

## Diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/aids

*Nursing diagnoses for elderly women vulnerable to HIV/AIDS*

*Diagnósticos de enfermería para mujeres mayores con vulnerabilidad al VIH/ SIDA*

Márcia Cristina de Figueiredo Santos<sup>1</sup>, Maria Miriam Lima da Nóbrega<sup>1</sup>,  
Antonia Oliveira Silva<sup>1</sup>, Greicy Kelly Gouveia Dias Bittencourt<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil.

### Como citar este artigo:

Santos MCF, Nóbrega MML, Silva AO, Bittencourt GKGD. Nursing diagnoses for elderly women vulnerable to HIV/AIDS. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1435-44. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0086>

Submissão: 20-03-2017

Aprovação: 27-05-2017

### RESUMO

**Objetivo:** Classificar os diagnósticos no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria do autocuidado de Orem; elaborar definições operacionais de diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/aids. **Método:** Estudo de natureza exploratória descritiva, desenvolvido de março a dezembro de 2016 nas etapas: 1) Classificação dos diagnósticos no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria do autocuidado de Orem; 2) Definição operacional dos diagnósticos de enfermagem. **Resultados:** Foram classificados 70 diagnósticos de enfermagem no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria do autocuidado de Orem, e foram construídas as suas definições operacionais, em que 75,7% destas foram validadas. **Considerações finais:** Os diagnósticos representam condições que vulnerabilizam mulheres idosas ao HIV/aids e estão interligados às suas práticas de autocuidado. As definições operacionais contribuem para uma abordagem sistemática do cuidado e maior clareza na sua implementação. **Descritores:** Envelhecimento; Saúde da Mulher; HIV; Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

### ABSTRACT

**Objective:** Classify the diagnoses in the conceptual framework of vulnerability of Ayres and in the Orem's self-care theory; Elaborate operational definitions of nursing diagnoses for elderly women vulnerable to HIV/AIDS. **Method:** A descriptive exploratory study, developed from March to December 2016 in the stages: 1. Classification of diagnoses in the conceptual framework of vulnerability of Ayres and in the Orem's self-care theory; 2. Operational definition of nursing diagnoses. **Results:** 70 nursing diagnoses were classified in the conceptual framework of vulnerability of Ayres and Orem's self-care theory, and their operational definitions were constructed, where 75.7% of these were validated. **Final consideration:** Diagnoses represent conditions that make older women vulnerable to HIV/AIDS and are linked to their self-care practices. Operational definitions contribute to a systematic approach to care and greater clarity in its implementation. **Descriptors:** Aging; Women Health; HIV; Nursing Processes; Nursing Diagnosis.

### RESUMEN

**Objetivo:** Clasificar los diagnósticos en el marco conceptual de vulnerabilidad de Ayres y en la teoría del autocuidado de Orem; establecer definiciones operativas de diagnósticos de enfermería para mujeres mayores con vulnerabilidad al VIH/ SIDA. **Método:** Estudio de carácter exploratorio descriptivo, desarrollado de marzo a diciembre de 2016 en las etapas: 1. Clasificar los diagnósticos en el marco conceptual de vulnerabilidad de Ayres y en la teoría del autocuidado de Orem; 2. Definición operacional de los diagnósticos de enfermería. **Resultados:** Se clasificaron 70 diagnósticos de enfermería en el marco conceptual de vulnerabilidad de Ayres y en la teoría del autocuidado de Orem, y se construyeron sus definiciones operativas, de las cuales el 75,7% fueron validadas. **Consideraciones finales:** Los diagnósticos representan condiciones que hacen mujeres mayores vulnerables al VIH/ SIDA y están interconectados a sus prácticas de autocuidado. Las definiciones operativas contribuyen a un enfoque sistemático del cuidado y una mayor claridad en su aplicación. **Descritores:** Envejecimiento; Salud de la Mujer; VIH; Procesos de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Márcia Cristina de Figueiredo Santos

E-mail: [marciacs@hotmail.com](mailto:marciacs@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

A epidemia do HIV/aids vem apresentando mudanças no seu perfil epidemiológico, passando a ter maior incidência entre heterossexuais com conseqüente feminização da epidemia, acompanhada do acometimento da população de maior faixa etária<sup>(1)</sup>. No Brasil, entre 1980 e 2015, ocorreram 25.794 casos de aids em pessoas com 60 anos ou mais, sendo 16.366 casos em pessoas do sexo masculino e 9.418 casos em pessoas do sexo feminino. A taxa de incidência em mulheres com 60 anos ou mais sofreu um aumento de 4,4 para 6,7 casos a cada 100 mil habitantes<sup>(2)</sup>.

Os tabus que envolvem a sexualidade da pessoa idosa, bem como a falha no trabalho de prevenção específica para esse segmento populacional, os avanços tecnológicos para melhorar desempenho sexual<sup>(3)</sup>, as desigualdades de gênero, as baixas condições financeiras, a violência, o preconceito, a dificuldade das mulheres em negociar a prática de sexo seguro<sup>(4)</sup>, o baixo nível de escolaridade e a abordagem incipiente dessa problemática nos serviços de saúde<sup>(1)</sup> consistem em fatores que contribuem para o incremento da vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/aids.

O preconceito sobre a sexualidade das pessoas idosas torna difícil, inclusive, as discussões sobre o tema HIV/aids na terceira idade, e a concepção de aids como doença de jovens pode estar corroborando essa dificuldade. Os dados epidemiológicos (faixa etária e sexo/ano) cooperam para a interpretação da aids como doença própria de populações mais jovens, entretanto é necessário perceber o deslocamento da epidemia para faixas etárias mais avançadas, evidenciado pelo aumento da taxa de detecção, a cada 100.000 habitantes, de 6,8 no ano de 2002 para 9,9 no ano de 2014 nos indivíduos com 60 anos ou mais<sup>(2)</sup>, de modo que a vulnerabilidade dessa população à infecção não seja negligenciada.

O quadro conceitual da vulnerabilidade é composto por três modalidades — a individual, a social e a programática. A individual se refere a questões cognitivas e comportamentais; a social envolve o acesso a informações e o enfrentamento de barreiras culturais; e a programática abrange o compromisso das autoridades, as políticas e o vínculo entre sociedade civil e instituições<sup>(5)</sup>.

Esse quadro conceitual pressupõe que qualquer pessoa, independentemente da classificação como grupo de risco, pode ser vulnerável ao HIV, considerando que os meios adotados para proteção determinam o grau de vulnerabilidade. Assim, a vulnerabilidade individual, definida como “diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV”<sup>(5)</sup> deve ser avaliada no contexto do HIV/aids na terceira idade como um aspecto decorrente de aspectos sociais e culturais. Além disso, há de se considerar o contexto histórico da epidemia da aids tendo em vista a mudança de curso clínico, pois, no início, na década de 1980, envolvia homossexuais, bissexuais, usuários de drogas e população jovem.

Levando em conta a vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/aids, verifica-se a necessidade de visibilidade dela como passível de acometimento pelo vírus, proporcionando sua inserção na população-alvo de políticas públicas<sup>(6)</sup>. As ações de promoção da saúde frente à vulnerabilidade ao HIV/aids inserem-se na realidade de estímulo ao autocuidado, seja por

meio de educação em saúde, promovendo redução de vulnerabilidade individual, social e programática, seja por meio da execução de ações de autocuidado pelo próprio enfermeiro em prol do indivíduo que possui limitações pessoais e/ou de contexto social/familiar. Sendo assim, a teoria do autocuidado de Orem faz ser possível qualificar os diagnósticos de enfermagem como identificadores dos déficits de autocuidado, e estes apontam para as demandas de autocuidado, a partir das quais se define a necessidade da atuação de enfermagem<sup>(7)</sup>.

Essa teoria possui três requisitos capazes de abranger as ações necessárias ao autocuidado das mulheres idosas: requisito universal do autocuidado, associado à manutenção e funcionalidade do indivíduo; requisito de desenvolvimento, que envolve ações necessárias ao desenvolvimento ideal em situações novas; e requisito de desvio de saúde, associado a escolhas para prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, a enfermidades e incapacidades, a regulação de efeitos e resultados, e ao estímulo ao indivíduo para aceitar-se e adaptar-se, superando adversidades<sup>(8)</sup>.

Assim, o enfermeiro atua no estímulo e ensino para a prevenção bem como no cuidado aos agravos à saúde, visando uma melhoria na qualidade de vida do indivíduo. Para tanto, torna-se essencial efetivar a sistematização da assistência de enfermagem pela utilização de sistemas de classificação da prática profissional que auxiliem na descrição e comunicação das atividades e que, assim, caracterizem a linguagem padronizada. Nesse sentido, a resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) traz o processo de enfermagem como um instrumento que possibilita a sistematização da assistência de enfermagem e orienta o cuidado e a documentação da prática. A operacionalização desse processo evidencia a contribuição da Enfermagem na assistência à saúde dos indivíduos e aumenta a visibilidade e o reconhecimento profissional, devendo ser realizada em todos os ambientes em que ocorre o cuidado de enfermagem. Tal processo se dá em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento; implementação; e avaliação<sup>(9)</sup>.

Para tanto, existem diversos sistemas de classificação; dentre eles, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE<sup>®</sup>), a partir da qual é possível registrar a prática de enfermagem pela utilização de termos e suas definições, nomeando diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. A elaboração do diagnóstico de enfermagem é uma etapa de vital importância, pois é considerada como uma atividade intelectual desempenhada pelo enfermeiro a fim de julgar as respostas humanas que exigem intervenções de enfermagem. Os resultados de enfermagem, por sua vez, consistem na medida/estado de um diagnóstico de enfermagem em um momento depois da implementação das intervenções de enfermagem, e tal medida é considerada um espelho do diagnóstico<sup>(10)</sup>.

Definir operacionalmente os diagnósticos/resultados de enfermagem pode facilitar a aplicabilidade deles na prática clínica por meio da identificação de fatores empíricos determinantes para que o enfermeiro priorize os problemas de saúde com maior acurácia clínica<sup>(11)</sup>. Entende-se definição operacional como uma descrição precisa de determinado

fenômeno para caracterizá-lo de forma específica, concreta, mensurável e útil, elaborada por meio da atribuição de um significado comunicável a um conceito, especificando como este último é aplicado num conjunto específico de circunstâncias<sup>(12)</sup>. Assim, garante-se maior confiabilidade aos elementos que caracterizam os diagnósticos, permitindo a utilização de critérios para avaliação do cliente durante sua evolução.

Sendo assim, utilizando um banco de termos para mulheres idosas com HIV/aids<sup>(13)</sup> e sua atualização junto à CIPE<sup>®</sup> 2015, foram elaborados, em estudo anterior, 70 enunciados diagnósticos/resultados de enfermagem direcionados à vulnerabilidade dessa população ao HIV, levando-se em consideração o Modelo de Sete Eixos da CIPE<sup>®</sup> e as diretrizes do CIE, a partir dos quais surgiram as seguintes questões norteadoras deste estudo: Os enunciados de diagnósticos de enfermagem para mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/aids podem ser classificados no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria do autocuidado de Orem? A identificação de indicadores empíricos pode subsidiar a elaboração de definições operacionais para os diagnósticos de enfermagem voltados a mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/aids?

## OBJETIVO

Classificar os diagnósticos de enfermagem no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria do autocuidado de Orem; elaborar definições operacionais para os enunciados diagnósticos de enfermagem voltados a mulheres idosas com vulnerabilidade ao HIV/aids.

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Este estudo consiste em uma das fases do projeto de pesquisa "Subconjunto terminológico da Classificação Internacional para a Prática de Enfermeiras para a mulher idosa no contexto de vulnerabilidade ao HIV/aids", aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba. Ele obedece aos aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 do CNS, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(14)</sup>. Para isso, os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao concordarem em participar.

### Tipo de estudo

Caracteriza-se como estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa.

### Procedimentos metodológicos

#### Cenário do estudo

O cenário da etapa de validação dos diagnósticos e das suas definições operacionais foi o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, onde aconteceram os encontros presenciais com os especialistas. O processo de busca e seleção dos especialistas se deu pela identificação destes dentre os participantes do Grupo

Internacional de Estudos e Pesquisas sobre Envelhecimento e Representações Sociais – GIEPERS e do Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Fundamentação da Assistência de Enfermagem – GEPFAE, bem como dentre os profissionais da clínica de doenças infectoparasitárias de um hospital-escola da cidade de João Pessoa. Foram selecionados os enfermeiros que se dispuseram a participar do estudo e que atenderam aos critérios de inclusão de acordo com avaliação do *Curriculum Lattes*.

### Fonte de dados

Selecionou-se um grupo de especialistas colaboradores mediante alguns critérios: ser enfermeiro pesquisador, participante de grupo de pesquisa na área do estudo, que possuísse formação mínima de nível *stricto sensu* e/ou enfermeiros assistenciais envolvidos no ensino e/ou na pesquisa da área do HIV/aids e/ou idosos e/ou CIPE<sup>®</sup>. Considerando o limite de especialistas recomendado para esse tipo de validação<sup>(15)</sup>, quatro enfermeiros participaram do estudo.

### Coleta e organização dos dados

A classificação dos diagnósticos de enfermagem no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria do autocuidado de Orem foi feita pelos autores com base na apropriação de conceitos dos referenciais teóricos adotados e na relação destes com os indicadores empíricos das definições operacionais de cada diagnóstico. Passou ainda pela revisão por pares antes da validação para atestar a sua confiabilidade.

A produção dos dados se deu no período de março a dezembro de 2016, quando se classificaram os diagnósticos no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres<sup>(5)</sup> e na teoria do autocuidado de Orem<sup>(8)</sup>. Os dados para a elaboração das definições operacionais desses diagnósticos foram coletados na literatura, incluindo consulta a livros-texto e dicionários de termos técnicos da área da Enfermagem e da Saúde<sup>(16)</sup>, à literatura científica pertinente à área, à CIPE<sup>®</sup> Versão 2015<sup>(10)</sup>, à NANDA-I<sup>(17)</sup> e às definições e hierarquias contidas no site dos Descritores em Ciências da Saúde.

Já os dados da validação dos diagnósticos foram coletados por meio da técnica de validação por consenso, que consiste na obtenção da opinião coletiva de enfermeiros especialistas sobre determinado fenômeno, respeitando-se as orientações estabelecidas por Carlson, a saber: identificação do objetivo da validação; seleção de três a cinco especialistas; obtenção de recursos para possibilitar os encontros e a validação; condução dos encontros semanalmente por no máximo oito meses, com duração de uma a duas horas<sup>(15)</sup>.

### Etapas do trabalho

O estudo se desenvolveu em duas etapas: 1) Classificação dos diagnósticos de enfermagem com base no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria do autocuidado de Orem; 2) Construção e validação das definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem.

Na etapa 1, foram feitas leituras dos referenciais teóricos adotados, a partir das quais foi possível selecionar os conceitos norteadores da classificação dos 70 diagnósticos de enfermagem elaborados. Assim, eles foram classificados dentre

as modalidades de vulnerabilidade individual, social ou programática do quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres<sup>(5)</sup> bem como, na teoria do autocuidado de Orem<sup>(6)</sup>, dentre os conceitos de requisitos de autocuidado de desvio de saúde, de desenvolvimento ou universal.

Na etapa 2, as definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem foram desenvolvidas e adaptadas, utilizando-se as seguintes subetapas: 1) Desenvolvimento da definição teórica dos conceitos diagnósticos com base na revisão da literatura; 2) Identificação de indicadores empíricos dos conceitos derivados da definição teórica; 3) Elaboração da definição operacional dos diagnósticos de enfermagem com os indicadores empíricos<sup>(12)</sup>; 4) Validação das definições operacionais dos diagnósticos de enfermagem por um grupo de especialistas.

A subetapa de definição teórica dos conceitos diagnósticos consistiu numa revisão da literatura na qual se identificou que os diagnósticos inserem-se numa realidade teórica de vulnerabilidade bem como de déficit de autocuidado e, portanto, justificam a utilização da teoria do autocuidado de Orem para estruturação das definições operacionais. O desenvolvimento da definição teórica objetivou representar o conceito na literatura e na prática profissional do enfermeiro com mulheres idosas vulneráveis ao HIV/aids. Buscou-se definir os diagnósticos de enfermagem de forma precisa e compreensível, considerando o contexto em que eles poderão ser utilizados para direcionar o planejamento das intervenções de enfermagem.

Para a identificação de indicadores observáveis dos conceitos derivados da definição teórica, levantaram-se traços semânticos potencialmente relevantes para a prática de enfermagem por meio da seleção de palavras com significados que melhor expressassem a necessidade de caracterização do diagnóstico. Exemplificando a importância do traço semântico com o termo “adesão”, este pode ter o sentido de participação, aceitação ou até de manifestação de aprovação, em diferentes contextos.

A elaboração da definição operacional dos diagnósticos/resultados de enfermagem com os indicadores empíricos foi a subetapa em que se buscou contemplar múltiplas dimensões dos conceitos de interesse para enfermeiros, objetivando determinar o seu significado e atribuir características (pistas que possam auxiliar o enfermeiro na determinação e no uso do diagnóstico de enfermagem). Sendo assim, foi elaborado um instrumento contendo os enunciados diagnósticos classificados no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria do autocuidado de Orem, para que nele fossem colocadas as definições teóricas coletadas na literatura com traços semânticos que traduzem os indicadores observáveis e, por último, fossem elaboradas as suas definições operacionais.

Na última subetapa, os diagnósticos e suas definições operacionais foram submetidos a um processo de validação por consenso, para cuja execução se formou um grupo composto pelo enfermeiro pesquisador, considerado líder, e mais quatro enfermeiros especialistas; foram necessários dois encontros durante o mês de dezembro de 2016 para concluir a validação, e a duração deles variou entre meia hora e duas horas; ao líder coube discutir sobre a importância de comparecer aos encontros, apoiar durante as discussões, sem realizar quaisquer julgamentos, explicar a necessidade de 100% de

frequência dos especialistas nos encontros para obter o consenso, rever antes dos encontros as orientações, resgatar o que foi realizado no encontro anterior e as metas, não pressionar por decisões específicas e manter atitudes positivas diante de respostas negativas<sup>(15)</sup>.

Os diagnósticos e suas definições operacionais que atingiram 100% de concordância quanto a serem relevantes para a área de prática clínica foram considerados validados. Aqueles especialistas concordantes com os diagnósticos deveriam explicitar as razões de considerá-los relevantes, e aqueles que não estavam de acordo com algum diagnóstico deveriam explicar o porquê de não os considerar relevantes, sendo validados aqueles que atingiram concordância unânime ou que atenderam às sugestões de modificação por comum acordo entre os enfermeiros especialistas<sup>(15)</sup>.

### **Análise dos dados**

Os dados fornecidos pelos encontros da validação por consenso constituíram o corpus de análise do estudo. Na validação, os diagnósticos foram organizados e analisados quanto à utilidade clínica na prática da enfermagem, quanto à adequação da definição operacional para cada enunciado e quanto à classificação adequada nos referenciais teóricos adotados como base de estruturação dos diagnósticos — o quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e a teoria do autocuidado de Orem.

## **RESULTADOS**

Dentre os 70 diagnósticos de enfermagem elaborados, 42 foram classificados na vulnerabilidade individual (dentre eles, 14 classificados no requisito de desvio de saúde, 15 no de desenvolvimento e 13 no universal), 21 foram classificados na vulnerabilidade social (dentre eles, 5 classificados no requisito de desvio de saúde, 5 no de desenvolvimento e 11 no universal) e 7 na vulnerabilidade programática (dentre eles, 4 no requisito de desvio de saúde e 3 no universal).

Desses, 53 foram validados, ou seja, aproximadamente 75,7% dos diagnósticos foram considerados úteis para a prática clínica de enfermagem; e suas definições operacionais, consideradas adequadas para nortear a tomada de decisão do enfermeiro. Quanto à classificação, 35 foram classificados na vulnerabilidade individual, sendo 14 do requisito de desvio de saúde, 12 do requisito de desenvolvimento e 9 do requisito universal. Além desses, um diagnóstico oriundo do contexto da vulnerabilidade social (Comportamento violento) foi inserido nesta modalidade de vulnerabilidade (no requisito de desvio de saúde), totalizando 36 diagnósticos/resultados de enfermagem na vulnerabilidade individual, como mostra o Quadro 1.

Das 53 definições operacionais validadas, 14 estão inseridas no contexto social de vulnerabilidade ao HIV/aids, sendo 3 do requisito de desvio de saúde, 2 do requisito de desenvolvimento e 9 do requisito universal, expostas no Quadro 2.

Das 53 definições operacionais validadas, 3 estão inseridas no contexto de vulnerabilidade programática, sendo 1 do requisito de desvio de saúde e 2 do universal, conforme expõe o Quadro 3.



**Quadro 1** – Diagnósticos/resultados de enfermagem com base no componente individual de vulnerabilidade e nos requisitos de autocuidado de Orem, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016

<b>Vulnerabilidade individual</b>	
<b>Requisitos de autocuidado</b>	<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>
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.
	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 pela não adesão total ou parcial que leva a resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos.
	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 pela não adesão total ou parcial que leva a resultados clínicos não efetivos ou parcialmente efetivos.
	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.
	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.
	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. Caracteriza-se 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 - Capacidade prejudicada de 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 - 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.
	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.
	10. Processo sexual ineficaz - Ausência ou diminuição na capacidade para participar da relação sexual, caracterizado por relato de abstenção, expressão de preocupação quanto à própria sexualidade e relato de dificuldade na atividade sexual.
	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.
	12. Resposta ao tratamento negativa - Reação física não correspondente ao esperado quando em uso de medicamentos e na adoção de medidas terapêuticas específicas, caracterizada por não cessação de sintomas e/ou não retorno à condição clínica anterior, original.
	13. Sintoma de infecção - Evidência subjetiva e/ou 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 - Avaliação, opinião, ou sentimentos negativos sobre si mesmo e sobre seus valores e capacidades, caracterizada 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 - 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	16. Aprendizagem sobre saúde prejudicada - 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.
	17. Aprendizagem sobre prevenção prejudicada - 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 - 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.

Continua

Quadro 1 (cont.)

<b>Vulnerabilidade individual</b>	
<b>Requisitos de autocuidado</b>	<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>
Requisito de desenvolvimento	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.
	20. Comportamento sexual prejudicado - Capacidade prejudicada de modificar comportamentos sexuais que comprometem o estado de saúde, caracterizada por atitude negativa e falta de conhecimento para prevenir problemas de saúde.
	21. Conhecimento em saúde ausente - 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 - Sentimentos conscientes ou subconscientes, dolorosos fisicamente ou psicologicamente, que podem aumentar com estresse ou doença, ou se desenvolver a partir destes, cuja característica é a expressão ou percepção de sentimentos negativos.
	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.
	24. Medo - Sentimentos negativos frente à ameaça percebida e conscientemente reconhecida como perigo devido a alguma causa, acompanhados às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga e caracterizados pela preocupação excessiva com determinado fato ou com determinada possibilidade, que pode desaparecer com o fim da situação ameaçadora.
	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, 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 - Estado ou condição que reflete uma insuficiência no conjunto de características, hábitos, costumes e comportamentos do indivíduo, de forma a apresentar comprometimento biopsicossocial, evidenciado por insuficiente acesso a educação e informação e/ou inserção social negativa.
Requisito universal	27. Sofrimento - Sentimento negativo, caracterizado por prolongamento da tristeza e/ou angústia, associado a martírio e à necessidade de tolerar sintomas físicos crônicos, estresse psicológico crônico, má reputação ou injustiça.
	28. Adesão ao regime medicamentoso - Ação iniciada pela própria pessoa para promover recuperação seguindo as orientações sem se desviar, aderindo a um quadro de comportamentos em concordância com o regime terapêutico. É caracterizada pela motivação pessoal de buscar medicamentos na data devida e de tomá-los conforme orientação, bem como pela modificação de comportamentos errôneos, com conseqüente apresentação de sinais de melhora.
	29. Adesão ao teste diagnóstico - Aceitação pela própria pessoa para prevenção e promoção do bem-estar, estando devotada a um plano de diagnóstico, caracterizada pela demonstração de internalização do valor de comportamentos de cuidado com a saúde e pela motivação pessoal em consonância à boa relação com os profissionais de saúde.
	30. Crença espiritual conflitua - 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, caracterizada pela indisposição deste em manter e/ou abandonar ações influenciadas pelos princípios espirituais de vida.
	31. Cuidar (ou tomar conta) da saúde ineficaz - Diminuição da capacidade de proporcionar cuidados à própria saúde, incluindo identificação, prevenção de doenças, promoção de bem-estar e tratamento da saúde, quando necessário. Caracteriza-se por atender às próprias necessidades de saúde.
	32. Identidade de gênero ineficaz - 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) - Condição de demanda de ações básicas ou menos prioritárias, cujo desempenho normal leve à satisfação biopsicossocial. Caracteriza-se pela evidência de impossibilidade de deixar de agir em benefício do indivíduo.
	34. Papel de prevenção ineficaz - Ausência de adoção de padrões de comportamentos para evitar o acometimento por doenças, de modo que não atende a um conjunto de expectativas, normas e padrões de prevenção em saúde, caracterizado por relato ou identificação de não desempenho das responsabilidades com medidas preventivas de acordo com normas.
	35. Relação sexual prejudicada - Processo ineficaz da atividade sexual entre duas pessoas com finalidade de excitação mútua e orgasmo. Caracteriza-se pelo relato de abstenção ou de prejuízo na atividade sexual.
	36. Risco de infecção - Vulnerabilidade à invasão do corpo por microrganismos patogênicos que se multiplicam, podendo comprometer a saúde. Caracteriza-se pelos fatores de risco, tais como evidência de contato com fontes de infecção, conhecimento insuficiente sobre prevenção e presença de enfermidade crônica.

**Quadro 2** – Diagnósticos/resultados de enfermagem com base no componente social de vulnerabilidade e nos requisitos de autocuidado de Orem validados, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016

<b>Vulnerabilidade social</b>	
<b>Requisitos de autocuidado</b>	<b>Diagnósticos/resultados de enfermagem</b>
Requisito de desvio de saúde	1. Angústia moral - Sentimento negativo definido por conflito de decisões não físicas e não materiais em relação a funções que são previstas ao indivíduo; é marcado por expressão de tristeza e aflição, relacionadas a princípios e valores diante de normas instituídas.
	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.
	3. Estigma - Crença prejudicada em relação ao outro, devido a um fator distintivo entre os sujeitos; os traços distintivos são o acesso desigual à participação social ou a oportunidade, a 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	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 física. É comum que se origine de alguém da confiança da pessoa idosa, como membro da família ou funcionários de instituição.
	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. Caracteriza-se pela incapacidade em reconhecer sinais e sintomas de doenças, apresentando informações errôneas, oriundas de um 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. As características são 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 - Falha de sistemas de suporte na sociedade que proporcionem assistência e encorajamento para as pessoas idosas superarem problemas, caracterizado 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 - 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 - Não garantia dos direitos humanos da pessoa idosa enquanto membro da sociedade que possui necessidades em saúde. Caracteriza-se por descumprimento de direitos culturais, sociais, econômicos e educacionais pelos serviços de saúde, tais como a não prestação de assistência digna e o desrespeito dos direitos da mesma, incluindo a confidencialidade, dignidade e honra.
	10. Isolamento social - 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, onde há uma quantidade insuficiente ou uma qualidade ineficaz de troca social. Traços marcantes: desejo de estar sozinha, sentir-se diferente dos outros, insegurança em público, insatisfação com o envolvimento social e/ou relato familiar de mudança na interação.
	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.
	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.
	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.
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.	

**Quadro 3** – Diagnósticos/resultados de enfermagem com base no componente programático de vulnerabilidade e nos requisitos de autocuidado de Orem validados, João Pessoa, Paraíba, Brasil, 2016

Vulnerabilidade programática	
Requisitos de autocuidado	Diagnósticos/resultados 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.
Requisito universal	2. Direitos do paciente prejudicados - Não garantia dos direitos humanos da pessoa idosa enquanto paciente sob os cuidados em saúde. Caracteriza-se 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.
	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.

## DISCUSSÃO

Na vulnerabilidade individual, observam-se diagnósticos de enfermagem que, nos seus indicadores empíricos contidos nas definições operacionais, contemplam aspectos cognitivos e comportamentais enquanto condições que incrementam a vulnerabilidade da mulher idosa ao HIV/aids. Assim, diagnósticos de enfermagem relacionados com as condições cognitivas são: aprendizagem sobre saúde, prevenção e tratamento prejudicada; autoestima negativa; e conhecimento em saúde ausente. Já os diagnósticos de enfermagem relacionados com condições comportamentais são: déficit de autocuidado para tratamento e para prevenção; autonomia para tomada de decisão ausente; comportamento sexual prejudicado; e enfrentamento ineficaz.

Na inter-relação entre as modalidades da vulnerabilidade, destaca-se o diagnóstico “isolamento social”, classificado na vulnerabilidade social, mas com características causais relacionadas às modalidades individual e programática de vulnerabilidade, onde estão inseridas questões como reprodução de preconceitos e estereótipos pela própria pessoa idosa, pelos serviços de saúde, ou na comunidade em que ela se encontra inserida<sup>(3)</sup>. Demonstra inserção no panorama individual, com característica de escolha por sentimentos de culpa ou insegurança, mas também no social e programático, por meio da impressão de estereótipos e exclusão. Isso pode ser visto nas campanhas de prevenção que normalmente enfocam a população jovem<sup>(6)</sup>, e, conseqüentemente, excluem os idosos da capacidade de manter atividade sexual.

O diagnóstico “processo de tomada de decisão prejudicado”, classificado na vulnerabilidade individual, encontra-se relacionado à sexualidade da mulher idosa com influência de fatores determinantes associados às questões de gênero, como a dificuldade na negociação do uso do preservativo<sup>(4,18)</sup>; à associação do preservativo ao contexto de anticoncepção e não de prevenção de DSTs; à confiança no parceiro fixo<sup>(19)</sup>; e à relação de poder do sexo masculino sobre o feminino<sup>(18)</sup>.

O acesso à informação prejudicado pode incrementar essa vulnerabilidade individual da mulher idosa ao HIV/aids. Como agravante, os profissionais de saúde ainda se utilizam

da concepção errônea de grupos de risco, impressa culturalmente na sociedade, o que tende a excluir os idosos da necessidade de abordagem da temática de sexualidade ou DSTs<sup>(20)</sup>.

Sabendo-se que há influência social nas condições cognitivas e comportamentais dos indivíduos, um estudo identificou que as concepções de idosos sobre vulnerabilidade ao HIV/aids são representadas pelos seguintes diagnósticos: “medo da morte”, justificado pelos termos medo e morte; e “desesperança”, justificado pelos termos preconceito, sofrimento, tristeza e dor. Esses diagnósticos revelam uma concepção estigmatizada entre idosos quanto ao HIV/aids. Observa-se que, mesmo havendo um conhecimento de comportamento sexual adequado e capacidade para proteção parcial entre os idosos, existe uma concepção de morte quando se pensa em HIV/aids, evidenciando sentimentos negativos frente à doença. O HIV/aids é idealizado como uma doença grave e incurável, fato que justifica o diagnóstico de medo da morte<sup>(21)</sup>.

Fatores que se inter-relacionam podem ser contemplados de forma segregada pelo profissional de enfermagem durante a construção de enunciados diagnósticos, entretanto a atuação sobre esses fatores pode estar na mesma direção das ações necessárias à resolução deles. É o caso do enunciado diagnóstico “Estigma” do contexto social de vulnerabilidade (requisito de desvio de saúde), o qual, quando submetido ao processo de validação, sofreu alterações na definição operacional para que pudesse abordar a discriminação por idade e por gênero que estavam contempladas nos enunciados diagnósticos: “Discriminação por idade” e “Discriminação por gênero”. Isso eliminou a necessidade de mantê-los como opções separadas de diagnósticos, pois consistem em formas de exclusão baseadas em característica distintiva em relação ao grupo geral<sup>(22)</sup>.

O componente social da vulnerabilidade envolve ainda o acesso às informações, as possibilidades de compreendê-las e o poder de incorporá-las a mudanças práticas na vida cotidiana, condições que são associadas ao acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, ao poder de influenciar decisões políticas e à possibilidade de enfrentar barreiras culturais<sup>(5)</sup>. Tal componente pode ser visto no diagnóstico “acesso a conhecimento em saúde prejudicado”, que teve



sua definição operacional voltada para a não disponibilização de informações esclarecedoras ao indivíduo. Isso se dá não somente pela falta de capacidade dele em utilizar a consciência sobre problemas de saúde, mas principalmente pela baixa disponibilidade de fontes de informação com cunho de responsabilidade predominantemente social (escolas, campanhas, programas de governo), bem como institucional (educação em saúde).

A noção de vulnerabilidades ao HIV/aids em pessoas na maturidade e na velhice associa-se a concepções equivocadas de que, nessa fase da vida, adquirir a doença é uma consequência de libertinagem e promiscuidade<sup>(21)</sup>. Essa ideia sofre a influência preconceituosa e disseminada de uma sociedade na qual prevalece a responsabilização individual das pessoas que vivem com HIV (PVHA) pelo seu adoecimento, mediante a crença de que só se submetem ao risco de infecção aqueles que adotam comportamentos julgados socialmente como inadequados<sup>(18)</sup>. Há, ainda, um preconceito sofrido pela pessoa idosa soropositiva quando comparada a um jovem com o mesmo diagnóstico, devido à negação da sua sexualidade pela sociedade<sup>(23)</sup>, e a definição operacional do diagnóstico “estigma” aborda tal realidade de acesso desigual a oportunidades simplesmente pelo fator distintivo<sup>(22)</sup>, que neste caso é a idade.

O enunciado diagnóstico “apoio social ineficaz”, por sua vez, possui definição operacional que ressalta a necessidade de acompanhamento das pessoas idosas por meio de sistemas de suporte capazes de proporcionar condições favoráveis à superação de problemas ou à prevenção destes. Para tanto, são necessárias ações do requisito universal de autocuidado que promovam o funcionamento e desenvolvimento dentro dos grupos sociais aos quais esses indivíduos pertencem<sup>(8)</sup>.

Considerando que as diferentes situações de vulnerabilidade dos sujeitos podem ser particularizadas pelo reconhecimento de componentes interligados<sup>(5)</sup>, então se percebe, no contexto do enunciado diagnóstico “direitos do paciente”, uma relação contínua entre o fator social e o programático ou institucional. Isso implica sua classificação em ambos os contextos de vulnerabilidade, já que o indivíduo pode ter a dignidade (dentre outros direitos) prejudicada enquanto paciente mas também enquanto membro da sociedade, valendo utilizar também o diagnóstico “direitos do indivíduo” na vulnerabilidade social.

O exemplo de definição operacional do diagnóstico “política de saúde parcial”, da vulnerabilidade programática, facilita a compreensão da importância de se definir operacionalmente um diagnóstico a partir da percepção das instituições e das políticas de saúde que se referem à especificidade da pessoa idosa como sendo responsável pela reprodução de estereótipos. Isso porque tais instituições não contemplam essa pessoa dentro da população-alvo, fazendo com que as campanhas de prevenção não se voltem a ela, deixando-a marginalizada em relação aos cuidados específicos que merece receber<sup>(3)</sup>.

Essa ausência de campanhas que atinjam a população mais velha se destaca tanto no tocante à prevenção do HIV/aids quanto à abordagem da sexualidade em geral. Isso pode estar acontecendo pela persistência dos tabus estigmatizantes da sexualidade da pessoa idosa tanto na sociedade como entre profissionais de saúde, gerando poucas oportunidades nos

serviços para se discutir tal temática bem como as mudanças corporais que acontecem nessa faixa etária<sup>(24)</sup>.

Observa-se que os fatores que vulnerabilizam a mulher idosa ao HIV/aids consistem na falta de atenção à sexualidade na velhice e, ainda, na produção de medicamentos estimulantes do desempenho sexual em idosos, na ausência do uso do preservativo e na escassez de políticas de prevenção de HIV/aids em idosos<sup>(1)</sup>, fazendo com que a vulnerabilidade perpassasse os componentes individuais, sociais e programáticos.

Identifica-se, portanto, como resposta aos enunciados diagnósticos construídos e definidos operacionalmente a necessidade de serem implementadas ações educativas, de enfrentamento e de prevenção ao HIV/aids, de modo a voltar-se para a população idosa e levá-la à autopercepção de inserção na vulnerabilidade ao HIV/aids bem como à emancipação da condição de vulnerável.

### Limitações do estudo

Algumas dificuldades encontradas no estudo estão relacionadas à subjetividade da afirmação de uma definição operacional, entendendo que, mesmo sendo construída com base em indicadores empíricos, a sua utilização dependerá do raciocínio diagnóstico do enfermeiro, que poderá identificar outros atributos para os diagnósticos conforme sua experiência profissional, auxiliando seu raciocínio terapêutico e não limitando o uso dos enunciados diagnósticos aqui contemplados. Além disso, a discussão não contempla toda a complexidade apresentada pelos diagnósticos de enfermagem construídos e validados.

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

A classificação e definição operacional de diagnósticos de enfermagem subsidiam a prática clínica dos enfermeiros que cuidam da mulher idosa na atenção especializada bem como na atenção primária, auxiliando o raciocínio clínico e dando suporte ao registro sistemático da assistência de enfermagem. Este estudo tem o potencial de despertar a percepção das necessidades da clientela em cada componente do seu contexto de vida, colaborando com a integralidade do cuidado e das ações de saúde.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os diagnósticos de enfermagem classificados no quadro conceitual de vulnerabilidade de Ayres e na teoria do autocuidado de Orem apresentados, bem como suas definições operacionais validadas, representam condições que vulnerabilizam a mulher idosa ao HIV/aids e que são interligadas à necessidade de atuação junto ao autocuidado dessa população. É possível visualizar que a vulnerabilidade integra aspectos individuais, sociais e programáticos, ultrapassando o conceito de risco. Assim, chama a atenção o maior número de diagnósticos na vulnerabilidade individual; porém, a determinação social da doença representada por diagnósticos de enfermagem classificados na vulnerabilidade social e programática mostra a necessidade de renovação das práticas de saúde, focando em intervenções multidimensionais.

A abordagem da sexualidade na terceira idade bem como a vulnerabilidade à infecção pelo HIV configuram um

panorama de saúde desafiador aos profissionais durante o planejamento da assistência à saúde da mulher idosa. Entretanto, demonstrou-se que as definições operacionais podem contribuir para uma abordagem sistemática de cuidados de enfermagem na prática clínica, dando maior clareza

e facilidade de implementação. E isso é possível pela utilização de dados empíricos observáveis e pela determinação de conceitos, dando direcionamento e favorecendo a tomada de decisão do profissional de enfermagem sobre determinado diagnóstico.

---

## REFERÊNCIAS

1. Okuno MFP, Gomes AC, Meazzini L, Scherrer Jr G, Belasco Jr D, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2016 Dec 23];30(7):1551-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1551.pdf>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim epidemiológico: Aids e DST. 27ª a 53ª Semanas Epidemiológicas de 2014 e 1ª a 26ª Semanas Epidemiológicas de 2015. Brasília: MS; 2015.
3. Serra A, Sardinha AHL, Pereira ANS, Lima SCVS. Percepção de vida dos idosos portadores do HIV/AIDS atendidos em centro de referência estadual. *Saúde Debate* [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 15];37(97):294-304. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a11.pdf>
4. Bezerra VP, Serra MAP, Cabral IPP, Moreira MASP, Almeida SA, Patrício ACFA. Preventive practices in the elderly and vulnerability to HIV. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 30];36(4):70-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n4/1983-1447-rgenf-36-04-00070.pdf>
5. Ayres JRCM. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, (Org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. p.121-43.
6. Carneiro MS. Sexualidade e Aids na terceira idade. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 23];2(3):67-72. Available from: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/845/pdf>
7. Lopes EM, Freitas JG, Galvão MTG, Lopes MVO. Teoria do autocuidado na assistência às mulheres que vivem com AIDS: utilidade da teoria. *Av Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Aug 16];33(2):241-50. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n2/v33n2a06.pdf>
8. Orem DE. *Nursing Concepts of Practice*. 8. ed. Boston: Mosby; 2006.
9. Conselho Federal de Enfermagem-COFEN. Resolução 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF: COFEN; 2009.
10. Garcia TR. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE®: Versão 2015*. Porto Alegre: Artmed; 2016.
11. Ribeiro MAS, Lages JSS, Lopes MHBM. Nursing diagnoses related to skin: operational definitions. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 28];20(5):863-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/07.pdf>
12. Waltz CF, Strickland OL, Lenz. *Measurement in Nursing and Health research*. 3. ed. New York: Springer Publishing Company; 2005.
13. Siqueira MCF, Bittencourt GKGD, Nóbrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Term base for nursing practices with elderly women with HIV/AIDS. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2016 Sep 18];36(1):28-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36n1/1983-1447-rgenf-36-01-00028.pdf>
14. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 2012.
15. Carlson J. Consensus validation process: a standardized research method to identify and link the relevant NANDA, NIC, and NOC terms for local populations. *J Nurs Terminol Classif*. 2006;17(1):23-4.
16. Rey L. *Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003; 950p.
17. North American Nursing Diagnosis Association-NANDA. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2015-2017/[NANDA Internacional]*. Garcez RM, (Trad.). Porto Alegre: Artmed; 2015. 468p.
18. Santos AS, Arduini JB, Silva LC, Fonseca AS. Understanding of the elderly and their relatives regarding sexuality and HIV/AIDS: a descriptive study. *O Braz J Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 9];13(2):175-85. Available from: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4326/pdf\\_125](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4326/pdf_125)
19. Lima TC, Freitas MIP. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 10];65(1):110-5. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/16.pdf>
20. Silva LAN, Oliveira AAV. Idosos, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis: revisão integrativa da literatura. *Rev Divulg Científ Sena Aires* [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 16];2(2):197-206. Available from: <http://revistafacessa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/106/58>

21. Bittencourt GKGD, Moreira MASP, Silva LC, Nóbrega MML, Nogueira JA, Silva AO. Beliefs of older adults about their vulnerability to HIV/Aids, for the construction of nursing diagnoses. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Jan 10];68(4):579-85. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en\\_0034-7167-reben-68-04-0579.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en_0034-7167-reben-68-04-0579.pdf)
  22. Garrafa V, Godoi AMM, Soares SP. HIV/AIDS and the principle of non-discrimination and non-stigmatization. *Rev Latinoam Bioét* [Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 15];12(2):118-23. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v12n2/v12n2a12.pdf>
  23. Prado DJ, Neves JEF, Silva GS, Silva ICR. O conhecimento de HIV/AIDS em idosos de uma comunidade carente do Distrito Federal. *Acta Ciênc Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2016 Dec 20];2(1):87-101. Available from: <http://www2.ls.edu.br/actacs/index.php/ACTA/article/view/45/52>
  24. Gurgel SN, Lubenow JAM, Moreira MASP, Ferreira OGL, Pinho TAM, Nogueira JA. Vulnerabilidade do idoso ao HIV: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 23];8(Suppl.1):2487-93. Available from: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6216/pdf\\_5742](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6216/pdf_5742)
-