do requisito de desvio de saúde, 12 do requisito de desenvolvimento e 9 do requisito universal de autocuidado; 14 diagnósticos/resultados de enfermagem foram validados na vulnerabilidade social, sendo 3 do requisito de desvio de saúde, 2 do requisito de desenvolvimento e 9 do requisito universal; e 3 diagnósticos foram validados na vulnerabilidade programática, sendo 1 do requisito de desvio de saúde e 2 do requisito universal de autocuidado.

¹ Produto da dissertação de mestrado Santos MCF. Proposta de Subconjunto Terminológico da CIPE® para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids. Universidade Federal da Paraíba; 2017.

² Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba (PPGenf/UFPB). Bolsista CAPES.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

Dentre as intervenções de enfermagem, as que foram validadas no contexto da vulnerabilidade individual totalizaram 149, das quais 65 foram direcionadas a atender aos diagnósticos de enfermagem do requisito de desvio de saúde, 52 direcionadas a atender aos diagnósticos de enfermagem do requisito de desenvolvimento e 32 direcionadas aos diagnósticos de enfermagem do requisito universal, além de 35 destas corresponderem ao Sistema Totalmente Compensatório de ação da enfermagem, 30 ao Sistema Parcialmente Compensatório e 84 corresponderem ao Sistema Apoio-Educação. Na vulnerabilidade social foram validadas 58 intervenções, sendo 14 direcionadas a atender aos diagnósticos de enfermagem do requisito de desvio de saúde, 8 direcionadas aos diagnósticos de enfermagem do requisito de desenvolvimento e 36 direcionadas aos diagnósticos de enfermagem do requisito universal, além de 19 destas corresponderem ao Sistema Totalmente Compensatório, 12 ao Sistema Parcialmente Compensatório e 27 corresponderem ao Sistema Apoio-Educação. E o total de intervenções validadas na vulnerabilidade programática foram 11 intervenções, sendo 4 direcionadas a atender aos diagnósticos de enfermagem do requisito de desvio de saúde e 7 direcionadas aos diagnósticos de enfermagem do requisito universal, além de 8 destas corresponderem ao Sistema Totalmente Compensatório de ação da enfermagem e 3 ao Sistema Apoio-Educação.

O objetivo deste subconjunto consiste em subsidiar a prática clínica dos enfermeiros que cuidam desta clientela na atenção especializada bem como na atenção básica de saúde, auxiliando o raciocínio clínico e dando suporte ao registro sistemático da assistência de enfermagem na referida área. Além disso, ele tem o propósito de ser referência para o

cuidado à mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids, fortalecer a profissão da Enfermagem enquanto ciência por meio da contribuição junto à sistematização da assistência e gerar visibilidade ao trabalho do enfermeiro através da documentação.

No intuito de que tais objetivos sejam alcançados, recomenda-se que seja adotado pelos enfermeiros nas etapas das consultas de enfermagem. Entretanto, enfatiza-se que este subconjunto não substitui o raciocínio clínico do profissional e não deve alterar o seu processo de tomada de decisão. Logo, é possível que ao assistir a mulher idosa, o enfermeiro identifique elementos individuais e/ou sociais específicos que não tenham sido contemplados pelo presente subconjunto, tornando necessária a realização de alterações pertinentes.

2. Importância para a Enfermagem

As mudanças nas características epidemiológicas do HIV/Aids que vêm marcando a evolução da epidemia ao longo do tempo, tem sido ocasionada por diversos fatores de vulnerabilidade. Os principais processos que têm marcado essas mudanças consistem no envelhecimento e feminização da população acometida pelo HIV/Aids.

O aumento da longevidade, a socialização progressiva da gestão da velhice e as mudanças no padrão sexual dos idosos, ampliaram as oportunidades deles se infectarem pelo HIV (SERRA et al., 2013). Além disso, o acesso universal e gratuito aos procedimentos terapêuticos com consequente aumento da sobrevida e deslocamento da mortalidade para faixas etárias mais velhas, caracterizou o envelhecimento da

epidemia do HIV/Aids (OKUNO et al., 2014). E a feminização se caracteriza como consequência do processo de heterossexualização da epidemia, no qual acontece uma diminuição da razão entre os sexos, com expressiva inserção da mulher no quadro epidemiológico do HIV, inclusive de faixas etárias mais avançadas (NOGUEIRA et al., 2014).

Dentre os fatores envolvidos na vulnerabilização da mulher idosa ao HIV/Aids estão relacionadas condições individuais, sociais e programáticas (AYRES, 2009). No contexto individual da vulnerabilidade, encontram-se os comportamentos de não utilização do preservativo por precária valorização da prevenção da infecção pelo HIV (SERRA et al., 2013; SILVA; OLIVEIRA, 2013); no contexto social, percebe-se a dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro em decorrência da relação de poder entre os gêneros (SANTOS et al., 2014; ROCHA et al., 2013; BEZERRA et al., 2015); e, no programático, observa-se uma baixa visibilidade da sexualidade da mulher idosa como importante eixo de atuação da enfermagem nos serviços e nas políticas de saúde elaboradas neste sentido (GURGEL et al., 2014; LAROQUE et al., 2011).

Diante disso, entende-se a necessidade do planejamento da assistência de enfermagem nos diversos contextos de vulnerabilidades da mulher idosa ao HIV/Aids ao considerar a falta de especificidade nas políticas de saúde, os diversos fatores de vulnerabilidade e a necessidade de assistência de enfermagem sistematizada direcionada a essa população específica.

E os enfermeiros, enquanto profissionais da saúde que necessitam atuar no processo de cuidar dessa clientela, têm seu papel na implementação de políticas públicas, bem como

na assistência ao usuário. Para tanto, necessita de sistemas de classificação da prática profissional que o auxilie na descrição e comunicação das atividades da prática de enfermagem, de modo a caracterizar uma linguagem padronizada. Neste sentido, destaca-se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que favorece a sistematização da assistência de enfermagem em áreas de atuação específicas representadas pelos subconjuntos terminológicos da CIPE®.

Visando o cuidado individualizado de enfermagem às populações específicas, o CIE estimula os enfermeiros a desenvolverem esses subconjuntos terminológicos, que compreendem conjuntos de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, voltados a favorecer uma assistência de enfermagem de qualidade (COENEN; KIM, 2010).

Percebendo que o planejamento e execução das ações de enfermagem devem ser fundamentados, é possível compreender a importância de estruturar a linguagem padronizada cientificamente. Sendo assim, o desenvolvimento do subconjunto terminológico emerge dessa compreensão e norteia a visão crítica e reflexiva do enfermeiro em uma prática clínica estruturada e integral.

Como já referido, este material consiste em um recurso de favorecimento da prática e traz diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem no contexto de vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids, bem como na Teoria Geral do Autocuidado de Orem, que abrange o indivíduo nas suas capacidades de atuação por si mesmo, e posiciona a ação de enfermagem frente as necessidades dele.

Os enfermeiros poderão basear-se nesse subconjunto para implementar ações de educação em saúde e assistenciais em busca da prevenção, promoção e recuperação da saúde da mulher idosa, bem como disporá de meios para identificar as suas necessidades, favorecendo o processo de autocuidado e promovendo eficácia no enfrentamento de adversidades.

3. Inserção da Enfermagem no modelo teórico do estudo

Ao reportar-se ao autocuidado quando refletindo a vulnerabilidade de um indivíduo ao HIV/Aids imediatamente pode ser feita uma associação à adoção de medidas preventivas contra a infecção pelos indivíduos com vida sexualmente ativa. Entretanto, neste contexto, muitos outros fatores, além da necessidade de prevenção, estão envolvidos e influenciando as ações de autocuidado do indivíduo, como, por exemplo, as limitações pessoais, sociais e/ou instrutivas. Fazendo, assim, ser necessário que o autocuidado seja exercido até mesmo em situações de enfrentamento da infecção já quando instalada, de acordo com a identificação de fatores de vulnerabilidade diversos a cada situação.

A teoria do autocuidado de Orem enfoca nas 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).

Para a teórica, 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).

Nesse estudo, o ser humano se refere à mulher idosa vulnerável ao HIV/Aids mediante fatores de vulnerabilidade nos aspectos individuais, sociais e programáticos. Quanto ao meio ambiente, este se refere aos espaços físicos e sociais nos quais a mulher idosa executa com ou sem auxílio do enfermeiro o autocuidado. O conceito de saúde refere-se ao alcance do autocuidado por meio da redução ou eliminação dos fatores de vulnerabilidade da mulher idosa nos aspectos individuais, sociais e programáticos. E o conceito de enfermagem refere-se ao cuidado de enfermagem prestado pelo enfermeiro, incluindo a execução das ações de autocuidado pela mulher idosa quando esta estiver incapacitada para tal, ou para que a mulher idosa execute essas ações de autocuidado com relação ao HIV/Aids.

Três construtos, que consistem em combinações de um ou mais conceitos, estão inter-relacionados para formar a Teoria Geral de Enfermagem de Orem, são eles: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Desta forma, a utilização da teoria para prestação de cuidados de enfermagem deve pôr

em prática esses construtos concomitantemente ou separadamente, relacionando-os com a necessidade de assistência de cada contexto (GEORGE, 2000).

A partir dos construtos acima mencionados, a teoria é composta por alguns conceitos centrais: as capacidades de autocuidado, as ações de autocuidado, as demandas de autocuidado terapêutico, o déficit de autocuidado e a capacitação em enfermagem. Quatro deles direcionados a quem necessita do cuidado de enfermagem e apenas um voltado para o enfermeiro (BRAGA; SILVA, 2011).

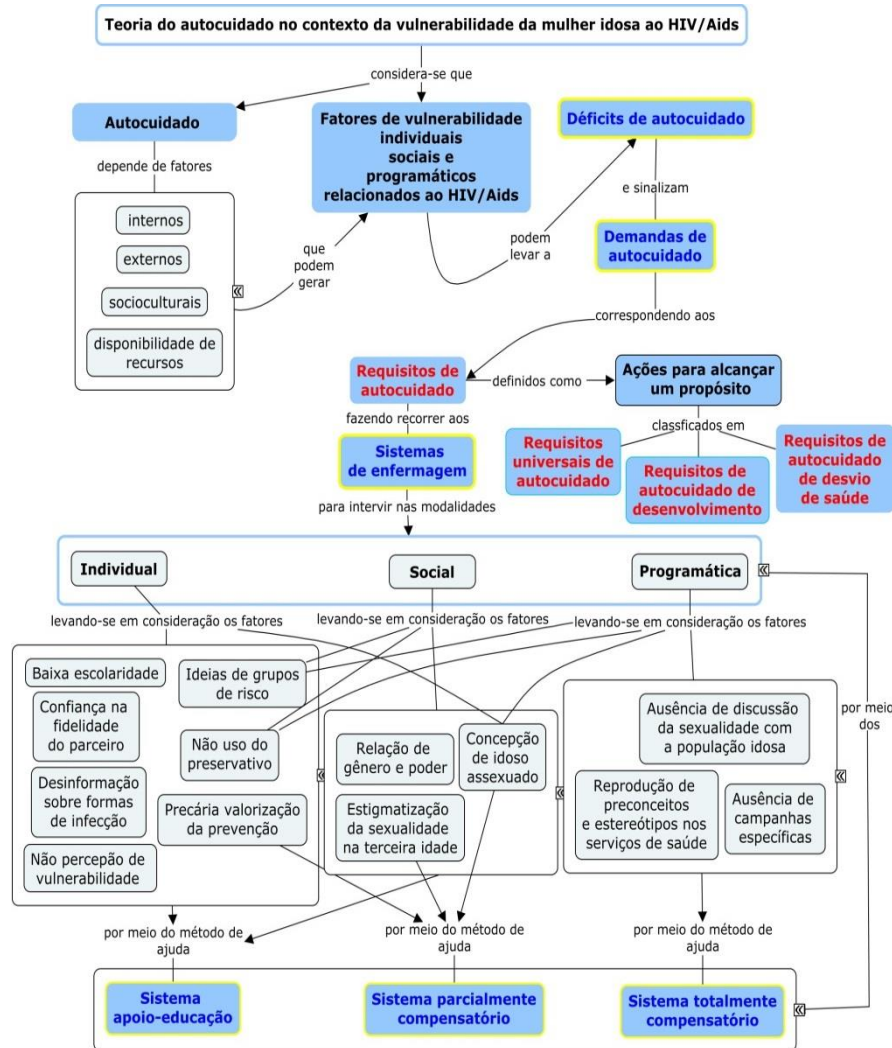
Percebeu-se que identificação de déficits de autocuidado pode direcionar a necessidade de intervenção de enfermagem de modo a ser necessária a utilização da teoria dos sistemas de enfermagem, que, por sua vez, constitui uma ferramenta da prestação do cuidado (BRAGA; SILVA, 2011). Estabelece-se uma relação entre a teoria geral do autocuidado e o contexto de vulnerabilidades ao HIV/Aids por meio das demandas de autocuidado nas diversas modalidades, seja a individual, a social ou a programática.

Essa percepção insere os enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem como identificadores dos déficits no autocuidado, e, assim, aponta para as

demandas de autocuidado, na qual se define a necessidade das intervenções de enfermagem (BARROSO et al., 2010).

As intervenções de enfermagem, por sua vez, dependerão da decisão por autocuidar-se do indivíduo, e a atuação do enfermeiro deve acontecer a partir da incapacidade do indivíduo para executar o autocuidado. A teoria dos sistemas de enfermagem constitui métodos de ajuda e apoio desenvolvidos por enfermeiros no intuito de corresponder às demandas de cuidado do indivíduo, e são classificados em três: o sistema totalmente compensatório (TC), no qual o paciente é incapaz de engajar-se nas ações do autocuidado, devendo ser desenvolvidas pelo enfermeiro; o sistema parcialmente compensatório (PC), onde o enfermeiro e o paciente são responsáveis pela execução do autocuidado; e o sistema apoio-educação (AE), 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).

Figura 1 – Teoria Geral do autocuidado de Orem e o quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres. João Pessoa, 2017.



4. Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids

Quadro 1 – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem classificados no componente individual de vulnerabilidade, nos requisitos de autocuidado e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem. João Pessoa, 2017.

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
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	AE
		2. Estimular estratégias de redução gradual do consumo (especificar)	
		3. Aconselhar adesão à terapia de grupo de apoio	AE
		4. Encaminhar para terapia de suporte de grupo	TC
	2. 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	5. Avaliar fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico	PC
		6. Identificar a condição social da paciente para adaptar orientação ao seu nível de cognição	PC
		7. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
		8. Estimular adesão ao regime medicamentoso	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	parcialmente efetivos.	9. Promover adequação do regime terapêutico à rotina diária da idosa	PC
		10. Estimular participação da família na orientação e administração de medicamentos	AE
	3. Não adesão ao 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.	11. Identificar fatores que dificultam a adesão ao teste diagnóstico	PC
		12. Fornecer informações sobre as consequências de não diagnosticar	AE
		13. Orientar família sobre teste diagnóstico	
	4. 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.	14. Obter dados sobre atitude em relação ao tratamento, avaliando as causas para tal atitude	PC
		15. Estimular atitude positiva por meio da ênfase na melhoria da condição de saúde	AE
		16. Apoiar gerenciamento do plano terapêutico, com orientações sobre a terapia estabelecida	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
		17. Fornecer informações acerca da importância em aderir à terapia prescrita	
		18. Obter dados sobre aceitação da condição de saúde	PC
	5. 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.	19. Fornecer esclarecimentos sobre o contexto de vulnerabilidade	AE
		20. Usar abordagem calma e segura	
		21. Respeitar princípios e valores da idosa	
	6. 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	22. Demonstrar compreensão da condição psicológica e de saúde da idosa	TC
		23. Estimular autopercepção	
		24. Estimular verbalização de sofrimento	
		25. Relatar condição a membro da família	AE
		26. Requerer apoio psicossocial	
			TC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	antissocial e violento, inclusive indiretamente.		
	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.	27. Ensinar sobre medidas de autocuidado para tratamento	AE
		28. Estimular a participação da idosa nas atividades de autocuidado, conforme nível de capacidade	
		29. Incentivar a família e o cuidador para que estimulem o envolvimento da idosa no autocuidado	
		30. Assistência no autocuidado: oferecer medicamento, quando necessário	TC
		31. Assistência no autocuidado: instruir o cuidador para a oferta de medicamento, quando necessário	AE
	8. 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	32. Fornecer informações sobre medidas de autocuidado para prevenção	AE
		33. Orientar quanto aos riscos referentes a não adoção de medidas preventivas	
		34. Estimular compreensão sobre contextos de	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	conhecimento sobre tal necessidade, fazendo com que o profissional de saúde tenha o papel de fornecer informação.	vulnerabilidade a partir do uso de exemplos	
	9. Efeito colateral da medicação presente – 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.	35. Informar sobre os possíveis efeitos colaterais da medicação	AE
		36. Gerenciar efeitos colaterais da medicação	PC
		37. Estimular verbalização de sinais e sintomas incompatíveis com os esperados	AE
		38. 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	AE
		39. Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios	
	10. Processo sexual ineficaz – Ausência ou diminuição na capacidade para participar da relação sexual, caracterizada por relato de abstenção, expressão	40. Esclarecer dúvidas	
		41. Estimular a atividade sexual de	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	de preocupação quanto à própria sexualidade e relato de dificuldade na atividade sexual.	maneira segura	
		42. Investigar relação entre funcionamento sexual e fatores externos	PC
	11. 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.	43. Informar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida da paciente	AE
		44. Informar à paciente das consequências de não tomar ou interromper o medicamento	
		45. Registrar interrupção do regime medicamentoso	TC
		46. Estimular adesão ao regime medicamentoso	AE
		47. Ensinar à paciente o método de administração do medicamento, quando necessário	
		48. Colaborar com cuidador no gerenciamento do regime medicamentoso	PC
		49. Analisar grau de eficácia do regime terapêutico por meio de exames laboratoriais (investigação de TCD4 e carga viral)	TC
	12. Resposta ao tratamento negativa	50. Orientar a respeito da necessidade de	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	– 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.	adesão ao tratamento	
		51. Avaliar com a equipe interprofissional se o tratamento proposto segue adequadamente a sua condição para realizá-lo	TC
		52. Analisar resposta ao tratamento continuamente	TC
		53. Estimular a integração da paciente ao tratamento proposto	AE
		54. Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção	PC
	13. Sintoma de infecção – Evidência subjetiva e/ou clínica e laboratorial (sugestão de Oriana) 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.	55. Analisar resultados de exames laboratoriais junto ao sintoma apresentado	TC
		56. Discutir em equipe interprofissional evidência de infecção	
	14. Autoestima negativa – Avaliação, ou opinião,	57. Encorajar a idosa a identificar e expressar sentimentos	PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	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.	58. Estimular autopercepção comportamental e as suas consequências	AE
		59. Estimular a idosa na aceitação tanto dos sentimentos positivos quanto dos negativos	
		60. Reforçar capacidades e traços positivos	
	15. 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.	61. Encaminhar para terapia de grupo	TC
		62. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos	
		63. Colaborar na identificação das possíveis consequências de cada escolha	
		64. Instruir quanto à disponibilidade de recursos para enfrentamento de problemas por meio de material de aprendizagem	PC
		65. Oferecer informações sobre diagnóstico, prevenção da doença e transmissão do vírus à idosa, família e cuidador	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
Requisito de desenvolvimento	16. 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.	66. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente	PC
		67. Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível	
		68. Promover aprendizagem sobre saúde por meio de folhetos informativos, campanhas educativas e materiais ilustrativos	
	17. 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. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	AE
		70. Avaliar capacidade de aprendizado da cliente	
		71. Facilitar a aprendizagem sobre prevenção pelo uso de linguagem acessível	
		72. Promover aprendizagem sobre prevenção por meio de material educativo	PC
		73. Demonstrar técnica de redução de risco de infecção por DST (colocada e retirada de preservativo masculino e feminino)	

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
		74. 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.	75. Avaliar a capacidade de aprendizado da cliente 76. Promover aprendizagem sobre tratamento por meio de material educativo 77. Facilitar a aprendizagem sobre tratamento pelo uso de linguagem acessível	PC
		78. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	AE
	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.	79. Apoiar tomada de decisão 80. Estimular posicionamento individual quanto às escolhas 81. Instruir sobre as consequências das possíveis decisões 82. Empoderar a idosa para tomar decisões quanto à sua saúde	AE TC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	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.	83. Orientar a idosa sobre práticas sexuais de baixo risco 84. Encorajar a idosa a avaliar seu comportamento sexual 85. Investigar presença de fatores contribuintes 86. Compartilhar conhecimento sobre prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	AE PC
	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 inapropriados ou seguimento inadequado de	87. Avaliar a capacidade de aprendizado e o conhecimento da cliente 88. Aconselhar a paciente a respeito de vulnerabilidade às doenças 89. Explicar sobre processos de adoecimento e práticas saudáveis à idosa, família e comunidade 90. Instruir sobre sinais e sintomas e procedimentos adequados de cuidado à saúde	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	instruções.		
	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.	91. Estimular verbalização de sentimentos 92. Auxiliar a paciente no reconhecimento de seus sentimentos 93. Encaminhar a paciente para serviço especializado	AE PC TC
	23. 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.	94. Aplicar medidas de precaução padrão contra infecção 95. Monitorar sinais e sintomas de infecção 96. Obter dados de conhecimento do indivíduo, família e cuidador sobre infecção cruzada, e dados da suscetibilidade da idosa à infecção cruzada 97. Orientar família, idosa e cuidador sobre prevenção de infecção cruzada	TC PC AE
	24. Medo – Sentimentos negativos frente a	98. Encorajar a paciente a verbalizar o medo e preocupação	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	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.	relativa à vulnerabilidade à doença 99. Proporcionar tranquilidade e conforto 100. Controlar o ambiente para facilitar a confiança 101. Dar informações corretas, usando linguagem simples 102. Apoiar enfrentamento do medo	TC AE
	25. 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 a verbalização sobre o processo de morte 104. Facilitar a obtenção de suporte espiritual 105. Manter ambiente seguro e a voz calma	PC TC
	26. Qualidade de	106. Obter Dados	PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	vida prejudicada – Estado ou condição que reflete uma insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos do indivíduo, de forma a apresentar comprometimento biopsicossocial, caracterizados por insuficiente acesso à educação e à informação e/ou inserção social negativa.	sobre qualidade de vida	
		107. Estimular socialização	AE
		108. Realizar Terapia do Humor (ou do Riso)	TC
		109. Estimular Papel de Lazer	AE
		110. Promover Terapia Recreacional	TC
		111. Orientar idosa sobre saúde e bem-estar pelo serviço de educação em saúde	AE
		112. Estimular apoio familiar	
		113. Minimizar sofrimento	TC
		114. Discutir sobre experiências emocionais com a paciente	PC
		115. Apoiar tomada de decisões	AE
		116. Aumentar socialização e sentimentos de esperança	PC
		117. Encaminhar para terapias	TC
REQUISITO UNIVERSAL	28. Adesão ao regime medicamentoso – Ação iniciada pela própria pessoa para promover recuperação seguindo	118. Orientar quanto às medidas de tratamento necessárias	AE
		119. Elogiar cumprimento do regime	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	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.	medicamentoso	
		120. Aconselhar manutenção da adesão à terapia	AE
		121. Supervisionar periodicamente a busca e o uso da terapia medicamentosa	TC
		122. Analisar evolução de sinais e sintomas de melhora	PC
		123. Promover atmosfera favorável à manutenção da adesão no serviço de promoção da saúde	
		124. Estimular continuidade da adesão a um regime de teste diagnóstico, independente da condição de saúde identificada	AE
		125. Garantir (ou Assegurar) o acesso ao teste diagnóstico na Unidade de Atenção à Saúde	
		30. Crença espiritual	
		126. Ouvir	PC

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	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.	necessidades espirituais do indivíduo	
		127. Investigar o desejo de prática espiritual acessível	TC
		128. Estimular posicionamento espiritual	AE
	31. Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz – Diminuição da capacidade de proporcionar cuidados à própria saúde, incluindo identificação, de prevenção de doenças, promoção de bem-estar e tratamento da saúde, quando necessário, caracterizado por atender às próprias necessidades de saúde.	129. Observar se há prática de saúde sendo executada em conflito com a religiosidade da cliente	TC
		130. Promover espaço e tempo apropriado à prática espiritual e religiosa, quando for possível	
		131. Instruir idosa para cuidar (ou tomar conta) da saúde por meio de material de aprendizagem	
	32. Identidade de gênero ineficaz –	132. Proporcionar informações de prevenção de doenças, tratamento e promoção de bem-estar pelo serviço de educação em saúde	AE
		133. Empoderar idosa para sua necessidade de cuidado	
		134. Estimular percepção de	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	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.	identidade pessoal relacionada ao gênero	
		135. 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 impossibilidade de deixar de agir em benefício do indivíduo.	136. Obter dados sobre Disposição (ou Prontidão) da idosa para desempenhar atividades de cuidado (especificar)	PC
		137. Colaborar com os cuidados (especificar) à idosa	
		138. 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	139. Encorajar papel de prevenção à infecção	AE
		140. Aconselhar prática sexual segura (risco de contrair DST	AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	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.	e HIV/AIDS) 141. Orientar sobre padrões de prevenção	
	35. Relação sexual prejudicada – Processo ineficaz da atividade sexual entre duas pessoas com finalidade de excitação mútua e orgasmo, caracterizado pelo relato de abstenção ou de prejuízo na atividade sexual.	142. Orientar a idosa sobre o impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na sexualidade 143. Analisar a interferência das doenças crônicas e efeitos dos medicamentos em uso sobre a sexualidade	AE
		144. Oferecer apoio psicológico à idosa e seu companheiro	TC
	36. 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	145. Diminuir contato da idosa com fontes de infecção 146. Monitorar sinais e sintomas de infecção	PC
		147. Orientar quanto à adoção de medidas de prevenção contra infecção 148. Orientar família sobre suscetibilidade	TC
			AE

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	de infecção, conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica.	e prevenção da infecção 149. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	PC

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; e TC = Sistema totalmente compensatório.

Quadro 2 – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem classificados no componente social de vulnerabilidade, nos requisitos de autocuidado e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem. João Pessoa, 2017.

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
Requisito 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	TC

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
		morais da idosa	
	2. Risco de violência – Vulnerabilidade a comportamentos de outrem, caracterizada pela demonstração do poder do indivíduo em ser nocivo ao outro, física, emocional ou sexualmente.	6. Orientar familiares da idosa sobre prevenção de violência	AE
		7. Obter dados sobre o risco de violência física, emocional, financeira e sexual	PC
		8. Estimular verbalização de sofrimento de ações violentas	AE
		9. Notificar situação de risco social	TC
	3. 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, quando o mesmo apresenta condições diversas, tais como doença mental, incapacidade física, posicionamento religioso ou comportamental divergentes.	10. Auxiliar psicologicamente para que a idosa possa progredir no enfrentamento do estigma	PC
		11. Orientar comunidade sobre doença	AE
		12. Minimizar estigma inserindo a sociedade no processo de enfrentamento	TC
		13. Apoiar o enfrentamento da discriminação por idade e gênero	AE
		14. Estimular atmosfera social de aceitação dos fatores distintivos por meio da	

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
		educação em saúde	
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 práticas/comportamentos de risco para a infecção, sinais e sintomas de doenças, apresentando informações errôneas, oriundas de um	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	

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	fornecimento insuficiente de informações.		
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. Estimular 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	TC
	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.	27. Encaminhar ao assistente social	
		28. Explicar sobre os direitos da paciente	AE
		29. Prover (proporcionar, fornecer) apoio social	TC
		30. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias	PC
	8. Capacidade prejudicada do cuidador para executar o cuidado – Dificuldade do indivíduo que atende às necessidades de uma	31. Obter dados sobre autocuidado	PC
		32. Estimular capacidade para executar o autocuidado	AE

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	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.	33. Empoderar cuidador para conclusão de atividades necessárias ao cuidado	AE
		34. Auxiliar cuidador no autocuidado	TC
	9. Direitos do indivíduo prejudicados – Não garantia dos direitos humanos da pessoa idosa enquanto membro da sociedade que possui necessidades em 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.	35. Explicar direitos do paciente à idosa, família e comunidade	AE
		36. Estimular processo comunitário eficaz	
	10. Isolamento social – Estado negativo de estabelecimento de barreiras na interação entre a pessoa idosa e a sociedade, percebido como imposta pelos outros ou por	37. Encorajar a socialização pela participação em atividades sociais	PC
		38. Motivar apoio familiar	
		39. Estabelecer	TC

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	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.	relação de confiança com a paciente	AE
		40. Orientar a idosa, família e comunidade sobre sua condição de saúde	
		41. Motivar a autopercepção	
		42. Prover (proporcionar, fornecer) apoio emocional	TC
		43. Realizar Terapia do humor (ou do riso)	
	11. Diversidade cultural presente – 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.	44. Intermediação cultural	TC
		45. Respeitar crença cultural	
		46. Promover aceitação do plano de cuidados	AE
		47. Avaliar aceitação do plano de cuidados	TC
	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	

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/ resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	13. Relacionamento com a família negativo – 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.	50. Avaliar o impacto da situação de vida da paciente sobre papéis e relacionamentos familiares	TC
		51. Orientar sobre processo familiar eficaz	AE
		52. Estimular comunicação familiar eficaz	
		53. Orientar a família sobre papel de unidade familiar	
	14. 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.	54. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde da idosa	
		55. Obter dados sobre os fatores comprometedores do estabelecimento de relações sociais	PC
		56. Discutir as limitações do apoio social com a paciente	
		57. Orientar sobre comunicação efetiva	AE
		58. Estimular papel comunitário	

LEGENDA: AE = Sistema apoio-educação; PC = Sistema parcialmente compensatório; e TC = Sistema totalmente compensatório.

Quadro 3 – Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem classificados no componente programático de vulnerabilidade, nos requisitos de autocuidado e na Teoria dos Sistemas de Enfermagem de Orem. João Pessoa, 2017.

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
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 o uso de medicamentos	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 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 sobre direitos da paciente	AE
		8. Garantir direitos da paciente nos serviços de saúde	TC
		9. Criar uma atmosfera de aceitação isenta de juízos	

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Teoria dos Sistemas de Enfermagem
	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; e TC = Sistema totalmente compensatório

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/Aids tem se tornado uma realidade iminente e tem sinalizado para a importância da organização dos serviços de saúde para a promoção do autocuidado dessa população. A feminização da epidemia tem ganhado destaque na elaboração de políticas públicas de saúde diante da expressão da diminuição da razão entre os sexos, juntamente ao envelhecimento da doença, que se destacam a partir dos dados epidemiológicos atuais. Entretanto, as faixas etárias avançadas de mulheres acometidas ou vulneráveis ao adoecimento pelo HIV/Aids, ainda não possuem propostas de ação contempladas nas políticas de saúde, mesmo sendo reconhecidas como parte importante dentro dos grupos vulneráveis.

Tendo em vista essa reduzida disponibilidade de meios de atuação em prol da promoção da saúde desse grupo populacional e sua vulnerabilidade ao HIV/Aids, estruturou-se uma proposta de subconjunto terminológico da CIPE[®] para a mulher idosa com vulnerabilidade relacionada ao HIV/Aids. As inquietações identificadas na literatura e reafirmadas por algumas experiências práticas sobre a baixa percepção pela Enfermagem da importância de cuidar da mulher idosa como uma mulher em atividade sexual levaram ao desenvolvimento deste subconjunto.

Sua estruturação aconteceu por meio de pesquisas bibliográficas, tendo-se como base as recomendações do CIE, as regras propostas pela ISO 18.104:2014 para denominação dos enunciados diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, utilizando-se a Teoria Geral do Autocuidado de Orem e o quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres como suportes teóricos.

A proposta de subconjunto contemplou 53 diagnósticos/resultados de enfermagem e suas respectivas definições operacionais, classificados no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria geral do autocuidado de Orem de forma que: 36 diagnósticos/resultados de enfermagem inseriram-se na vulnerabilidade individual, sendo 15 no requisito de desvio de saúde do autocuidado, 12 no requisito de desenvolvimento do autocuidado e 9 no requisito universal do autocuidado; 14 diagnósticos/resultados de enfermagem inseriram-se na vulnerabilidade social, sendo 3 no requisito de desvio de saúde, 2 no requisito de

desenvolvimento e 9 no requisito universal; 3 diagnósticos/resultados de enfermagem inseriram-se na vulnerabilidade programática, sendo 1 no requisito de desvio de saúde e 2 no requisito universal do autocuidado.

Um total de 218 intervenções de enfermagem ainda compõe essa proposta de subconjunto terminológico, todas classificadas na teoria dos sistemas de enfermagem para atender aos diagnósticos do quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e dos requisitos da teoria geral do autocuidado de Orem, a saber: 149 intervenções de enfermagem se classificaram na vulnerabilidade individual, sendo 65 no requisito de desvio de saúde, 52 no requisito de desenvolvimento e 32 no requisito universal; 58 classificaram-se na vulnerabilidade social, sendo 14 no requisito de desvio de saúde, 8 no requisito de desenvolvimento e 36 no requisito universal; e 11 intervenções classificaram-se na vulnerabilidade programática, sendo 4 no requisito de desvio de saúde e 7 no requisito universal. Com relação à classificação das intervenções na teoria dos sistemas de enfermagem de Orem, 114 delas classificaram-se no sistema apoio-educação, 62 no sistema totalmente compensatório e 42 no sistema parcialmente compensatório.

O favorecimento do conhecimento científico dos enfermeiros em relação à sexualidade da mulher idosa é capaz de direcioná-los à percepção da vulnerabilidade dessa população a desfechos negativos inerentes ao HIV/Aids. A utilização deste subconjunto terminológico permitirá uma atuação profissional sistematizada e baseada em condições identificáveis, mesmo em contextos mais subjetivos do cuidado, o que dá destaque à necessidade de integralidade no olhar do enfermeiro que assiste essa clientela em específico, quer em ambientes de atenção primária ou atenção especializada.

Percebe-se que a padronização da linguagem aproxima a Enfermagem ao universo do cuidado bem planejado, capaz de levar a planejamento/resultados de enfermagem eficazes. Esse estudo pretende fomentar subsídios para essa prática sistematizada, e instrumentalizar a execução do processo de enfermagem no atendimento à mulher idosa.

Embora o aporte teórico do estudo leve a reflexões acerca da prevenção contra a infecção pelo HIV/Aids, por referir-se à teoria geral do autocuidado, o enfermeiro poderá deparar-se com as condições de vulnerabilidade da mulher idosa em diversas situações de autocuidado, inclusive durante o processo de

enfrentamento da doença, e não só na prevenção do adoecimento pelo vírus. Logo, as mulheres idosas infectadas não devem ser excluídas dos contextos de vulnerabilidade ao HIV/Aids e necessidade de autocuidado, tendo em vista as diversas situações vivenciadas pela idosa com HIV/Aids, sejam individuais, sociais ou programáticas de vulnerabilidade, conforme ganharam destaque nos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem que compõem este subconjunto.

O modelo teórico adotado para estruturação do subconjunto terminológico inseriu os diagnósticos de enfermagem como déficits de autocuidado que direcionam a demandas de autocuidado. Estes déficits nortearam o cuidado a requisitos de autocuidado e estes, por sua vez, direcionam a prática do enfermeiro de acordo com as necessidades da clientela. Essas necessidades podem estar relacionadas à própria capacidade do indivíduo em agir em prol do seu autocuidado, podem depender de ações de ensino-aprendizagem para serem solucionadas, mas também podem depender exclusivamente da ação do enfermeiro/equipe de saúde para que o autocuidado do indivíduo seja alcançado. Sendo assim, os sistemas de enfermagem, como ferramenta de atuação profissional, inserem as intervenções de enfermagem de acordo com a competência dos envolvidos no processo de autocuidado.

Da forma como está estruturado, o subconjunto objetiva integrar mais facilmente a CIPE® em diferentes contextos da prática profissional, além de ser uma ferramenta acessível e de referência para a operacionalização do processo de enfermagem a essa clientela. Além da contribuição para o enfermeiro atuante na assistência especializada e na atenção básica, o subconjunto poderá colaborar com o processo de ensino-aprendizagem acadêmico e de educação permanente, e, ainda, sinalizar a importância do reconhecimento dessa população como sujeitos sociais de direitos sexuais, mesmo que não se insiram mais em condições reprodutivas.

A validação por consenso consistiu em um desafio de pesquisa no tocante à seleção de especialistas, desde o momento de determinação dos critérios para selecioná-los até a fase de conciliar a disponibilidade de cada um deles com a dos demais. A necessidade de adoção de conduta imparcial por parte do pesquisador durante a validação também consistiu em um comportamento desafiador, embora seja possível e tenha sido respeitado no presente estudo.

Pretende-se dar continuidade a este estudo com a conclusão dos componentes necessários a um subconjunto terminológico da CIPE[®], elaborando o tutorial de utilização do subconjunto e do instrumento de aplicação para estudos clínicos. Sugere-se, também, a validação clínica do subconjunto.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, R.A.; CIOSEK, 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.
- ARALDI, L.M.; PELZER, M.T.; GAUTÉRIO-ABREU, D.P.; SAIRON, I.; SANTOS, S.S.C.; 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.O.; MONTEIRO, A.C.S. Qual a perspectiva da pessoa idosa em relação ao HIV/AIDS? **Revista Temática Kairós Gerontologia**; v.14, n.5, p.237-250, dez 2011.
- AYRES, J.R.C.M. 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.
- BARROSO, L.M.M.; BRITO, D.M.S.; GALVÃO, M.T.G.; LOPES, M.V.O. Utilidade da teoria de autocuidado na assistência ao portador do Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paul Enferm**; v.23, n.4, p.562-7, 2010.
- BEZERRA, V.P.; SERRA, M.A.P.; CABRAL, I.P.P.; MOREIRA, M.A.S.P.; ALMEIDA, S.A.; PATRÍCIO, A.C.F.A. Práticas preventivas de idosos e a vulnerabilidade ao HIV. **Rev Gaúcha Enferm**; v.36, n.4, p.70-6, dez 2015.
- BITTENCOURT, G.K.G.D.; MOREIRA, M.A.S.P.; MEIRA, L.C.S.; NÓBREGA, M.M.L.; NOGUEIRA, J.A.; SILVA, A.O. Concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/Aids para construção de diagnóstico de enfermagem. **Rev Bras Enferm**; v.68, n.4, p. 579-85, jul-ago 2015.
- BITTENCOURT, G.K.G.D.; SIQUEIRA, M.C.F.; BESERRA, P.J.F.; NÓBREGA, M.M.L.; NOGUEIRA, J.A.; SILVA, A.O. Mapeamento de diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas no contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids. **Rev enferm UFPE online**; v.9, n.4, p.7364-74, abr 2015.
- BORGES, M.J.L.; SAMPAIO, A.S.; GURGEL, I.G.D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.17, n.1, p.147-156, 2012.
- BRAGA, C.G.; SILVA, J.V. **Teorias de enfermagem**. São Paulo: Iátria; 2011.
- 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, 2014 jul/dez e 2015 jan/jun.
- 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, 2009 jul. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/feminizacao/index.php?q=plano-de-enfrentamento-da-feminiza%C3%A7%C3%A3o>

BURIGO, G.F.; FACHINI, I.H.; GARETTI, B.; STREICHER, C.C.I.; ROSA, R.S. Sexualidade e comportamento de idosos vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis. **CuidArte Enfermagem**; v.9, n.2, p.148-153, jul-dez 2015.

CAETANO, J.A.; PAGLIUCA, L.M.F. Autocuidado e o portador do HIV/Aids: sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Latino-am Enferm**; v.14, n.3, mai/jun. 2006.

CARLSON, J. Consensus validation process: a standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC, and NOC terms for local populations. In: **Paper the International Journal of Nursing Terminologies and Classifications**; v.17, n.1, p. 23-4, 2006.

CARNEIRO, M.S. Sexuality and aids in the elderly. **Rev Enferm UFPI**; v.2, n.3, p.67-72, jul/set. 2013.

COENEN, A.; KIM, T.Y. Development of terminology subsets using ICNP®. **International Journal of Medical Informatics**; v.79, n.7, p.530-8, 2010. Disponível em: <<http://www.intl.elsevierhealth.com/journals/ijmi>>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº. 311/2007. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. [citado 12 Nov 2016]. Disponível em: http://www.ipebj.com.br/docdown/_3aca5.pdf

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº. 195/1997. **Solicitação de exames de rotina e complementares**. [citado 14 jan 2017]. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html>

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

COSTA, F.F.; SILVA, M.A. As ações nacionais de prevenção contra HIV/Aids em idosos. **Estudos**, Goiânia; v.40, n.4, p.367-393, out./dez. 2013.

CRUZ, G.E.C.P.; RAMOS, L.R. Idosos portadores de HIV e vivendo com AIDS no contexto da capacidade funcional. **Acta Paul Enferm**; v.25, n.6, p.981-3, 2012.

CUNHA, G.H.; GALVÃO, M.T.G. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. **Acta Paul Enferm**; v.23, n.4, p.526-32, 2010.

CUNHA, G.H.; GALVÃO, M.T.G. Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/Aids. **Rev RENE**, Fortaleza; v.12, n.4, p.699-708, out/dez 2011.

FARIA, J.O.; SILVA, G.A. Diagnósticos de enfermagem em pessoas com HIV/AIDS: abordagem baseada no modelo conceitual de Horta. **Rev RENE**; v.14, n.2, p.290-300, 2013.

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

FREITAS, E.V.; MIRANDA, R.D.; NERY, M.R. Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global. In: FREITAS, E. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 610-617, 2002.

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. **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): Versão 2015**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

GARCIA, G.S.; LIMA, L.F.; SILVA, J.B.; ANDRADE, L.D.F.; ABRÃO, F.M.S. Vulnerabilidade dos idosos frente ao HIV/AIDS: tendências da produção científica atual no Brasil. **DST - J bras Doenças Sex Transm**; v.24, n.3, p.183-188, 2012.

GARCIA, T.R.; NÓBREGA, M.M.L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev Bras Enferm**; v.66, n.esp, p.142-50, 2013.

GARRAFA, V.; GODOI, A.M.M.; SOARES, S.P. HIV/AIDS and the principle of non-discrimination and non-stigmatization. **Rev Latino-am Bioet**; v.12, p.118-23, 2012.

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

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

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International classification for Nursing Practice - Version 1.0**. Geneva, 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **Guidelines for ICNP Catalogue Development**. Geneva: The Association, 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **International Classification for Nursing Practice: Version 2011**. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses, 2011. Available from:
<http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/translations/icnp_Brazil_Portuguese_translations.pdf>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICN Accredited Centres for ICNP Research & Development**. Geneva: International Council of Nurses, 2013.

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>.

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.

LEAL, M.T. **A CIPE® e a visibilidade da Enfermagem – Mitos e realidades**. Loures-PT: Lusociencia, 2006.

LIMA, G.S.; CAVALCANTE, T.M.C.; ISABELLA, A.P.J.; MAGALHÃES, A.S. Assistência de enfermagem a um paciente infartado portador de HIV, baseada na teoria do autocuidado - relato de caso. **Acta Paul Enferm**; v.20, n.4, p.452-7, 2007.

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

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

MALAGÓN-OVIEDO, R.A.; CZERESNIA, D. The concept of vulnerability and its biosocial nature. **Interface (Botucatu)**; v.19, n.53, p.237-49, 2015.

MASCHIO, M.B.M.; BALBINO, A.P.; SOUZA, P.F.R.; 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**. 2ª ed. Porto Alegre, 2009.

MEDEIROS, A.C.T.; NÓBREGA, M.M.L. Terminological subsets of the International Classification for Nursing Practice - ICNP® for sênior patients: a methodological study. **Online Braz J Nurs**; v.12, suppl., p.590-592, oct 2013.

MEIRA, L.C.S. **Diagnósticos de enfermagem para idosos no contexto de vulnerabilidades ao HIV/Aids** [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2015.

NICHIATA, L.Y.I.; 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.L (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.L.; CUBAS, M.R.; EGRY, E.Y.; NOGUEIRA, L.G.F.; CARVALHO, C.M.G.; ALBUQUERQUE, L.M. Desenvolvimento de sunconjuntos terminológicos da CIPE® no Brasil. In: CUBAS, M.R.; NÓBREGA, M.M.L. **Atenção primária em saúde: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. p.3-24.

NOGUEIRA, J.A.; SILVA, A.O.; SÁ, L.R.; ALMEIDA, S.A.; MONROE, A.A.; VILLA, T.C.S. Síndrome da imunodeficiência adquirida em adultos com 50 anos e mais: características, tendência e difusão espacial do risco. **Rev Latino-Am Enferm**; v.22, n.3, p.355-63, maio-jun 2014.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificação 2015-2017**[NANDA Internacional]. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2015. 468p.

OKUNO, M.F.P.; GOMES, A.C.; MEAZZINI, L.; JÚNIOR, G.S.; JUNIOR, D.B.; BELASCO, A.G.S. 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 Praticce**. 8ª ed. Boston: Mosby, 2006.

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.F.; SILVA, G.S.S.; SILVA, I.C.R. 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.

REY, L. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2003. 950p. illus. ISBN 85-277-0848-5

ROCHA, F.C.V.; FREITAS FILHO, F.C.; MACÊDO JÚNIOR, J.A.; ROSA, Y.R.D. Conhecimento dos idosos sobre HIV/AIDS. **Rev 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.F. **Diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem para idosos com HIV/Aids**: estudo exploratório descritivo [Trabalho de Conclusão de Curso]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2015.

SANTOS, M.C.F.; MEDEIROS, A.C.T.; NÓBREGA, M.M.L.; SILVA, A.O.; BITTENCOURT, G.K.G.D. **Atualização do banco de termos para a prática de enfermagem com mulheres idosas no contexto de vulnerabilidades ao HIV/Aids**. Resumo expandido. In: 12º Simpósio Nacional de Diagnóstico de Enfermagem, 2016, Recife-PE. Anais do 12º SINADEn; 2016.

SERRA, A.; SARDINHA, A.H.L.; LIMA, S.C.V.S.; PEREIRA, A.N.S. 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.

SERRA, A.; SARDINHA, A.H.L.; PEREIRA, A.N.S.; LIMA, S.C.V.S. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. **Saúde em Debate**; v.37, n.97, p.294-304, abr./jun. 2013.

SILVA, L.A.N.; OLIVEIRA, A.A.V. 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.

SILVA, L.M.S.; TAVARES, J.S.C. A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**; v.20, n.4, p.1109-1118, 2015.

SILVEIRA, M.M.; BATISTA, J.S.; COLUSSI, E.L.; WIBELINGER, L.M. Sexualidade e envelhecimento: discussões sobre a AIDS. **Revista Temática Kairós Gerontologia**; v.14, n.5, p.205-220, dez 2011.

SIQUEIRA, M.C.F.; BITTENCOURT, G.K.G.D.; NÓBREGA, M.M.L.; 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.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M.R. **Nursing Theorists and Their Work**. St. Louis, Mo: Mosby, 2002.

UNAIDS/ONUSIDA. **Chegando a zero**. Estratégia do UNAIDS/ONUSIDA 2011-2015. Brasília-DF:UNAIDS, 2010.

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

VILLARINHO, M.V.; PADILHA, M.I.; BERARDINELLI, L.M.M; BORENSTEIN, M.S.; MEIRELLES, B.H.S.; ANDRADE, S.R. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev Bras Enferm**; v.66, n.2, p.271-7, mar-abr 2013.

WALTZ, C.F.; STRICKLAND, O.L.; LENZ. **Measurement in Nursing and Health research**. 3rd ed. New York: Springer Publishing Company; 2005.

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada(o) Colega,

Esta pesquisa intitula-se **PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO DE VULNERABILIDADES AO HIV/AIDS**, vinculada ao projeto de pesquisa Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem para a mulher idosa no contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids aprovado em Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba, e está sendo realizada por Márcia Cristina de Figueiredo Santos, aluna do curso de Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf/UFPB) e Bolsista pela CAPES, orientada pela Prof.^a Dr.^a Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt.

A finalidade da pesquisa é estruturar uma proposta de subconjunto terminológico da CIPE® para mulheres idosas no contexto de vulnerabilidades ao HIV/Aids com base na Teoria do Déficit de autocuidado de Orem e no Quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres. A necessidade do planejamento da assistência de enfermagem no contexto de vulnerabilidades da mulher idosa ao HIV/Aids, considerando a falta de especificidade nas políticas de saúde, os fatores de vulnerabilidade identificados na mulher idosa com relação à infecção pelo HIV e a necessidade de assistência de enfermagem sistematizada direcionada a essa população específica, justificam a relevância do desenvolvimento desse estudo.

Solicitamos sua ajuda para avaliar a classificação dos diagnósticos/resultados e intervenções na Teoria do Déficit de Autocuidado e no quadro conceitual de vulnerabilidade, a utilidade destes na prática profissional e as definições operacionais dos diagnósticos/resultados de enfermagem para mulheres idosas no contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids. Para isto, leia-os através do instrumento e durante as sessões de validação por consenso, discuta-os com os demais especialistas sobre sua avaliação até que se atinja um consenso de concordância ou discordância sobre cada variável referente aos diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde, entretanto poderá vir a oferecer riscos previsíveis no que concerne há algum possível constrangimento ou mal-estar gerados durante a coleta de dados, o que poderá ser minimizado por parte do pesquisador líder do grupo de validação por consenso por meio da exigência de respeito coletivo ao seu posicionamento individual. Será respeitada ainda a sua vontade em continuar ou não a participar do estudo.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

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

Diante do exposto, eu _____, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa **PROPOSTA DE SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CIPE® PARA MULHERES IDOSAS NO CONTEXTO DE VULNERABILIDADES AO HIV/AIDS**; e para que a pesquisadora apresente os seus resultados em eventos científicos e/ou os publiquem em periódicos da área.

João Pessoa, ____ de _____ 2016.

Assinatura do(a) Participante da Pesquisa

Endereço das pesquisadoras (Setor de trabalho):

Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, João Pessoa/PB, Brasil.

Contato: 3216-7109

E-mail: marciacs@hotmail.com/ greicykel@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: eticaccsufpb@hotmail.com

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável

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 B - Instrumento de validação dos enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem

Prezado participante/colaborador,

Na tabela abaixo, apresentam-se os diagnósticos/resultados de enfermagem (DE/RE) para a mulher idosa no contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids classificados de acordo com o quadro conceitual de vulnerabilidade e com a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem acompanhados de suas definições operacionais.

Solicito sua avaliação quanto sua:

1. Concordância quanto à classificação dos DE/RE no quadro conceitual de vulnerabilidade e nos Requisitos de autocuidado;
2. Concordância quanto à utilidade dos DE/RE na sua prática profissional;
3. Concordância quanto às definições operacionais construídas para cada um deles.

- No espaço destinado à **Classificação**, você marcará **C** quando **Concordar** com a classificação do DE/RE em ambos os referenciais teóricos ou marcará **NC** quando **Não Concordar**.

- No espaço destinado à **Utilidade**, você marcará **C** quando **Concordar** com a utilidade na prática profissional do DE/RE ou marcará **NC** quando **Não Concordar**.

- No espaço destinado à **Definição**, você marcará **C** quando **Concordar** com a definição operacional construída para o DE/RE ou marcará **NC** quando **Não Concordar**.

Nos casos em que houver discordância referente a qualquer variável, sinta-se à vontade para acrescentar sugestões.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM COM BASE NO COMPONENTE INDIVIDUAL DE VULNERABILIDADE E NOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE OREM

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL		Concordância		
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definição	Classificação	Utilidade
REQUISITO DE DESVIO DE SAÚDE Ações que precisam ser tomadas em relação a: - Defeitos genéticos e constitucionais, desvios estruturais e funcionais humanos e os seus efeitos e as medidas de diagnóstico e tratamento. - Pessoas que estão doentes ou feridas; - Formas específicas de patologia, incluindo defeitos e deficiências. - Exposição a agentes físicos ou biológicos ou condições ambientais específicas; - Efeitos e resultados de condições patológicas e estados; - Medidas medicamentosas prescritas e medidas dirigidas para a prevenção de tipos específicos de patologia; - Efeitos desconfortáveis ou deletérios de medidas de cuidados médicos prescritos; - Auto-conceito e auto-imagem em aceitar a si mesmo como estando em um estado particular de saúde; - Aprender a viver com os efeitos das condições e	1. Abuso de álcool (ou Alcoolismo) Definição: Exagero no consumo de bebidas alcoólicas. Caracterizado por comportamentos sugestivos de embriaguez ou abstinência, e/ou relato de uso por parte do paciente ou de familiares.			
	2. Não adesão ao regime medicamentoso Definição: Comportamento do indivíduo que não coincide com o plano terapêutico 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.			
	3. Não adesão ao regime de teste diagnóstico Definição: Comportamento do indivíduo que não coincide com o			

estados patológicos e os efeitos das medidas de diagnóstico e tratamento.	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.			
	4. Atitude em relação ao tratamento, Conflituosa Definição: Opinião mental 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.			
	5. Atitude em relação à condição de saúde, Negativa Definição: Opinião mental 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.			
	6. Déficit de autocuidado para tratamento Definição: 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.			
	7. Déficit de autocuidado para prevenção Definição: 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.			
	8. Efeito colateral da medicação, Presente Definição: 1- Complicação de natureza previsível que resulta do uso intencional das preparações farmacêuticas. Caracterizado pela observação/detecção de			

	sintomatologia acompanhante àquela primária desejada. 2- Fenômeno fisiológico de resposta corporal à medicação, paralelo ao efeito desejado da medicação utilizada. Caracterizado pelo aparecimento de efeitos secundários indesejados que representam um resultado negativo associado ao resultado ideal.			
	9. Processo sexual, Ineficaz Definição: Ausência ou diminuição na capacidade para participar da relação sexual. Caracterizado pela expressão de preocupação quanto à própria sexualidade e relato de dificuldade na atividade sexual.			
	10. Regime medicamentoso, Interrompido Definição: Regime de medicações prescritas interrompido por não cooperação do paciente na duração, dosagem e/ou frequência do uso dos remédios. Caracterizado por ineficácia do regime terapêutico iniciado.			
	11. Resposta ao tratamento, Negativa Definição: 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.			
	12. Sintoma de infecção, Presente Definição: Evidência subjetiva e/ou 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.			
	13. Autoestima, Negativa Definição: Avaliação, opinião, ou sentimentos negativos sobre si mesmo e sobre seus valores e capacidades. Caracterizado por verbalização de crenças negativas sobre si mesmo, de falta de confiança em si mesmo e de			

	imagens negativas, com dificuldade para aceitação de elogios, encorajamento e de críticas construtivas.			
	14. Enfrentamento, Ineficaz Definição: Incapacidade de gerenciar o estresse, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis. Caracterizado por comportamento destrutivo em relação a si mesmo, habilidades insuficientes para a resolução de problemas e incapacidade de lidar com a situação.			
REQUISITO DE DESENVOLVIMENTO Ações que precisam ser executadas em relação aos: - Processos humanos de desenvolvimento; - Eventos que podem afetar negativamente o desenvolvimento (evitando a ocorrência ou superando-os): Privação educacional; Problema de adaptação social; Falhas de individuação saudável; Perda de parentes; Perda de bens e de segurança no trabalho; Mudança abrupta de residência; Problemas associados a status; Falta de saúde ou deficiência; Condições opressivas de vida; Doença terminal; Morte iminente. - Requisitos de autocuidado universais particularizadas para cada estágio de desenvolvimento da vida.	15. Aprendizagem sobre saúde, Prejudicada Definição: Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou competências relacionadas à saúde. Caracterizada pelo não alcance de resultados positivos à saúde, devido à falta de instrução, prática, treino e/ou de experiência, de modo que não há mudanças no comportamento de saúde.			
	16. Aprendizagem sobre prevenção, Prejudicada Definição: Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou habilidade relacionada à prevenção de doenças. Caracterizada pela não adoção de medidas preventivas, devido à falta de estudo, instrução e/ou de experiência.			
	17. Aprendizagem sobre tratamento, Prejudicada Definição: Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou competências relacionadas ao tratamento. Caracterizada pela não efetivação das medidas de tratamento devido à falta de instrução, prática, treino e/ou de experiência, de modo que não há mudanças consideráveis no estado de saúde.			
	18. Autonomia para prevenção, Ausente Definição: Ausência do direito do cliente ser independente ou autodirecionado, especialmente em			

	relação à adoção de medidas de prevenção. Caracterizado pela impossibilidade do indivíduo decidir, por imposição de outro ou por desigualdade de poder, sobre o que lhe convém adotar como medida preventiva de doenças ou não.			
	19. Autonomia para tomada de decisão, Ausente Definição: Ausência do direito do cliente ser independente ou autodirecionado, especialmente em relação à tomada de decisões. Caracterizado pela impossibilidade do indivíduo decidir sobre o que lhe convém ou não.			
	20. Comportamento sexual, Prejudicado Definição: Capacidade prejudicada de modificar comportamentos sexuais que comprometem o estado de saúde. Caracterizado por falha em agir de forma a prevenir problemas de saúde.			
	21. Conhecimento em saúde, Ausente Definição: Ausência ou deficiência de informação cognitiva (consciência) relacionada à saúde, práticas saudáveis, sinais e sintomas de doenças e serviços de saúde disponíveis. Caracterizado por apresentação de informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações, com interesse insuficiente em aprender, comportamentos inapropriados ou seguimento inadequado de instruções.			
	22. Conhecimento sobre comportamento sexual, Prejudicado Definição: Ausência ou deficiência de informação cognitiva (consciência) relacionada a condutas sexuais intencionais. Caracterizado por incapacidade de reconhecer e traduzir informações sobre comportamento sexual, bem como executá-las, gerando falha nas ações preventivas de saúde.			
	23. Emoção, Negativa			

	Definição: Sentimentos conscientes ou subconscientes, dolorosos fisicamente ou psicologicamente, que podem aumentar com estresse ou doença, ou se desenvolver a partir destes. Caracterizada pela expressão ou percepção de sentimentos negativos.			
	24. Potencial para risco de infecção cruzada Definição: Probabilidade de ocorrência de um novo processo patológico por invasão do corpo por microrganismos patogênicos que originam doenças associadas a infecções primárias. Caracterizada pelo relato de possível exposição à infecção secundária.			
	25. Risco de infecção cruzada Definição: Possibilidade de novo processo patológico por invasão do corpo por microrganismos patogênicos que originam doenças associadas a infecções primárias. Caracterizado por sintomatologia clínica de infecção, tal como febre e secreções purulentas associadas à infecção anterior.			
	26. Medo Definição: Sentimentos de resposta afetiva à ameaça percebida e conscientemente reconhecida como perigo devido alguma causa, acompanhada às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga. Caracterizado pela preocupação excessiva com determinado fato ou com determinada possibilidade, que pode desaparecer com o fim da situação ameaçadora.			
	27. Medo da morte Definição: Sensação desagradável de ameaça real, hipotética 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 esquiva, foco direcionado sempre para a fonte do medo, podendo causar comprometimentos nas reações fisiológicas.			
	28. Qualidade de vida, Prejudicada			

	Definição: Estado ou condição que reflete uma insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos do indivíduo, de forma a comprometer o grau de saúde física e mental, o bem-estar, a satisfação e o relacionamento social do mesmo. Caracterizada por má situação econômica, insuficiente acesso a educação e informação e/ou inserção social negativa, fazendo com que o indivíduo se sinta incompetente para atuar física, emocional e socialmente.			
	29. Sofrimento Definição: Resposta moral de emoção negativa. Caracterizado por sentimentos prolongados de grande tristeza e/ou angústia, associados a martírio e à necessidade de tolerar condições devastadoras, tais como sintomas físicos crônicos, estresse psicológico crônico, má reputação ou injustiça.			
REQUISITO UNIVERSAL Ações que precisam ser executadas para: - Manter processos de vida, integridade da estrutura humana, função e bem-estar geral; - Manter requisitos "comuns a todos os seres humanos, ajustados para idade, estado de desenvolvimento e ambientais"; - Manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e alimentos; - Cuidados com eliminação e fezes; - Manutenção de um equilíbrio entre atividade e repouso e entre solidão e interação social; - Prevenção de riscos, funcionamento e bem-estar; - Promoção do funcionamento e desenvolvimento dentro dos grupos sociais.	30. Adesão ao regime medicamentoso Definição: Ação iniciada pela própria pessoa para promover recuperação seguindo as orientações sem se desviar, aderindo a um quadro de ações e comportamentos em concordância com o regime terapêutico. Caracterizada pela motivação pessoal de buscar medicamentos na data devida, tomar remédios conforme orientação e modificar comportamentos errôneos, com consequente apresentação de sinais de melhora.			
	31. Adesão ao teste diagnóstico Definição: Ação iniciada 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.			

	32. Crença espiritual, Conflituosa Definição: Convicção pessoal prejudicada com relação a um poder maior que si mesmo, capaz de invadir, integrar e transcender a natureza biológica e psicossocial do indivíduo. Caracterizado pela indisposição deste em manter e/ou abandonar ações influenciadas pelos princípios espirituais de vida.			
	33. Cuidar (ou Tomar Conta) da saúde, Ineficaz Definição: Redução 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.			
	34. Cuidar (ou Tomar Conta) do corpo, Ineficaz Definição: Redução da capacidade de proporcionar cuidados à própria estrutura corporal, incluindo prevenção de doenças, promoção de bem-estar e tratamento, quando necessário. Caracterizado por atender às próprias necessidades de cuidado com a estrutura corporal.			
	35. Identidade de gênero, Ineficaz Definição: Composto de ideias, sentimentos e atitudes negativos sobre o sentido pessoal interiorizado de masculinidade ou feminilidade. Caracterizado por confusão em relação a valores ideológicos, descrição de si mesmo por ideias inapropriadas, sensação de estranhamento, e sentimentos oscilantes sobre seu gênero.			
	36. Necessidade de cuidado, Presente Definição: Condição de demandar ações básicas ou menos prioritárias, cujo desempenho normal leve à satisfação física e emocional. Caracterizada pela evidência de impossibilidade de deixar de agir em benefício do indivíduo.			
	37. Papel de prevenção, Ineficaz Definição: 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. Caracterizado por relato ou identificação de não desempenho das responsabilidades com medidas preventivas de acordo com normas.			
	38. Processo de tomada de decisão, Prejudicado Definição: Incerteza sobre o curso de uma ação a ser tomada por falta de informações relevantes, desconhecimento das consequências potenciais de cada escolha e/ou ausência de recursos. Caracterizado por atraso na tomada de decisão, questiona as próprias crenças ao tentar tomar decisão, expressão de sofrimento ao escolher.			
	39. Relação sexual, Prejudicada Definição: Processo ineficaz da atividade sexual entre duas pessoas com finalidade de excitação mútua e orgasmo. Caracterizada pelo relato de abstenção ou de comprometimento da atividade sexual.			
	40. Risco de exposição a contágio Definição: Vulnerabilidade ao contato com contaminantes ambientais em doses suficientes para causar efeitos adversos à saúde. Caracterizado pela não adoção de medidas preventivas, com identificação de efeitos de exposição a agentes biológicos no corpo humano ou no relato do indivíduo.			
	41. Risco de infecção Definição: Vulnerabilidade à invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se multiplicam, podendo comprometer a saúde. Caracterizado pelos fatores de risco, tais como evidência de contato com fontes de infecção, conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica.			

	42. Saúde, Prejudicada Definição: Processo prejudicado de adaptação ao ambiente, de modo a não satisfazer as necessidades do indivíduo e impedir o alcance do seu potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social. Podendo ser caracterizado pela presença de um ou mais problemas de saúde ou fatores que aumentam o risco desses problemas.			
--	---	--	--	--

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM COM BASE NO COMPONENTE SOCIAL DE VULNERABILIDADE E NOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE OREM

VULNERABILIDADE SOCIAL		Concordância		
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definição	Classificação	Utilidade
REQUISITO DE DESVIO DE SAÚDE Ações que precisam ser tomadas em relação a: - Defeitos genéticos e constitucionais, desvios estruturais e funcionais humanos e os seus efeitos e as medidas de diagnóstico e tratamento. - Pessoas que estão doentes ou feridas; - Formas específicas de patologia, incluindo defeitos e deficiências. - Exposição a agentes físicos ou biológicos ou condições ambientais específicas; - Efeitos e resultados de condições patológicas e estados; - Medidas medicamentosas prescritas e medidas dirigidas para a prevenção de tipos específicos de patologia; - Efeitos desconfortáveis ou deletérios de medidas de cuidados médicos prescritos; - Auto-conceito e auto-imagem em aceitar a si mesmo como estando em um estado particular de saúde; - Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e os efeitos das medidas de diagnóstico e tratamento.	1. Angústia moral Definição: Emoção negativa definida por conflito de decisões não físicas nem materiais em relação a funções que são previstas ao indivíduo. Caracterizado por expressão de sentimentos como tristeza e aflição.			
	2. Violência (especificar), Presente Definição: Comportamento agressivo, onde são tomadas ações inapropriadas e injustificadas de força e poder, ou culturalmente proibidas, com o propósito de lesar ou causar dano, maltratar ou atacar. Caracterizada por ataque violento, abusivo e ilegal a outro, de forma psicológica, física ou financeira, com padrão de comportamento antissocial e violento, inclusive indiretamente.			
	3. Risco de violência Definição: Vulnerabilidade a comportamentos de outrem, onde um indivíduo demonstra poder ser nocivo ao outro, física, emocional ou sexualmente.			
	4. Estigma Definição: Crença prejudicada em relação ao outro, devido a um fator distintivo entre os sujeitos. Caracterizada pela prática de associar descrédito ou vergonha a outro, quando o mesmo apresenta doenças diversas, tais como doença mental, incapacidade física, religiosa			

	ou comportamental.			
	5. Lesão física decorrente de abuso (especificar) Definição: Trauma físico ocasionado por condições abusivas que podem comprometer a saúde. Caracterizada por identificação visual da lesão após o relato de sofrimento de abuso.			
REQUISITO DE DESENVOLVIMENTO Ações que precisam ser executadas em relação aos: - Processos humanos de desenvolvimento; - Eventos que podem afetar negativamente o desenvolvimento (evitando a ocorrência ou superando-os): Privação educacional; Problema de adaptação social; Falhas de individuação saudável; Perda de parentes; Perda de bens e de segurança no trabalho; Mudança abrupta de residência; Problemas associados a status; Falta de saúde ou deficiência; Condições opressivas de vida; Doença terminal; Morte iminente. - Requisitos de autocuidado universais particularizadas para cada estágio de desenvolvimento da vida.	6. Abuso à idosa (especificar) Definição: 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 idosa, como membro da família ou funcionários de instituição.			
	7. Acesso a conhecimento em saúde, Prejudicado Definição: Potencialidade prejudicada para oferecer informação ao indivíduo que tenha dificuldade em utilizar a consciência sobre problemas comuns de saúde, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis. Caracterizado pela incapacidade do indivíduo em reconhecer sinais e sintomas de doenças, apresentando informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações.			
	8. Condição financeira, Negativa Definição: Situação, estado ou circunstância negativa de um indivíduo em relação a fatores socioeconômicos. Caracterizada por insuficiência de dinheiro recebido periodicamente pelo trabalho, como meio de prover estabilidade, segurança e satisfação de necessidades básicas.			
	9. Discriminação por idade, Presente Definição: Parcialidade ou preconceito baseado na idade, gerando tratamento diferenciado e acesso desigual à participação social ou a oportunidades. Caracterizada por comportamento excludente e tendenciosamente discriminatório com o outro em detrimento da sua			

	idade avançada.			
	10. Renda familiar, Inadequada Definição: Capacidade prejudicada de cuidar da equivalência do recurso oriundo dos salários e outras fontes de dinheiro, agendados para a manutenção de despesas familiares. Caracterizada por inadequado rendimento financeiro dos membros da família para satisfazer necessidades básicas do grupo familiar.			
REQUISITO UNIVERSAL Ações que precisam ser executadas para: - Manter processos de vida, integridade da estrutura humana, função e bem-estar geral; - Manter requisitos "comuns a todos os seres humanos, ajustados para idade, estado de desenvolvimento e ambientais"; - Manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e alimentos; - Cuidados com eliminação e fezes; - Manutenção de um equilíbrio entre atividade e repouso e entre solidão e interação social; - Prevenção de riscos, funcionamento e bem-estar; - Promoção do funcionamento e desenvolvimento dentro dos grupos sociais.	11. Apoio familiar, Ausente Definição: Ausência ou desorganização de ajuda social ou psicológica desempenhada pela família para que o indivíduo possa progredir e evitar que falhe com relação aos cuidados de saúde e enfrentamento de doenças, podendo levar à resolução ineficaz de problemas e a conflitos familiares e individuais.			
	12. Apoio social, Ineficaz Definição: Falha de sistemas de suporte na sociedade que proporcionem assistência e encorajamento para os indivíduos superarem problemas. Caracterizado por ausência de inserção efetiva em atividades sociais ou ausência de acesso aos sistemas de suporte social.			
	13. Capacidade do Cuidador para Executar o Cuidado, Prejudicada Definição: Dificuldade do indivíduo que atende às necessidades de um dependente em realizar, acompanhar e concluir as atividades necessárias à prestação de cuidados, podendo ser evidenciada na demonstração de frustração, apreensão quanto à saúde do receptor de cuidados, impaciência e vacilação emocional por parte do cuidador.			
	14. Isolamento social Definição: Estado negativo de estabelecimento de barreiras na interação entre o indivíduo e a sociedade, percebida como imposta pelos outros ou por escolha do indivíduo, onde há uma quantidade insuficiente ou uma qualidade			

	ineficaz de troca social. Caracterizado pelo desejo de estar sozinho, por sentir-se diferente dos outros, pela insegurança em público, pela insatisfação do indivíduo com o envolvimento social e/ou pelo relato familiar de mudança na interação.			
	15. Risco de dignidade prejudicada Definição: Potencial de não garantia do direito do paciente em receber assistência digna. Caracterizado por possibilidade de sofrimento de desonraria e desrespeito.			
	16. Dignidade, Prejudicada Definição: Ausência do direito do paciente. Caracterizada por sofrimento de desonraria e desrespeito.			
	17. Discriminação de gênero, Presente Definição: Parcialidade ou preconceito baseado no gênero, gerando tratamento diferenciado e acesso desigual à participação social ou a oportunidades. Caracterizada por comportamento excludente e tendenciosamente discriminatório com o outro em detrimento de seu sexo.			
	18. Diversidade cultural, Presente Definição: Coexistência de diferentes grupos que possuem suas próprias crenças, valores, tradições e comportamentos em uma mesma unidade social. Caracterizada por fatores diferenciais evidenciados na aceitação ou não de condutas de prevenção e/ou tratamento.			
	19. Papel de gênero, Ineficaz Definição: 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.			
	20. Relacionamento com a família, Negativo Definição: Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações comportamentais, psicológicas e sociais entre o indivíduo e os demais membros da família nuclear e			

	estendida para interagir e atender necessidades recíprocas.			
	21. Relacionamento com a comunidade, Negativo Definição: Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações sociais entre o indivíduo e a sua unidade social, com quem compartilha área geográfica, condições ou interesses, para interagir e atender necessidades recíprocas.			

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM COM BASE NO COMPONENTE PROGRAMÁTICO DE VULNERABILIDADE E NOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE OREM

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA		Concordância		
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Definição	Classificação	Utilidade
REQUISITO DE DESVIO DE SAÚDE Ações que precisam ser tomadas em relação a: - Defeitos genéticos e constitucionais, desvios estruturais e funcionais humanos e os seus efeitos e as medidas de diagnóstico e tratamento. - Pessoas que estão doentes ou feridas; - Formas específicas de patologia, incluindo defeitos e deficiências. - Exposição a agentes físicos ou biológicos ou condições ambientais específicas; - Efeitos e resultados de condições patológicas e estados; - Medidas medicamentosas prescritas e medidas dirigidas para a prevenção	1. Acesso a tratamento, Prejudicado Definição: Potencialidade prejudicada para utilizar medicações prescritas e adotar condutas de cuidado, caracterizada por dificuldades geográficas, de transporte, financeiras, e de disponibilidade nos serviços de saúde.			
	2. Alta incidência de doenças Definição: Elevação da taxa relativa de indivíduos com determinada doença. Caracterizada por alto número estimado de casos de dada doença em determinada população.			
	3. Falta de controle do sintoma Definição: Ausência na condição de exercer influência sobre o sintoma. Caracterizada pela não redução de manifestações clínicas objetivas (mensuráveis) e subjetivas (relatadas).			
	4. Taxa de mortalidade, Alta Definição: Alto índice de mortes notificadas em uma população.			

de tipos específicos de patologia; - Efeitos desconfortáveis ou deletérios de medidas de cuidados médicos prescritos; - Auto-conceito e auto-imagem em aceitar a si mesmo como estando em um estado particular de saúde; - Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e os efeitos das medidas de diagnóstico e tratamento.				
REQUISITO UNIVERSAL Ações que precisam ser executadas para: - Manter processos de vida, integridade da estrutura humana, função e bem-estar geral; - Manter requisitos "comuns a todos os seres humanos, ajustados para idade, estado de desenvolvimento e ambientais"; - Manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e alimentos; - Cuidados com eliminação e fezes; - Manutenção de um equilíbrio entre atividade e repouso e entre solidão e interação social; - Prevenção de riscos, funcionamento e bem-estar; - Promoção do funcionamento e desenvolvimento dentro dos grupos sociais.	5. Confidencialidade relacionada ao diagnóstico e resultado, Prejudicada Definição: Ineficiência de privacidade de informação e proteção contra revelação não autorizada. Caracterizada pela comunicação não secreta, sem respeito à ordem de sigilo.			
	6. Direitos do paciente, Prejudicados Definição: Não garantia dos direitos humanos do indivíduo enquanto paciente sob os cuidados em saúde. Caracterizado por descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais oferecidos pelos serviços de saúde.			
	7. Política de saúde, Parcial Definição: 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 toda a população alvo das ações propostas.			

Sugestões:

Apêndice C – Instrumento de validação dos enunciados de intervenções de enfermagem

Prezado participante/colaborador,

Nesta segunda etapa da validação por consenso, serão validadas as intervenções de enfermagem construídas para cada diagnóstico/resultados de enfermagem para a mulher idosa no contexto de vulnerabilidade ao HIV/Aids validado na etapa anterior. Tais intervenções constam na tabela abaixo, e apresentam-se classificadas de acordo com a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, mais precisamente nos Sistemas de Enfermagem.

Solicito sua avaliação quanto à:

1. Concordância quanto à classificação das Intervenções de enfermagem nos Sistemas de Enfermagem;
2. Concordância quanto à utilidade das Intervenções de enfermagem construídas para a prática profissional.

- No espaço destinado à **Classificação**, você marcará **C** quando **Concordar** com a classificação das Intervenções de enfermagem no Sistema de Enfermagem ou marcará **NC** quando **Não Concordar**.

- No espaço destinado à **Utilidade**, você marcará **C** quando **Concordar** com a utilidade na prática profissional das Intervenções de enfermagem ou marcará **NC** quando **Não Concordar**.

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM BASE NO COMPONENTE INDIVIDUAL DE VULNERABILIDADE E NOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE OREM

VULNERABILIDADE INDIVIDUAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Concordância
REQUISITO DE DESVIO DE SAÚDE	2. Abuso de álcool (ou Alcoolismo) Definição: Exagero no consumo de bebidas alcoólicas. Caracterizado por comportamentos sugestivos de embriaguez ou abstinência, e/ou relato de uso por parte do paciente ou de familiares.	1. Aconselhar adesão à terapia de grupo de apoio	
		2. Encaminhar para terapia de suporte de grupo	
		3. Orientar quanto aos riscos do abuso de álcool	
		4. Estimular estratégias de redução gradual do consumo	
	43. Não adesão ao regime medicamentoso Definição: Comportamento do indivíduo que não coincide com o plano terapêutico 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.	5. Avaliar fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico	
		6. Promover adequação do regime terapêutico à rotina diária da idosa	
		7. Identificar a condição social do paciente para adaptar orientação ao seu nível de cognição	
		8. Estimular adesão ao regime medicamentoso	
		9. Estimular participação da família na orientação e administração de	

		medicamentos	
		10. Determinar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida do paciente	
	44. Não adesão ao teste diagnóstico Definição: 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.	11. Orientar família sobre teste diagnóstico	
		12. Fornecer informações sobre as consequências de não diagnosticar	
		13. Promover dia específico de rastreamento diagnóstico coletivo para redução do estigma	
		14. Identificar fatores que dificultam a adesão ao teste diagnóstico	
	45. Atitude em relação ao tratamento, Conflituosa Definição: Opinião mental 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.	15. Obter dados sobre atitude em relação ao tratamento, avaliando as causas para tal atitude	
		16. Apoiar estado psicológico	
		17. Estimular atitude positiva por meio da ênfase na melhoria da condição de saúde	
		18. Promover capacidade de gerenciar o plano terapêutico, com orientações sobre a terapia estabelecida	
		19. Fornecer informações acerca da importância em aderir à terapia prescrita	
	46. Atitude em relação à condição de saúde, Negativa Definição: Opinião mental 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.	20. Obter Dados sobre Aceitação da Condição de Saúde	
		21. Apoiar estado psicológico	
		22. Fornecer esclarecimentos sobre o contexto de vulnerabilidade	
		23. Minimizar sentimentos de culpa	
		24. Estimular aceitação da condição de saúde	
	47. Déficit de autocuidado para tratamento	25. Ensinar sobre medidas de	

Definição: 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.	autocuidado para tratamento	
	26. Estimular a participação do indivíduo nas atividades de autocuidado, conforme nível de capacidade	
	27. Incentivar a família e o cuidador a estimular o envolvimento do indivíduo no autocuidado	
	28. Assistência no autocuidado: oferecer medicamento, quando necessário	
	29. Assistência no autocuidado: instruir o cuidador para a oferta de medicamento, quando necessário	
48. Déficit de autocuidado para prevenção Definição: 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.	30. Fornecer informações sobre medidas de autocuidado para prevenção	
	31. Orientar quanto aos riscos referentes a não adoção de medidas preventivas	
	32. Estimular consciência de vulnerabilidade	
49. Efeito colateral da medicação, Presente Definição: 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.	33. Gerenciar efeitos da medicação, para intervir sobre os efeitos colaterais	
	34. Informar sobre os possíveis efeitos colaterais da medicação	
	35. Estimular verbalização de sinais e sintomas incompatíveis com os esperados	
50. Processo sexual, Ineficaz Definição: Ausência ou diminuição na capacidade para participar da relação sexual. Caracterizado pela	36. Ações não farmacológicas de correção ou minimização dos efeitos colaterais	
	37. Encorajar a verbalização de preocupações, dúvidas e anseios	

	expressão de preocupação quanto à própria sexualidade e relato de dificuldade na atividade sexual.	38. Esclarecer dúvidas	
		39. Estimular a atividade sexual de maneira segura	
		40. Vigiar (ou Investigar) relação entre funcionamento sexual e fatores externos	
	51. Regime medicamentoso, Interrompido Definição: Regime de medicações prescritas interrompido por não cooperação do paciente na duração, dosagem e/ou frequência do uso dos remédios. Caracterizado por ineficácia do regime terapêutico iniciado.	41. Estimular adesão ao regime medicamentoso	
		42. Determinar o impacto do uso do medicamento no estilo de vida do paciente	
		43. Colaborar com cuidador no Manejo (Controle) do Regime medicamentoso	
		44. Registrar ou Notificar interrupção do regime medicamentoso	
		45. Analisar grau de eficácia do regime terapêutico por meio de exames laboratoriais (investigação de CD4 e carga viral)	
		46. Informar ao paciente das consequências de não tomar ou interromper o medicamento	
		47. Reconciliação medicamentosa	
		48. Ensinar ao paciente o método de administração do medicamento, quando adequado	
	52. Resposta ao tratamento, Negativa Definição: 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.	49. Analisar resposta ao tratamento continuamente	
		50. Avaliar com a equipe interprofissional se o tratamento proposto segue adequadamente a sua condição para realizá-lo	
		51. Integrar o paciente ao tratamento proposto	
		52. Orientar a respeito da necessidade de adesão ao	

		tratamento	
		53. Requisitar (ou Requerer) alteração de esquema terapêutico se necessário	
	53. Sintoma de infecção Definição: Evidência subjetiva e/ou 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.	54. Monitorar cessação ou reaparecimento de sintomas de infecção	
		55. Requisitar (ou Requerer) exames laboratoriais	
		56. Analisar resultados de exames laboratoriais	
		57. Tratar a infecção por atuação em equipe interprofissional	
		58. Administrar antibiótico, conforme prescrição	
	54. Autoestima, Negativa Definição: Avaliação, opinião, ou sentimentos negativos sobre si mesmo e sobre seus valores e capacidades. Caracterizado por verbalização de crenças negativas sobre si mesmo, de falta de confiança em si mesmo e de imagens negativas, com dificuldade para aceitação de elogios, de encorajamento e de críticas construtivas.	59. Apoiar à tomada de decisão	
		60. Encorajar o indivíduo a identificar e expressar sentimentos	
		61. Encaminhar para terapia de grupo	
		62. Estimular o indivíduo a aceitar tanto os sentimentos positivos quanto os negativos	
		63. Reforçar capacidades e traços positivos	
		64. Apoiar o exame do comportamento atual e suas consequências	
	55. Enfrentamento, Ineficaz Definição: Incapacidade de gerenciar o estresse, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis. Caracterizado por comportamento destrutivo em relação a si mesmo, habilidades insuficientes para a resolução de problemas e incapacidade de lidar com a situação.	65. Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre papéis e relacionamentos	
		66. Colaborar na identificação das possíveis consequências de cada escolha	
		67. Instruir quanto à disponibilidade de recursos para enfrentamento de problemas por meio de material de aprendizagem	

		68. Oferecer informações sobre diagnóstico, prevenção da doença e transmissão do vírus ao indivíduo, família e cuidador	
REQUISITO DE DESENVOLVIMENTO	56. Aprendizagem sobre saúde, Prejudicada Definição: Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou competências relacionadas à saúde. Caracterizada 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.	69. Avaliar a capacidade de aprendizado do cliente	
		70. Promover aprendizagem sobre saúde por material de aprendizagem	
		71. Facilitar a aprendizagem pelo uso de linguagem acessível	
	57. Aprendizagem sobre prevenção, Prejudicada Definição: Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou habilidade relacionada à prevenção de doenças. Caracterizada pela não adoção de medidas preventivas, devido à falta de instrução, orientação e de experiência.	72. Avaliar capacidade de aprendizado do cliente	
		73. Promover aprendizagem sobre prevenção por material de aprendizagem	
		74. Facilitar a aprendizagem sobre prevenção pelo uso de linguagem acessível	
		75. Demonstrar técnica de redução de risco de infecção (colocada e retirada de preservativo masculino e feminino)	
		76. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
	58. Aprendizagem sobre tratamento, Prejudicada Definição: Ausência ou ineficácia na aquisição de conhecimento ou competências relacionadas ao tratamento. Caracterizada 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.	77. Avaliar a capacidade de aprendizado do cliente	
		78. Promover aprendizagem sobre tratamento por material de aprendizagem	
		79. Facilitar a aprendizagem sobre tratamento pelo uso de linguagem acessível	
		80. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	

	59. Autonomia para tomada de decisão, Ausente (especificar) Definição: Ausência do direito do cliente ser independente ou autodirecionado, especialmente em relação à tomada de decisões. Caracterizado pela impossibilidade do indivíduo decidir sobre o que lhe convém ou não.	81. Apoiar tomada de decisão	
		82. Promover conscientização sobre direitos do indivíduo	
		83. Estimular posicionamento individual quanto às escolhas	
		84. Instruir sobre as consequências das possíveis decisões	
		85. Empoderar o indivíduo para tomar decisões quanto à sua saúde	
	60. Comportamento sexual, Prejudicado Definição: Capacidade prejudicada de modificar comportamentos sexuais que comprometem o estado de saúde. Caracterizado por atitude negativa e falta de conhecimento para prevenir problemas de saúde.	86. Orientar o paciente sobre práticas sexuais de baixo risco	
		87. Encorajar o paciente a avaliar seu comportamento sexual	
		88. Investigar presença de fatores contribuintes	
		89. Orientar a mulher idosa quanto à seletividade de parceiros	
	61. Conhecimento em saúde, Ausente Definição: Ausência ou deficiência de informação cognitiva relacionada à saúde, práticas saudáveis, sinais e sintomas de doenças e serviços de saúde disponíveis. Caracterizado por apresentação de informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações, com interesse insuficiente em aprender, comportamentos inapropriados ou seguimento inadequado de instruções.	90. Compartilhar conhecimento sobre prevenção de doenças	
		91. Avaliar a capacidade de aprendizado e o conhecimento do cliente	
		92. Aconselhar o paciente a respeito de vulnerabilidade a doenças	
		93. Explicar sobre processos de adoecimento e práticas saudáveis	
		94. Orientar quanto aos meios de transmissão de doenças, a fim de evitar estigmas existentes entre a família e a comunidade	
		95. Ouvir o cliente	
		96. Instruir sobre sinais e sintomas e procedimentos	

		adequados de cuidado à saúde	
62. Emoção, Negativa Definição: Sentimentos conscientes ou subconscientes, dolorosos fisicamente ou psicologicamente, que podem aumentar com estresse ou doença, ou se desenvolver a partir destes. Caracterizada pela expressão ou percepção de sentimentos negativos. 63. Risco de infecção cruzada Definição: Possibilidade de novo processo patológico por invasão do corpo por microrganismos patogênicos que originam doenças associadas a infecções primárias. Caracterizado por sintomatologia clínica sugestiva de infecção, tal como febre e secreções purulentas associadas à infecção anterior. 64. Medo Definição: Emoção negativa à ameaça percebida e conscientemente reconhecida como perigo devido alguma causa, acompanhada às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga. Caracterizado pela preocupação excessiva com determinado fato ou com determinada possibilidade, que pode desaparecer com o fim da situação ameaçadora. 65. Medo da morte Definição: Sensação desagradável	97. Auxiliar o paciente no reconhecimento de seus sentimentos		
	98. Encaminhar o paciente para serviço especializado		
	99. Estimular verbalização de sentimentos		
	100. Prevenir infecção cruzada		
	101. Aplicar medidas de precaução padrão contra infecção		
	102. Monitorar sinais e sintomas de infecção		
	103. Obter dados sobre Suscetibilidade a Infecção		
	104. Obter dados de Conhecimento do indivíduo, família e cuidador sobre Infecção Cruzada		
	105. Orientar família, indivíduo e cuidador sobre Prevenção de Infecção Cruzada		
	106. Interpretar sintomatologia sugestiva de infecção cruzada		
	107. Encorajar o paciente a verbalizar medo e preocupação relativa à vulnerabilidade à doença		
	108. Proporcionar tranquilidade e conforto		
	109. Controlar o ambiente para facilitar a confiança		
	110. Dar informações corretas, usando linguagem simples		
	111. Proteger paciente de situação ameaçadora previsível		
	112. Apoiar enfrentamento do medo		
	113. Facilitar a habilidade para falar		

	de ameaça real ou imaginária, de reconhecimento do perigo, de preocupação ou de angústia relacionada à cessação da vida. Caracterizado por tensão aumentada, isolamento, foco direcionado sempre para a fonte do medo, podendo causar comprometimento biopsicossocial.	sobre o processo de morte	
		114. Facilitar a obtenção de suporte espiritual	
		115. Manter ambiente seguro e a voz calma	
	66. Qualidade de vida, Prejudicada Definição: Estado ou condição que reflete uma insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos do indivíduo, de forma a apresentar comprometimento biopsicossocial. Caracterizada por insuficiente acesso a educação e informação e/ou inserção social negativa.	116. Minimizar possibilidade de contato com a fonte do medo	
		117. Obter Dados sobre Qualidade de Vida	
		118. Estimular socialização	
		119. Terapia do Humor (ou do Riso)	
		120. Estimular Papel de Lazer	
		121. Promover Terapia Recreacional	
		122. Orientar indivíduo sobre saúde e bem-estar pelo Serviço de Educação em Saúde	
	67. Sofrimento Definição: Emoção negativa, caracterizada por sentimentos prolongados de tristeza e/ou angústia, associados a martírio e à necessidade de tolerar sintomas físicos crônicos, estresse psicológico crônico, má reputação ou injustiça.	123. Estimular Apoio Familiar	
		124. Minimizar sofrimento	
		125. Discutir sobre experiências emocionais com o paciente	
		126. Fazer progredir (ou Promover) o enfrentamento	
		127. Apoiar tomada de decisões	
		128. Aumentar socialização e sentimentos de esperança	
		129. Encaminhar para terapia ocupacional	
REQUISITO UNIVERSAL	68. Adesão ao regime medicamentoso Definição: 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	130. Executar orientação antecipatória quanto às medidas de tratamento necessárias	
		131. Elogiar cumprimento do regime medicamentoso	
		132. Aconselhar manutenção da	

	orientação e modificar comportamentos errôneos, com consequente apresentação de sinais de melhora.	adesão à terapia	
		133. Supervisionar periodicamente a busca e o uso da terapia medicamentosa	
		134. Analisar evolução de sinais e sintomas de melhora	
	69. Adesão ao teste diagnóstico Definição: 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.	135. Promover atmosfera favorável à manutenção da adesão no Serviço de promoção da saúde	
		136. Estimular continuidade da adesão a um regime de teste diagnóstico, independente da condição de saúde identificada	
		137. Garantir (ou Assegurar) o acesso ao teste diagnóstico na Unidade de Atenção à Saúde	
	70. Crença espiritual, Conflituosa Definição: Convicção pessoal prejudicada com relação a um poder maior que si mesmo, capaz de invadir, integrar e transcender a natureza biológica e psicossocial do indivíduo. Caracterizado pela indisposição deste em manter e/ou abandonar ações influenciadas pelos princípios espirituais de vida.	138. Ouvir necessidades espirituais do indivíduo	
		139. Investigar o desejo de prática espiritual acessível	
		140. Estimular posicionamento espiritual	
		141. Observar se há prática de saúde sendo executada em conflito com a religiosidade do cliente	
		142. Promover espaço e tempo apropriado à prática espiritual, quando for possível	
	71. Cuidar (ou Tomar Conta) da saúde, Ineficaz Definição: 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 não atender às próprias necessidades de saúde.	143. Instruir indivíduo para cuidar (ou Tomar Conta) da saúde por meio de material de aprendizagem	
		144. Prover (Proporcionar, Fornecer) informações de prevenção de doenças, tratamento	

		e promoção de bem-estar pelo Serviço de educação em saúde	
		145. Empoderar indivíduo para sua Necessidade de cuidado	
	72. Identidade de gênero, Ineficaz Definição: Ideias, sentimentos e atitudes negativas sobre o sentido pessoal interiorizado de masculinidade ou feminilidade. Caracterizado por confusão em relação a valores ideológicos, descrição de si mesmo por ideias inapropriadas, sensação de estranhamento, e sentimentos oscilantes sobre seu gênero.	146. Estimular percepção de identidade pessoal relacionada ao gênero	
		147. Motivar o indivíduo à verbalização de ideias e valores condizentes com sua identidade de gênero	
		148. Motivar a autopercepção	
		149. Esclarecimento de valores	
		150. Aconselhar sobre sexualidade	
	73. Necessidade de cuidado (especificar) Definição: Condição de demanda de ações básicas ou menos prioritárias, cujo desempenho normal leve à satisfação biopsicossocial. Caracterizada pela evidência de impossibilidade de deixar de agir em benefício do indivíduo.	151. Obter dados sobre Disposição (ou Prontidão) do indivíduo para desempenhar atividades de cuidado (especificar)	
		152. Colaborar com os cuidados (especificar) ao indivíduo	
		153. Motivar família e/ou cuidador a identificar a necessidade de cuidado (especificar) do indivíduo	
	74. Papel de prevenção, Ineficaz Definição: 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. Caracterizado por relato ou identificação de não desempenho das responsabilidades com medidas preventivas de acordo com normas.	154. Encorajar papel de prevenção à infecção	
		155. Aconselhar prática sexual segura (risco de contrair DST e HIV/AIDS)	
		156. Executar orientação antecipatória sobre padrões de prevenção	
	75. Relação sexual, Prejudicada Definição: Processo ineficaz da atividade sexual entre duas pessoas com finalidade de excitação mútua e orgasmo. Caracterizada pelo relato de	157. Orientar a idosa sobre o impacto das mudanças fisiológicas do envelhecimento na sexualidade	

	abstenção ou de prejuízo na atividade sexual.	158. Analisar a interferência das doenças crônicas e efeitos das medicações em uso sobre a sexualidade	
		159. Oferecer apoio psicológico à idosa e seu companheiro	
		160. Orientar sobre a mudança no padrão da sexualidade	
	76. Risco de infecção Definição: Vulnerabilidade à invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se multiplicam, podendo comprometer a saúde. Caracterizado pelos fatores de risco, tais como evidência de contato com fontes de infecção, conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica.	161. Executar orientação antecipatória quanto à adoção de medidas de prevenção contra infecção	
		162. Requisitar (ou Requerer) técnica de feedback das informações fornecidas	
		163. Monitorar sinais e sintomas de infecção	
		164. Diminuir contato do indivíduo com fontes de infecção	
		165. Orientar Família sobre suscetibilidade a Infecção	
		166. Orientar Família sobre Prevenção de Infecção	
		167. Encorajar ingestão adequada de nutrientes na dieta	

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM COM BASE NO COMPONENTE SOCIAL DE VULNERABILIDADE E NOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE OREM

VULNERABILIDADE SOCIAL			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Concordância
REQUISITO DE DESVIO DE SAÚDE	22. Angústia moral Definição: Emoção negativa definida por conflito de decisões não físicas nem materiais em relação a funções que são previstas ao indivíduo. Caracterizado por expressão de sentimentos como tristeza e aflição relacionados a princípios e valores diante de normas instituídas.	3. Garantir (ou Assegurar) atmosfera que facilite a confiança do indivíduo e da família	
		4. Usar abordagem calma e segura	
		5. Estimular pensamentos positivos	

		6. Encaminhar para grupo de apoio	
		7. Oferecer suporte emocional e psicológico	
		8. Promover continuidade do cuidado	
		9. Garantir (ou assegurar) proteção aos princípios e valores morais do indivíduo	
	23. Risco de violência Definição: Vulnerabilidade a comportamentos de outrem, onde um indivíduo demonstra poder ser nocivo ao outro, física, emocional ou sexualmente.	10. Prevenir violência	
		11. Obter dados sobre violência doméstica	
		12. Estimular verbalização de sofrimento de ações violentas	
		13. Notificar situação de risco social	
	24. Estigma Definição: Crença prejudicada em relação ao outro, devido a um fator distintivo entre os sujeitos. Caracterizada pelo acesso desigual à participação social ou a oportunidade, pela prática de associar descrédito, vergonha a outro, discriminação por idade e por gênero, quando o mesmo apresenta condições diversas, tais como doença mental, incapacidade física, posicionamento religioso ou comportamental divergentes.	14. Apoiar enfrentamento do estigma	
		15. Orientar comunidade sobre doença	
		16. Minimizar estigma inserindo a sociedade no processo de enfrentamento	
		17. Apoiar o enfrentamento da discriminação por idade	
		18. Apoiar o enfrentamento da discriminação por gênero	
		19. Propiciar atmosfera social de aceitação dos fatores distintivos por meio da educação em saúde	

REQUISITO DE DESENVOLVIMENTO	25. Abuso à mulher idosa (especificar) Definição: 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 idosa, como membro da família ou funcionários de instituição.	20. Verificar se a paciente idosa apresenta sinais de abuso físico e/ou emocional	
		21. Notificar risco de abuso junto às autoridades competentes	
		22. Avaliar suporte familiar e social	
		23. Participar da rotina de cuidados da idosa junto ao seu cuidador principal	
	26. Acesso a conhecimento em saúde, Prejudicado Definição: Reduzido acesso a informação pelo indivíduo, fazendo com que ele tenha dificuldade em utilizar a consciência sobre problemas comuns de saúde, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis. Caracterizado pela incapacidade do indivíduo em reconhecer sinais e sintomas de doenças, apresentando informações errôneas, oriundas de um fornecimento insuficiente de informações.	24. Oferecer informações compatíveis com a situação e necessidades do paciente	
		25. Utilizar linguagem simples e clara	
		26. Avaliar capacidade de aprendizado do cliente	
		27. Assegurar que informações coerentes estejam sendo oferecidas por vários membros da equipe de cuidados de saúde	
	REQUISITO UNIVERSAL	27. Apoio familiar, Ausente Definição: Ausência ou desorganização de ajuda biopsicossocial e espiritual desempenhada pela família para que o indivíduo possa progredir e evitar que falhe com relação aos cuidados de saúde e enfrentamento de doenças, podendo levar à resolução ineficaz de problemas e a conflitos familiares e individuais.	
		28. Obter dados sobre processo familiar	
		29. Motivar Processo Familiar Eficaz	
		30. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde do indivíduo	
		31. Facilitar Participação da família no Planejamento do Cuidado	
		32. Encaminhar ao assistente	

		social	
28. Apoio social, Ineficaz Definição: Falha de sistemas de suporte na sociedade que proporcionem assistência e encorajamento para os indivíduos superarem problemas. Caracterizado por ausência de inserção efetiva em atividades sociais ou ausência de acesso aos sistemas de suporte social.	33. Explicar sobre os direitos do paciente		
	34. Proteger os direitos do indivíduo enquanto paciente		
	35. Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio social		
	36. Encorajar a participação em atividades sociais e comunitárias		
	37. Estimular socialização		
29. Capacidade prejudicada do Cuidador para Executar o Cuidado Definição: Dificuldade do indivíduo que atende às necessidades de um dependente em realizar, acompanhar e concluir as atividades necessárias à prestação de cuidados, podendo ser evidenciada na demonstração de frustração, apreensão quanto às condições saúde do receptor de cuidados, impaciência e oscilação emocional por parte do cuidador.	38. Apoiar Cuidador		
	39. Empoderar Cuidador para conclusão de atividades necessárias ao cuidado		
	40. Prover Apoio Emocional ao Cuidador		
	41. Obter dados sobre Autocuidado		
	42. Auxiliar cuidador no autocuidado		
	43. Estimular Capacidade para Executar o Autocuidado		
30. Direitos do indivíduo, Prejudicados Definição: Não garantia dos direitos humanos do indivíduo enquanto paciente e indivíduo inserido na sociedade sob os cuidados em saúde. Caracterizado por descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais oferecidos pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna, o desrespeito dos direitos do mesmo com relação a confidencialidade, dignidade e honra.	44. Explicar Direitos do Paciente		
	45. Estimular Processo comunitário eficaz		
	46. Orientar comunidade sobre doenças		
	47. Garantir (ou Assegurar) Direitos do Paciente nos serviços de saúde		
31. Isolamento social Definição: Estado negativo de estabelecimento de barreiras na	48. Encorajar a socialização pela		

	interação entre o indivíduo e a sociedade, percebida como imposta pelos outros ou por escolha do indivíduo, onde há uma quantidade insuficiente ou uma qualidade ineficaz de troca social. Caracterizado pelo desejo de estar sozinho, por sentir-se diferente dos outros, pela insegurança em público, pela insatisfação do indivíduo com o envolvimento social e/ou pelo relato familiar de mudança na interação.	participação em atividades sociais	
		49. Motivar apoio familiar	
		50. Estabelecer relação de confiança com o paciente	
		51. Orientar o indivíduo sobre sua condição de saúde	
		52. Motivar a autopercepção	
		53. Diminuir estigma	
		54. Prover (Proporcionar, Fornecer) Apoio Emocional	
	32. Diversidade cultural, Presente Definição: 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.	55. Terapia do Humor (ou do Riso)	
		56. Encorajar envolvimento nas relações estabelecidas	
		57. Intermediação cultural	
		58. Apoiar Crença Cultural	
		59. Avaliar Aceitação do Plano de Cuidados	
		60. Promover Aceitação do Plano de Cuidados	
	33. Papel de gênero, Ineficaz Definição: 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.	61. Apoiar papel de gênero, incentivando posicionament o individual	
		62. Estimular o paciente a desempenhar o seu papel na sociedade	
		63. Incentivar a adoção de padrões de comportamento compatíveis com a identidade de gênero	

	34. Relacionamento com a família, Negativo Definição: Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações comportamentais, psicológicas e sociais entre o indivíduo e os demais membros da família nuclear e estendida para interagir e atender necessidades recíprocas.	64. Avaliar o impacto da situação de vida do paciente sobre papéis e relacionamentos familiares	
		65. Orientar sobre Processo Familiar, Eficaz	
		66. Estimular Comunicação Familiar, Eficaz	
		67. Prover (Proporcionar, Fornecer) Orientação à família sobre Papel de Unidade Familiar	
	35. Relacionamento com a comunidade, Negativo Definição: Ausência ou insuficiência no estabelecimento de relações entre o indivíduo e a sua unidade social, com quem compartilha área geográfica, condições ou interesses, para interagir e atender necessidades recíprocas.	68. Encorajar o envolvimento da família nos cuidados de saúde do indivíduo	
		69. Discutir as limitações do apoio social com o paciente	
		70. Avaliar os fatores comprometidos do estabelecimento de relações sociais	
		71. Estimular papel comunitário	
		72. Orientar sobre Comunicação, Efetiva	

DIAGNÓSTICOS/RESULTADOS DE ENFERMAGEM COM BASE NO COMPONENTE PROGRAMÁTICO DE VULNERABILIDADE E NOS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE OREM

VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA			
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Concordância
REQUISITO DE DESVIO DE SAÚDE	3. Acesso a tratamento, Prejudicado Definição: Potencialidade prejudicada para utilizar medicamentos prescritos e adotar condutas de cuidado, caracterizada	1. Facilitar Acesso a Tratamento	
		2. Administrar medicamento prescrito, quando necessário	

	por dificuldades geográficas, de transporte, financeiras, e de disponibilidade nos serviços de saúde.	3. Discutir com Equipe Interprofissional sobre disponibilidade de medicamentos em pontos descentralizados	
		4. Colaborar com Equipe Interprofissional na Aquisição de medicamentos	
		5. Orientar a Lidar com Medicação	
		6. Orientar Família sobre Comportamento de Busca de Saúde	
REQUISITO UNIVERSAL	4. Direitos do paciente, Prejudicados Definição: Não garantia dos direitos humanos do indivíduo enquanto paciente e indivíduo inserido na sociedade sob os cuidados em saúde. Caracterizado por descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais oferecidos pelos serviços de saúde, incluindo a não prestação de assistência digna, o desrespeito dos direitos do mesmo com relação a confidencialidade, dignidade e honra.	7. Estabelecer uma relação terapêutica com base na confiança e no respeito	
		8. Oferecer privacidade e garantir confidencialidade	
		9. Explicar sobre Direitos do Paciente	
		10. Garantir (ou Assegurar) Direitos do Paciente nos serviços de saúde	
		11. Criar uma atmosfera de aceitação isenta de juízos	
	5. Política de saúde, Parcial Definição: 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.	12. Revisar as políticas e os padrões propostos na literatura organizacional, governamental e profissional e nos meios de comunicação	
		13. Identificar e solucionar discrepâncias entre as políticas e os padrões de saúde e a atual prática de enfermagem	
		14. Liderar reflexões acerca das especificidades não contempladas pelas políticas de	

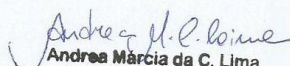
ANEXO**Certidão de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 23/10/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“SUBCONJUNTO TERMINOLÓGICO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA PRÁTICA DE ENFERMEIRAS PARA A MULHER IDOSA NO CONTEXTO DE VULNERABILIDADE AO HIV/AIDS”**, da Pesquisadora Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt. Protocolo 0459/14. CAAE: 34275214.7.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB