

# Controle ineficaz da saúde em pessoas vivendo com AIDS: análise de conteúdo

Ineffective health control in people living with AIDS: a content analysis  
Control ineficaz de la salud en personas que viven con SIDA: análisis de contenido

Richardson Augusto Rosendo da Silva<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-6290-9365>

Wenysson Noleto dos Santos<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-2093-5415>

Francisca Marta de Lima Costa Souza<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-2442-9499>

Rebecca Stefany da Costa Santos<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-1191-0232>

Izaque Cavalcanti de Oliveira<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-1756-6495>

Hallyson Leno Lucas da Silva<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0001-7237-1706>

Dhyanine Moraes de Lima<sup>1</sup>  <https://orcid.org/0000-0002-9723-705X>

## Como citar:

Silva RA, Santos WN, Souza FM, Santos RS, Oliveira IC, Silva HL, et al. Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com AIDS: análise de conteúdo. Acta Paul Enferm. 2020; eAPE20190129.

## DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2020A00129>



## Descritores

Síndrome de imunodeficiência adquirida; Diagnóstico de enfermagem; Estudos de validação; Processos de enfermagem

## Keywords

Acquired immunodeficiency syndrome; Nursing diagnosis; Validation studies; Nursing process

## Descriptores

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida; Diagnóstico de enfermería; Estudios de validación; Proceso de enfermería

## Submetido

22 de Maio de 2019

## Aceito

10 de Setembro de 2019

## Autor correspondente

Richardson Augusto Rosendo da Silva  
E-mail: rirosendo@hotmail.com

## Resumo

**Objetivo:** Analisar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem da Taxonomia II da NANDA Internacional, Inc (NANDA-I) Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com Aids.

**Métodos:** Estudo do tipo metodológico, de abordagem quantitativa. A validação de conteúdo foi realizada por 41 especialistas quanto à definição, localização, características definidoras e fatores relacionados do diagnóstico estudado. Utilizou-se o teste binomial para determinar a proporção de especialistas que indicaram que cada item adequado não ficou abaixo de 85%. Para tanto, o nível de significância adotado foi de 5%, com  $p > 0,05$ , e o item pertinente foi acima de 85%.

**Resultados:** Os especialistas julgaram que a definição encontrada na análise de conceito foi mais adequada, quando comparada com a Taxonomia II da versão da NANDA-I (2018-2020). As características definidoras mais prevalentes foram: falha em incorporar o tratamento na vida diária e co-infecção Tuberculose/HIV. Já os Fatores relacionados mais frequentes foram: negação da doença e falta de expectativas na melhora clínica.

**Conclusão:** A amostra final do diagnóstico foi composta por 19 fatores relacionados e 8 características definidoras. Foi sugerida adequação na definição do diagnóstico controle ineficaz da saúde em pessoas vivendo com aids e de seus componentes.

## Abstract

**Objective:** To analyze the content of NANDA International Taxonomy II (NANDA-I) nursing diagnosis, Ineffective Health Control in People Living with AIDS.

**Methods:** Methodological study with a quantitative approach. Content validation was performed by 41 experts regarding the definition, location, defining characteristics and related factors of the diagnosis studied. The binomial test was used to determine the proportion of experts who indicated that each appropriate item did not fall below 85%. The significance level adopted was 5%, with  $p > 0.05$ , and the pertinent item was above 85%.

**Results:** Experts considered that the definition found in the concept analysis was more appropriate when compared to Taxonomy II of the NANDA-I version (2018-2020). The most prevalent defining characteristics were failure to incorporate treatment into daily life and tuberculosis and HIV co-infection. The most frequent related factors were denial of disease and lack of expectations for clinical improvement.

**Conclusion:** The final diagnostic sample consisted of 19 related factors and 8 defining characteristics. Adequacy has been suggested in the definition of the diagnosis ineffective health control in people living with AIDS and its components.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, Brasil.  
Conflitos de interesse: nada a declarar.

## Resumen

**Objetivo:** Analizar el contenido del diagnóstico de enfermería de la Taxonomía II de NANDA International, Inc (NANDA-I) Control ineficaz de la salud en personas que viven con SIDA.

**Métodos:** Estudio metodológico, con enfoque cuantitativo. La validación del contenido fue realizada por 41 especialistas respecto a la definición, localización, características definitorias y factores relacionados con el diagnóstico estudiado. Se utilizó la prueba binomial para determinar la proporción de especialistas que indicaron que cada ítem adecuado no quedó debajo de 85%. Para eso, el nivel de significación adoptado fue de 5%, con  $p > 0,05$ , y el ítem pertinente fue por arriba de 85%.

**Resultados:** Los especialistas consideraron que la definición encontrada en el análisis de concepto fue más adecuada cuando se la compara con la Taxonomía II de la versión de NANDA-I (2018-2020). Las características definitorias más prevalentes fueron: falla al incorporar el tratamiento en la vida diaria y coinfección Tuberculosis/VIH. Por otro lado, los factores relacionados más frecuentes fueron: negación de la enfermedad y falta de expectativas de mejora clínica.

**Conclusión:** La muestra final del diagnóstico fue compuesta por 19 factores relacionados y 8 características definitorias. Se sugirió la adecuación de la definición del diagnóstico control ineficaz de la salud en personas que viven con SIDA y de sus componentes.

## Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), no cenário epidemiológico mundial, promoveu mudanças significativas no campo da saúde, levando a discussões acerca de comportamentos sexuais, associados a crenças em saúde, valores e mitos, por tratar-se de uma doença relacionada a sexualidade.<sup>(1)</sup>

Alguns modelos teóricos buscam compreender e explicar a relação entre o comportamento e as crenças individuais para a adoção ou não de comportamentos preventivos diante dessa enfermidade. Dentre os referenciais, destaca-se o Modelo de Crenças em Saúde (MCS).<sup>(2)</sup>

De acordo com o MCS, a adoção pelo indivíduo de comportamentos preventivos depende de quatro variáveis: percepção de vulnerabilidade, de severidade, de benefícios e barreiras percebidas. Assim, o indivíduo deve sentir-se e perceber-se em situação de vulnerabilidade em relação a determinado agravo. Além de entender que este agravo pode trazer consequências graves a sua saúde e perceber que para evitá-lo deve adotar comportamentos preventivos.<sup>(3)</sup> Deve-se considerar, no entanto, que esta nova atitude pode trazer impedimentos ou obstáculos diante da necessidade do controle da saúde.

Sabe-se que a Aids impõe mudanças no estilo de vida.<sup>(4)</sup> Estas, se relacionam às crenças e aos comportamentos apreendidos e incorporados pelas pessoas na convivência social. Portanto, é inegável que o controle da saúde de pessoas vivendo com Aids não se limita apenas à abordagem do corpo doente, sendo necessário considerar a experiência de vida e a subjetividade como aspectos imprescindíveis no processo de adoecer e cuidar de si.<sup>(1)</sup>

Destarte, os profissionais envolvidos no tratamento de pessoas vivendo com Aids, sobretudo os enfermeiros, devem compreender que as intervenções precisam ser complexas no sentido de favorecer ao paciente o controle sob sua saúde e o quanto este é responsável pelo êxito do tratamento. É importante que o profissional perceba se o cliente entendeu a informação e o quanto a leva em consideração, além de provocar a reflexão das consequências positivas do tratamento e das negativas, diante do controle ineficaz da saúde.

Nesse contexto, o enfermeiro deve utilizar a capacidade cognitiva, conhecimento científico, raciocínio clínico e experiência prática para avaliar as manifestações clínicas apresentadas pelo indivíduo, identificando os Diagnóstico de Enfermagem (DEs), e posteriormente as condutas necessárias para uma assistência adequada.<sup>(5)</sup>

Dentre os DEs presentes em pessoas vivendo com Aids, encontra-se o Controle Ineficaz da Saúde,<sup>(4)</sup> o qual está baseado no MCS. Esse diagnóstico está presente na Taxonomia II da NANDA-I, inserido no domínio Promoção da Saúde e na Classe 2: Controle da Saúde. É definido como “Padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para tratamento de doenças e suas sequelas que é insatisfatório para alcançar metas específicas de saúde”.<sup>(6)</sup>

Embora os diagnósticos propostos por esta taxonomia sejam bem reconhecidos e aplicados em diversas situações e cenários, eles não são definitivos, uma vez que pesquisas em populações específicas, por meio de estudos de validação, contribuem para a acurácia diagnóstica, estabelecimento de intervenções apropriadas, resultados positivos para a saúde do indivíduo e coletividade, e trazendo visibilidade para a enfermagem enquanto ciência.<sup>(7)</sup>

Dessa forma, a identificação dos componentes do DE estudado, corrobora para o processo de inferência diagnóstica, amplificando esta habilidade do enfermeiro, diminuindo as incertezas clínicas, e possibilitando a elaboração de intervenções de enfermagem seguras, com respaldo científico,<sup>(8)</sup> além de colaborar com o dimensionamento das práticas sistemáticas no âmbito da infectologia e a implementação de novas tecnologias para a assistência de pessoas vivendo com Aids, o que justifica a realização do presente estudo.

Identificou-se na literatura estudo sobre o DE controle ineficaz da saúde em pacientes submetidos à hemodiálise, o qual identificou a necessidade de aprofundar a análise desse DE em outros grupos de pacientes específicos, fornecendo componentes que melhor caracterizem o DE estudado.<sup>(9)</sup> Desta forma, observou-se a necessidade de realizar estudo sobre a análise de conteúdo do DE controle ineficaz da saúde em pessoas vivendo com Aids, sendo importante para a compreensão deste no contexto em que estão inseridos. Além de contribuir para a sua adequada aplicação, contribui para o julgamento do diagnóstico do enfermeiro, a fim de abordar mais claramente o cuidado prestado aos pacientes e subsidiar estudos de validação clínica. Traz também importante subsídios para a enfermagem como ciência.

Nessa perspectiva, buscou-se analisar quanto ao conteúdo, o DE Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com Aids, o qual irá proporcionar conhecimento significativo para os profissionais de enfermagem, possa contribuir para ampliar publicações na temática, planejamento do cuidado dessa clientela e colaborar em ações e estratégias precoces frente às comorbidades e/ou complicações, o que possibilita identificar os indicadores com maior precisão e clareza e facilita a tomada de decisão e a comunicação na equipe de enfermagem.

Diante dessa problemática, questiona-se: quais são os componentes do Diagnóstico de Enfermagem Controle Ineficaz da Saúde identificados em pessoas vivendo com Aids?

Frente ao exposto, o objetivo do estudo consiste em analisar o conteúdo do diagnóstico de enfermagem da NANDA-I Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com Aids.

## Métodos

Estudo do tipo metodológico, de abordagem quantitativa. Para este estudo foram realizadas as duas primeiras etapas do modelo de validação de diagnóstico de enfermagem proposto por Lopes, Silva e Araújo.<sup>(10)</sup> A primeira etapa, análise de conceito, teve como objetivo a identificação dos atributos, antecedentes e consequentes do DE Controle Ineficaz da Saúde com pessoas vivendo com Aids, além de revisar e aplicar a transposição para a negação dos componentes do diagnóstico e a construção das definições operacionais dos indicadores clínicos. E a segunda etapa, a análise de conteúdo por especialista, objetivou a adequação do material preparado na primeira etapa por enfermeiros peritos.

Para a realização desta primeira etapa, adotou-se o modelo de análise de conceito descrito por Walker e Avant.<sup>(11)</sup> E, para o seu desenvolvimento, foi utilizada como ferramenta a revisão integrativa proposta por Whittemore e Knafl.<sup>(12)</sup>

Na revisão integrativa, a busca foi realizada nos meses de janeiro a março de 2018, pelo pesquisador por meio de acesso ao portal da CAPES nas bases de dados Scopus, Lilacs, Cinahl, PubMed, Web of Science, Science Direct e Cochrane, utilizando-se palavras-chave e descritores: Cooperação do paciente; Cooperação e Adesão ao tratamento; Adesão à medicação e síndrome da imunodeficiência adquirida. Foram elaboradas para esta etapa da revisão, as seguintes questões de pesquisa: quais os indicadores clínicos que caracterizam o Controle Ineficaz da Saúde em pessoas vivendo com Aids? Quais os antecedentes (fatores relacionados) do Controle Ineficaz da Saúde e respectivos consequentes (características definidoras) na população pessoas vivendo com Aids?

A amostra inicial constituiu-se de 7.693 artigos, em seguida, aplicaram-se os critérios de seleção para refinar a busca, quais sejam: artigos disponíveis na íntegra, disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, estudos que respondam as questões norteadoras propostas. E os critérios de exclusão: notas prévias, protocolos, pesquisas em andamento, resenhas, editoriais e cartas ao editor. Por tratar-se de uma análise de conceito que busca apreender

definições e conceitos sobre o fenômeno estudado admitiu-se a inclusão de estudos secundários, como as revisões sistemáticas, considerando que a exclusão deste tipo de publicação poderia provocar uma expressiva redução de informações significativas.

Após a aplicação dos critérios estabelecidos, cada artigo foi submetido a uma leitura do título e do resumo para ratificar a presença dos elementos que sustentassem a análise de conceito, de modo que se obteve uma amostra final de 46 artigos.

Para calcular a proporção de especialistas, adotou-se a fórmula:  $n = Z_{\infty}^2 * P * (1 - P) / e^2$ , onde: “ $Z_{\infty}$ ” refere-se ao nível de confiança adotado (95%) e o valor adotado (1,96); “ $P$ ” representa a porcentagem esperada de especialistas que indicam a adequação de cada item (85%); e “ $e$ ” representa a diferença aceitável proporcional em relação ao que seria de esperar (15%).<sup>(10)</sup> Assim, a amostra foi composta por 22 especialistas em DE.

Os especialistas foram captados no mês de junho de 2018 por meio do recurso de busca simples de Currículo Lattes da Plataforma Lattes do portal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Para tanto, os termos utilizados na busca por assunto foram: diagnósticos de enfermagem e Aids. E os campos preenchidos foram: doutores e demais pesquisadores e nacionalidade brasileira. Recrutando-se um total de 68 currículos.

Assim, adotou-se como critérios: ser enfermeiro com experiência clínica em infectologia e ter alguma produção científica sobre diagnósticos da NANDA-I. Foram excluídos do estudo os especialistas que não estiverem com o currículo Lattes atualizado nos últimos 6 meses. Em seguida, após a seleção dos especialistas, foi enviada uma carta-convite via correio eletrônico, contendo a identificação do pesquisador e esclarecendo os objetivos da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Como o conceito de “especialista” não é muito claro considerou-se para o presente estudo como experiência clínica atuar há mais de um ano em serviços de infectologia, não sendo utilizado pontuações distintas (scores) para um período de tempo maior, e adotou-se como “alguma produção”, arti-

go completo em periódico ou resumo em Anais de Congresso, temendo-se não atingir o número mínimo da amostra.

Inicialmente, o número de especialistas selecionados estava acima do cálculo amostral, devido à possibilidade de falha em fazer contato, recusa em participar e informações incompletas. Dos 68 convites enviados para participação nesta pesquisa, obteve-se o retorno de 41 respostas. Assim, para o seguimento desta etapa, foram encaminhados para os especialistas o instrumento e as instruções de seu preenchimento via *e-mail*.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho à agosto de 2018. O instrumento foi composto por duas partes, a saber: caracterização dos especialistas e itens elaborados na análise de conceito: enunciado e definição do diagnóstico, domínio do diagnóstico, definições conceituais e empíricas das características definidoras e dos fatores relacionados.

Para cada definição conceitual e empírica das características definidoras e dos fatores relacionados, foi aplicada uma escala do tipo Likert com cinco níveis, variando de completamente inadequado até completamente apropriado. Com intuito de refinar a adequação de cada item, a escala foi recodificada dicotomicamente, onde os itens classificados com 1, 2, ou 3 foram considerados inadequados, e os itens de classificação de 4 ou 5 foram considerados adequados.<sup>(10)</sup>

A análise foi realizada por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences*® (SPSS), versão 19.0, utilizando-se um teste binomial. O nível de significância adotado foi de 5%, com  $p < 0,05$ , e o item adequado foi acima de 85%. Consequentemente, os componentes que não apresentaram essas proporções foram excluídos da proposta final do DE estudado.<sup>(10)</sup>

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos sob o parecer número 1.146.907.

## Resultados

Identificou-se que nos 46 estudos selecionados, o campo de atuação que mais prevaleceu foi a Medicina

(52,2%), seguida da Enfermagem (17,4%), Saúde Pública (15,2%), Multidisciplinar (10,9%) e Ciências Biológicas (4,3%). Os continentes de desenvolvimento das pesquisas foram: África (50%), América do Norte (21,8%), América do Sul (10,9%), Ásia (6,5%), Oceania (6,5%) e Europa (4,3%). Quanto ao ano de publicação, 17 (36,9%) artigos foram publicados no ano de 2017, 10 (21,8%) artigos foram indexados em 2016, nove (19,6%) artigos foram publicados no ano de 2015. Já em outros anos, houve uma queda de publicação, sendo cinco (10,9%)

artigos publicados no ano de 2014, três (6,5%) em 2018 e dois (4,3%) no ano de 2013. Desta forma, a figura 1 apresentada a seguir traz a representação do conceito estudado, sua definição, antecedentes, conseqüentes e atributos, de modo a ilustrar as informações identificadas e construídas.

Os especialistas eram em sua maioria do sexo feminino (58,5%), entre 30 e 35 anos de idade (34,1%), residentes da região Nordeste do Brasil (58,5%) e com mais de 10 anos de formação profissional (43,9%). Quanto à ocupação, a maioria

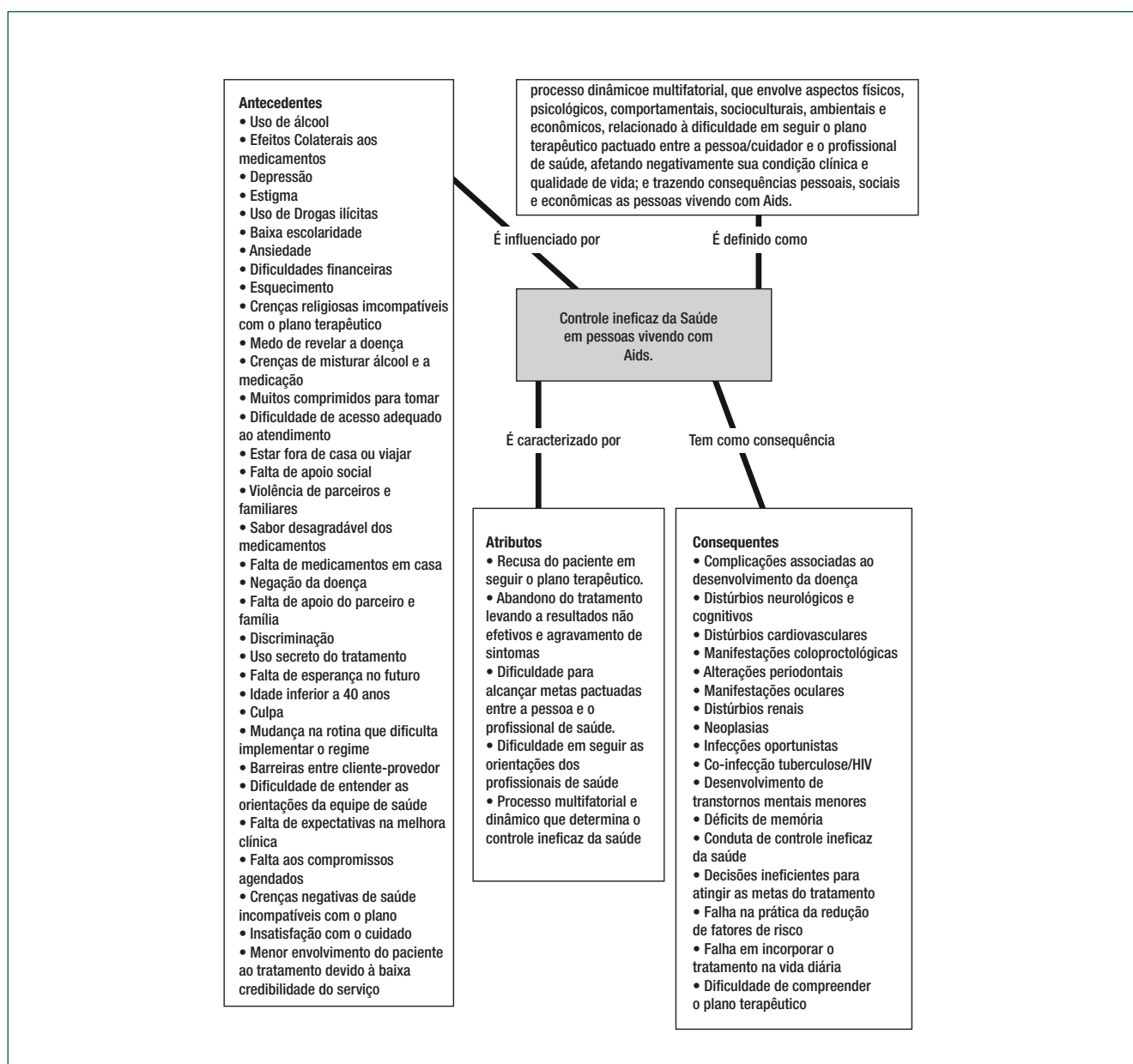


Figura 1. Representação do conceito estudado

(80,5%) atuava como docente em instituições de ensino, possuíam doutorado (61%), ensinavam DE (84,8%) e prestavam assistência a pessoas vivendo com Aids (70,7%).

Foram enviados para os especialistas duas definições para o DE Controle ineficaz da saúde. A primeira definição foi retirada integralmente da NANDA-I (2018-2020) e a segunda construída com o embasamento da análise do conceito. Verificou-se que 92,7% dos especialistas julgaram que a definição obtida na análise de conceito e fornecida pelo autor, apresentou-se como mais adequada foi: “Processo dinâmico e multifatorial, que envolve aspectos físicos, psicológicos, comportamentais, socioculturais, ambientais e econômicos, relacionados à dificuldade em seguir o plano terapêutico pactuado entre a pessoa/cuidador e o profissional de saúde, afetando negativamente sua condição clínica e qualidade de vida; e trazendo consequências pessoais, sociais e econômicas”.

No que tange à localização do DE Controle Ineficaz da Saúde, três posições foram apontadas: Domínio 1: Promoção da Saúde e Classe 2: Controle da Saúde (78%), localização atual do DE na taxonomia II pela NANDA-I; Domínio 11: Segurança/proteção e Classe 1: Infecção (14,6%); Domínio 11: Segurança/proteção e Classe 5: Riscos ambientais (7,3%). Neste caso, a maioria considerou adequada a localização atual deste DE.

Os especialistas avaliaram a adequação dos fatores relacionados e das características definidoras do DE, conforme demonstrado na tabela 1.

Da lista com 34 fatores relacionados, 15 apresentaram proporção de adequação inferior ao adotado (85%). Dessa maneira, esses termos foram retirados da lista final para a adequação dos fatores relacionados do DE estudado. Os especialistas avaliaram a adequação das características definidoras do DE, conforme demonstrado na tabela 1. Da lista com 17 características definidoras/ consequentes, 09 apresentaram proporção de adequação inferior ao adotado (85%), dessa maneira, esses termos foram retirados da lista final das características definidoras do DE estudado. O quadro 1, apresenta a proposta final para o DE Controle Ineficaz da Saúde, tendo como base os achados deste estudo.

**Tabela 1.** Adequação dos fatores relacionados e das características definidoras do DE Ineficaz da Saúde

Antecedentes/Fatores Relacionados	n(%)	p-value*
Negação da doença	41(100)	0,072
Falta de expectativas na melhora clínica	41(100)	0,072
Uso de drogas ilícitas	40(97,6)	0,001
Dificuldade de entender as orientações da equipe de saúde	40(97,6)	0,001
Efeitos colaterais aos medicamentos	39(95,1)	0,023
Depressão	39(95,1)	0,023
Dificuldade de acesso adequado ao atendimento	39(95,1)	0,023
Estigma	38(92,7)	0,153
Medo de relevar a doença	38(92,7)	0,153
Esquecimento	37(90,3)	0,048
Falta de esperança no futuro	37(90,3)	0,048
Crenças religiosas incompatíveis com o plano terapêutico	36(87,8)	0,001
Mudança na rotina que dificulta implementar o regime	36(87,8)	0,001
Barreiras entre cliente-provador	36(87,8)	0,001
Falta de apoio do parceiro e família	36(87,8)	0,001
Consumo abusivo de Álcool	35(85,4)	0,024
Falta de apoio social	35(85,4)	0,024
Crenças negativas de saúde incompatíveis com o plano	35(85,4)	0,024
Insatisfação com o cuidado	35(85,4)	0,024
Muitos comprimidos para tomar	34(82,9)	0,068
Falta dos medicamentos em casa	32(78,1)	0,071
Crenças de misturar álcool e a medicação	32(79,1)	0,071
Baixa escolaridade	31(75,6)	0,094
Dificuldades financeiras	30(73,2)	0,163
Uso secreto do tratamento	30(73,2)	0,163
Discriminação	29(70,7)	0,093
Menor envolvimento do paciente ao tratamento devido à baixa credibilidade do serviço	28(68,3)	0,641
Sabor desagradável dos medicamentos	27(65,8)	0,062
Estar fora de casa ou viajar	27(65,8)	0,062
Faltar aos compromissos agendados	25(60,9)	0,084
Violência de parceiro e familiares	24(58,5)	0,082
Culpa	23(56,1)	0,183
Ansiedade	23(56,1)	0,183
Idade inferior a 40 anos	15(36,6)	0,816
Consequentes/Características definidoras	n(%)	p-value*
Falha em incorporar o tratamento na vida diária	41(100)	0,023
Co-infecção tuberculose/HIV	39(95,1)	0,001
Dificuldade de compreender o plano terapêutico	38(92,7)	0,003
Complicações associadas ao desenvolvimento da doença	38(92,7)	0,003
Infecções oportunistas	37(90,2)	0,024
Decisões ineficientes para atingir as metas do tratamento	36(87,8)	0,035
Falha na prática da redução de fatores de risco	36(87,8)	0,035
Conduta de Controle ineficaz da saúde	36(87,8)	0,035
Distúrbios neurológicos e cognitivos	33(80,5)	0,621
Manifestações coloproctológicas	27(65,9)	0,741
Distúrbios renais	27(65,9)	0,741
Déficits de memória	26(63,4)	0,603
Desenvolvimento de transtornos mentais menores	24(58,5)	0,984
Manifestações oculares	23(56,1)	0,632
Alterações periodontais	23(56,1)	0,632
Neoplasias	22(53,7)	0,769
Distúrbios cardiovasculares	20(48,8)	0,834

\* Teste binomial

### Quadro 1. Proposta final para o diagnóstico de enfermagem Controle Ineficaz da Saúde

Características Definidoras
Decisões ineficientes para atingir as metas do tratamento
Falha na prática da redução de fatores de risco
Falha em incorporar o tratamento na vida diária
Complicações associadas ao desenvolvimento da doença
Infecções oportunistas
Co-infecção tuberculose/HIV
Conduta de controle ineficaz da saúde
Dificuldade de compreender o plano terapêutico
Fatores Relacionados
Consumo abusivo de álcool
Efeitos colaterais aos medicamentos
Depressão
Estigma
Uso de drogas ilícitas
Esquecimento
Crenças religiosas incompatíveis com o plano terapêutico
Medo de relevar a doença
Dificuldade de acesso adequado ao atendimento
Falta de apoio social
Negação da doença
Falta de apoio do parceiro e família
Falta de esperança no futuro
Mudança na rotina que dificulta implementar o regime
Barreiras entre cliente-provador
Dificuldade de entender as orientações da equipe de saúde
Falta de expectativas na melhora clínica
Crenças negativas de saúde incompatíveis com o plano
Insatisfação com o cuidado

## Discussão

A análise de conteúdo do DE Controle Ineficaz da Saúde, no que diz respeito às pessoas vivendo com Aids, pode facilitar o raciocínio diagnóstico de enfermeiros, por meio da disponibilização de elementos diagnósticos baseados em evidências apresentadas pelos pacientes e identificadas a partir de informações sobre um problema de saúde ou um processo vital.

A definição de um DE deve ser clara e concisa, a fim de facilitar a tomada de decisão e a comunicação na equipe de enfermagem.<sup>(6)</sup> É isso pôde ser visto na escolha da definição por parte dos especialistas, onde a definição proposta teve como base a análise de conceito. Em termos de localização, os especialistas escolheram o Domínio 1: Promoção da Saúde e a Classe 2: Controle da Saúde. O domínio Promoção da Saúde é definido como “percepção de bem-estar ou função normal e estratégias utilizadas para manter o controle desse bem-estar e

função normal, bem como para melhorá-las”, e a classe Controle de Saúde consiste em “identificação, controle, desempenho e interconexão de atividades para manter a saúde e o bem-estar”.<sup>(6)</sup>

Visto a aplicação dos estudos de validação do DE, é de fundamental importância que durante sua execução haja o aprofundamento na etapa de identificação e seleção dos especialistas a fim de se obter resultados legítimos, uma vez que pesquisas com esta abordagem metodológica se fundamentam na opinião destes profissionais.

A caracterização dos participantes, no presente estudo, foi semelhante a outros realizados para validar diagnósticos de enfermagem, onde houve a predominância da faixa etária entre 30 a 35 anos, o tempo de formação foi superior a 10 anos, título de doutorado e experiência clínica.<sup>(13,14)</sup>

Embora a taxa de detecção de Aids venha caindo no Brasil, a exemplo das regiões Sul e Sudeste com queda de 22,2% e 26,7%, respectivamente, segundo o último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, houve crescimento na região Nordeste de 12,7 casos por 100 mil habitantes em 2007 para 15,7 em 2017, representando um aumento de 24,1%. Embora a Aids seja um agravo nacional, esse aumento de casos suscita o interesse dos pesquisadores para desenvolver novos estudos na área, justificando a maioria (58,5%) dos especialistas que compuseram a amostra desse estudo serem oriundos da região do Nordeste.<sup>(15)</sup>

Os resultados do presente estudo apontaram como Características Definidoras para o DE Controle Ineficaz da Saúde: Decisões ineficientes para atingir as metas do tratamento, Falha na prática da redução de fatores de risco, Falha em incorporar o tratamento na vida diária, Complicações associadas ao desenvolvimento da doença, Infecções oportunistas, Co-infecção tuberculose/HIV, Conduta de controle ineficaz da saúde, Dificuldade de compreender o plano terapêutico.

Entende-se como Decisões ineficientes para atingir as metas do tratamento, as escolhas realizadas pelas pessoas vivendo com Aids que são ineficazes para atingir as metas de saúde, tais como: utilização inadequada ou não uso dos medicamentos antirretrovirais prescritos; não comparecimento às con-

sultas de rotina; não realização de exames regulares (CD4+ e Carga viral). Já sua Definição operacional (DO) consiste em questionar o paciente/familiar/cuidador sobre as escolhas diárias do paciente, se são compatíveis com as metas de saúde.<sup>(16)</sup>

Sabe-se que para que essas pessoas permaneçam saudáveis, e para prevenir a transmissão, o HIV precisa ser suprimido para níveis indetectáveis ou muito baixos por meio do tratamento antirretroviral contínuo.<sup>(17)</sup> Além disso, o tratamento dessa doença é uma ferramenta ímpar na resposta à Aids, prevenindo a sua progressão, complicações e a morte, evitando novas infecções e economizando recursos financeiros para o Sistema Único de Saúde. Visto que as expectativas quanto ao fim da epidemia dessa enfermidade dependem em grande medida da capacidade do mundo de proporcionar o tratamento a todos que precisam, dentro de uma abordagem baseada em direitos humanos, sendo o acesso ao tratamento universal, essencial.

A Falha na prática da redução de fatores de risco pode ser definida conceitualmente (DC) como falha em agir para reduzir fatores de risco ao desenvolvimento de comorbidades ou complicações relacionadas ao Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV).<sup>(18)</sup> Já a sua DO consiste em questionar o paciente/familiar/cuidador sobre as dificuldades para manter uma prática para reduzir os fatores de risco relacionados à doença.<sup>(19)</sup> Caso não adote medidas como a utilização do preservativo, essas pessoas podem infectar-se com outra cepa mais patogênica ou resistente do HIV, bem como adquirir outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) que podem agravar o curso da doença.<sup>(20)</sup>

A Falha em incorporar o tratamento na vida diária possui como DC a dificuldade expressa pela pessoa vivendo com Aids em seguir o regime de tratamento prescrito devido a sua complexidade e limitações próprias. Nesse sentido, a DO consiste em questionar o paciente/familiar/cuidador sobre a presença de dificuldades vivenciadas para o cumprimento do regime prescrito. Em se tratando de pessoas vivendo com Aids, esta falha está associada a baixos níveis socioeconômicos e educacionais, prescrição de esquemas terapêuticos complexos e insatisfação com o serviço de saúde<sup>(21)</sup>.

As Complicações associadas ao desenvolvimento da doença, apresenta a DC como piora dos sintomas da Aids e surgimento de infecções oportunistas, doenças cardiovasculares, dislipidemias, neoplasias e pneumonia.<sup>(22)</sup> Assim, a DO consiste em questionar o paciente/familiar/cuidador sobre o surgimento e intensificação dos sintomas.<sup>(23)</sup> É sabido que o HIV acomete as células de defesa e, por isso, causa comprometimento imunológico logo após a aquisição da infecção. Dessa forma, o diagnóstico precoce seguido do início da terapia antirretroviral logo no início da infecção promove o controle da carga viral e evita o desenvolvimento da doença e suas complicações, como as infecções oportunistas que levam ao óbito.<sup>(20)</sup>

As Infecções oportunistas são definidas conceitualmente como doenças que se desenvolvem em decorrência de uma alteração imunitária provocada por um hospedeiro e são geralmente de origem infecciosa.<sup>(24)</sup> A DO consiste em questionar o paciente/familiar/cuidador sobre o surgimento de sinais e sintomas de outras doenças e monitorar os resultados dos exames laboratoriais (contagem de células CD4+ e carga viral) de acordo com os padrões de normalidade. O HIV provoca a depleção de células do sistema imunológico, principalmente no subconjunto de células CD4+, predispondo o indivíduo a IST e infecções oportunistas.<sup>(25)</sup>

Ademais, com a progressão da doença o indivíduo pode apresentar Leucopenia, trombocitopenia e anemia, relacionadas à deficiência na imunidade, a qual tem sua causa na replicação viral e no mecanismo de ação do HIV, uma vez que este se liga à superfície celular e destrói os linfócitos T CD4, aumentando a suscetibilidade a infecções oportunistas.<sup>(26)</sup>

A CD Co-infecção tuberculose/HIV é definida como a presença de tuberculose (TB) em pessoas vivendo com HIV (PVHIV).<sup>(27,28)</sup> A DO consiste em questionar o paciente sobre a existência de um dos quatro sintomas: febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento; realização de pesquisa de TB; e, monitorar o tratamento da infecção latente da TB.<sup>(29)</sup>

A difusão da epidemia do HIV é considerada um dos principais fatores associados ao perfil epi-



demiológico da endemia tuberculosa. Isto se deve ao comprometimento do sistema imunológico dos indivíduos infectados pelo vírus, o que favorece o surgimento de doenças oportunistas, dentre elas a tuberculose. Por outro lado, a coinfeção TB/HIV também é frequentemente relacionada ao desenvolvimento da multirresistência aos tuberculostáticos, o que agrava a situação dos doentes, amplia o tempo necessário para o tratamento e, conseqüentemente, eleva os custos das ações de controle.<sup>(30)</sup>

A Conduta de Controle ineficaz da saúde é definida como comportamento inapropriado adotado pelo paciente diante do regime terapêutico prescrito, de forma a não melhorar o estado de saúde. Já a DO se refere a questionar o paciente/familiar/cuidador sobre a adesão aos cuidados prescritos e avaliar os resultados dos exames laboratoriais de acordo com os padrões de normalidade.<sup>(31,32)</sup>

As dificuldades que permeiam a manutenção das condutas terapêuticas em PVA estão relacionadas ao baixo nível sociocultural e falta de recursos econômicos. Estudos apontam o fator financeiro como um dos principais condicionantes para abandono do tratamento, uma vez que as necessidades de manutenção financeira diária acabam por superar as necessidades de manutenção da condição clínica, e o controle clínico segue em segundo plano.<sup>(33-35)</sup>

E ainda, outras barreiras encontradas para manutenção das condutas de controle estão relacionadas aos efeitos adversos advindos da terapia antirretroviral tais como: alterações corporais (lipodistrofias e a proeminência venosa periférica), modo de administração (tamanho dos medicamentos e a quantidade), bem como as manifestações clínicas (epigastralgia, náusea e êmese).<sup>(33)</sup>

A Dificuldade de compreender o plano terapêutico é definida como a incapacidade para adquirir, aplicar, assimilar informações relacionadas à saúde de maneira apropriada a saúde ou ausência, má orientação, ou falha no atendimento das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.<sup>(35)</sup> Já a DO diz respeito a questionar o paciente/familiar/cuidador sobre as práticas rotineiras orientadas pelos profissionais de saúde para ver o entendimento deles, assim como interrogar o paciente e a equipe de saúde sobre a rotina de orientações ao pacien-

te, cuidador, familiares.<sup>(23,24)</sup> Autores afirmam que a baixa escolaridade é um fator que dificulta a compreensão do plano terapêutico. Isso foi observado em estudos cujos indivíduos com menos anos de estudo apresentaram adesão inadequada ao tratamento.<sup>(33,35)</sup>

Destaca-se que na atual versão da NANDA-I, o DE “Falta de adesão” foi retirado, mas o termo continua sendo usado ora como fator de risco, ora como característica definidora. Nesse sentido, é salutar que os Enfermeiros como forma de superar a ausência desse DE, conheçam as peculiaridades da rotina dos pacientes, a fim de que identifiquem lacunas que possam interferir no controle da saúde e, juntamente com o paciente e demais membros da equipe de saúde, desenvolvam soluções que contemplem as dificuldades identificadas, ou seja, proponham intervenções eficazes.

Assim, torna-se necessário dirigir a atenção para a pessoa, em vez da doença. Desse modo, espera-se a construção de elo de confiança, respeito e empatia entre equipe e cliente, em que existe um propósito em comum, há troca de informações e decisões de saúde. É verificado que quando isso ocorre, há uma maior autocontrole da saúde. No contexto da inserção do cliente na responsabilização por sua saúde, deve-se promover o autocuidado apoiado, conceito no qual está inserida a ideia do empoderamento da população sobre o controle de sua saúde e a capacidade do autogerenciamento, reconhecendo o usuário como figura central. Para atingir os objetivos do autocuidado, o enfermeiro deve trabalhar o fortalecimento dos pacientes para que, então, possa planejar e agir sob um plano de cuidados que contenha metas e métodos, sabendo que podem surgir dificuldades como barreiras.

Ademais, infere-se que esse termo não foi listado nas características definidoras e nos fatores relacionados por acreditar que os especialistas entendem que este é um processo complexo e envolve múltiplos fatores, os quais estiveram presentes nos componentes da proposta final para o DE Controle Ineficaz da Saúde.

Destaca-se que na nova versão da NANDA-I, o DE Falta de Adesão foi retirado. Esse diagnóstico era bastante antigo, tendo a última revisão sido rea-

lizada em 1998. Apesar de ter sido traduzido para a língua portuguesa como Falta de Adesão, na versão em inglês, era denominado de “Noncompliance”, o qual possuía o sentido de falta de obediência, não sendo mais coerente com a maioria das pesquisas atuais na área, as quais apresentam foco ampliado na ideia de adesão que de conformidade.

Nessa perspectiva, a análise de conteúdo do DE estudado poderá auxiliar o enfermeiro na identificação dos indicadores com maior precisão e segurança e, assim, estabelecer resultados e intervenções de enfermagem com maiores chances de direcionamento e eficácia.

Por fim, o estudo apresentou limitações relacionadas à seleção da amostra, uma vez que não utilizou-se scores para diferenciar o tempo de experiência clínica e incluiu-se como produção científica, além de artigos publicados em periódicos, anais de congressos, baseando-se no receio de não haver um número suficiente de especialistas. No entanto, apresentou como fortaleza, diante da adoção de tais critérios, a possibilidade de ampliação dessa amostra na avaliação da relevância de conteúdo dos itens submetidos para validação, potencializando um múltiplo olhar sobre um determinado aspecto, neste caso, sobre o DE estudado.

## Conclusão

Os especialistas julgaram como adequada a definição proposta para o diagnóstico de enfermagem Controle Ineficaz da Saúde: processo dinâmico e multifatorial, que envolve aspectos físicos, psicológicos, comportamentais, socioculturais, ambientais e econômicos, relacionado à dificuldade em seguir o plano terapêutico pactuado entre a pessoa/cuidador e o profissional de saúde, afetando negativamente sua condição clínica e qualidade de vida; e trazendo consequências pessoais, sociais e econômicas. Além disso, a proposta final para o DE, tendo como base a análise de conteúdo, considerou adequada a localização atual na taxonomia II pela NANDA-I, Domínio 1 (Promoção da Saúde), Classe 2 (Controle de Saúde). Foram consideradas como adequadas, oito características definidoras,

quais sejam: decisões ineficientes para atingir as metas do tratamento, falha na prática da redução de fatores de risco, falha em incorporar o tratamento na vida diária, complicações associadas ao desenvolvimento da doença, infecções oportunistas, co-infecção tuberculose/HIV, conduta de controle ineficaz da saúde e dificuldade de compreender o plano terapêutico. Além disso, foram indicados 19 fatores relacionados, a saber: consumo abusivo de álcool, efeitos colaterais aos medicamentos, depressão, estigma, uso de drogas ilícitas, esquecimentos, crenças religiosas incompatíveis com o plano terapêutico, medo de relevar a doença, dificuldade de acesso adequado ao atendimento, falta de apoio social, negação da doença, falta de apoio do parceiro e família, falta de esperança no futuro, mudança na rotina que dificulta implementar o regime, barreiras entre cliente-provador, dificuldade de entender as orientações da equipe de saúde, falta de expectativas na melhora clínica, crenças negativas de saúde incompatíveis com o plano e insatisfação com o cuidado.

## Agradecimentos

À Universidade Federal do Rio Grande do Norte pelo suporte institucional e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior, pela bolsa de mestrado concedida a Santos, WN.

## Colaborações

Silva RAR, Santos WN, Souza FMLC, Santos RSC, Oliveira IC, Silva HLL e Lima DM cooperaram com a concepção do projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

## Referências

1. Khumsaen N, Stephenson R. Beliefs and Perception About HIV/AIDS, Self-efficacy, and hiv sexual risk behaviors among young thai men who have sex with men. *AIDS Educ Prev.* 2017;29(2):175-190.

2. Wagner AC, Hart TA, McShane KE, Margolese S, Girard TA. Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: Initial validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS)]. *AIDS Behav.* 2014;18(12):2397-408.
3. Petersen S, Do T, Shaw C, Brake K. Developing a model of health behavior change to reduce parasitic disease in Vietnam. *Health Educ Res.* 2016;31(6):716-728.
4. Silva RT, Silva RA, Rodrigues ID, Souza Neto VL, Silva BC, Souza FM. Coping strategies of people living with AIDS in face of the disease. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26:e2985.
5. Silva RA, Costa MM, Souza Neto VL, Silva BC, Costa CS, Andrade IFC. Noncompliance in people living with HIV: accuracy of defining characteristics of the nursing diagnosis. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2017; 25:e2940..
6. Herdman TH, Kamitsuru S. *NANDA International Nursing Diagnoses: definitions and classification 2018-2020.* Oxford: Wiley-Blackwell; 2018.
7. Lucio KD, Andriola IC, Tinôco JD, Fernandes MI, Macedo BM, Cossi MS, Lopes MV, Lira AL. Delay in growth in adolescents: Clinical validation of a proposed nursing diagnosis. *J Pediatr Nurs.* 2019;46:e72-e76.
8. Caldeira S, Timmins F, de Carvalho EC, Vieira M. Clinical validation of the nursing diagnosis spiritual distress in cancer patients undergoing chemotherapy. *Int J Nurs Knowl.* 2017;28(1):44-52
9. Paiva MG, Tinoco JD, Silva FB, Dantas JR, Lopes MV, Lira AL. Ineffective health management in hemodialysis patients: content analysis. *Rev Bras Enferm.* 2017;71(4):1825-31.
10. Lopes MV, Silva VM, Araújo TL. Methods for establishing the accuracy of clinical indicators in predicting nursing diagnoses. *Int J Nurs Knowl.* 2012; 23(3):1349.
11. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing.* 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall; 2011.
12. Whittemore R, Knaf K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs.* 2005; 52(5):546-53.
13. Holanda SA, Figueiredo CZ, Oliveira LM, Ferreira BR, Oliveira BD. Impaired verbal communication: diagnosis review in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Rev Bras Enferm.* 2018; 71(6):3063-73.
14. Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2016; 24:e2693.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - HIV Aids [Internet]. 2019[citado 2019 Jul 17]; 50(13). Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>
16. Taylor LJ, Johnson SK, Nabozny MJ, Tucholka JL, Steffens NM, Kwekkeboom KL, et al. Barriers to goal-concordant care for older patients with acute surgical illness: communication patterns extrinsic to decision Aids. *Ann Surg.* 2018;267(4):677-82.
17. Mahlab-Guri K, Asher I, Bezalel-Rosenberg S, Elbirt D, Stthoeger ZM. Hospitalizations of HIV patients in a major Israeli HIV/AIDS center during the years 2000 to 2012. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(18):e6812.
18. Fatukasi TV, Cole SR, Moore RD, Mathews WC, Edwards JK, Eron JJ. Risk factors for delayed antiretroviral therapy initiation among HIV-seropositive patients. *PLoS One.* 2017;12(7):e0180843.
19. Fonsah JY, Njamnshi AK, Kouanfack C, Qiu F, Njamnshi DM, Tagny CT. Adherence to Antiretroviral Therapy (ART) in Yaoundé-Cameroon: Association with Opportunistic Infections, Depression, ART Regimen and Side Effects. *PLoS One.* 2017;12(1):e0170893.
20. Lundgren JD, Borges AH, Neaton JD. Serious non-aids conditions in HIV: Benefit of Early ART. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2018:162.
21. Basti BD, Mahesh V, Bant DD, Bathija GV. Factors affecting antiretroviral treatment adherence among people living with human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome: A prospective study. *J Fam Med Prim Care.* 2017;6(3):482-86.
22. Zohar M, Micha B. Cancer incidence in people living with HIV/AIDS in Israel, 1981-2010. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2015;31(9):873-81.
23. Keaei M, Kuhlmann J, Conde R, Evers SM, Gonzalez J, Govers M, Hiligsmann M. Health-related quality of life of patients with HIV/AIDS in Bogotá, Colombia. *Value Health Reg Issues.* 2016;11:68-72.
24. Yang Y, Zhang Y, Cao Y, Tang R, Yang S, Li L, Yao S, Ye R, Wang J, Duan S, He N. Incidence and risk factors of HIV infection among sero-negative spouses of people living with HIV/AIDS in Dehong prefecture, Yunnan province. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2016;37(4):512-6.
25. Masur H. HIV-related opportunistic infections are still relevant in 2015. *Top Antivir Med.* 2015;23(3):116-9..
26. Senard O, Burdet C, Visseaux B, Charpentier C, Le Gac S, Julia Z, et al. Epidemiological profile of newly diagnosed HIV-infected patients in Northern Paris: a retrospective study. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2017;33(1):11-6.
27. Shivapujimath R, Rao AP, Nilima AR, Shilpa DM. Across-sectional study to assess the stigma associated with tuberculosis among tuberculosis patients in Udupi district, Karnataka. *Indian J Tuberc.* 2017;64(4):323-6.
28. Wa Ilunga EN, Muya RK, Kaponda AA, Kaput CM, Kalonji SM, Chiribagula VB, et al. Prevalence of HIV-Tuberculosis co-infection and HIV impact on patients with tuberculosis in the Lubumbashi Health Zone from 2014 to 2015. *Rev Pneumol Clin.* 2018;74(1):9-15.
29. Karo B, Krause G, Castell S, Kollan C, Hamouda O, Haas W. Immunological recovery in tuberculosis/HIV co-infected patients on antiretroviral therapy: implication for tuberculosis preventive therapy; Clin Surv HIV Study Group. *BMC Infect Dis.* 2017;17(1):517.
30. Novotny T, Hendrickson E, Soares EC, Sereno AB, Kiene SM. HIV/AIDS, tuberculosis, and tobacco in Brazil: a syndemic that calls for integrated. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33(Suppl 3):e00124215.
31. Rogers AH, Bakhshaie J, Horenstein A, Brandt CP, Heimberg RG, Zvolensky MJ. Emotion dysregulation in the experience of pain among persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care.* 2019 May 9:1-8.
32. Jacobson KB, Niccolai L, Mtungwa N, Moll AP, Sheno SV. "It's about my life": facilitators of and barriers to isoniazid preventive therapy completion among people living with HIV in rural South Africa". *AIDS Care.* 2017;29(7):936-42.
33. Freitas JP, Cruz MC, Caldeira NM, Gir E. Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. *Acta Paul Enferm.* 2018;31(3):327-33.
34. Remor KV, Ogliari LC, Sakae TM, Galato D. Adesão aos antirretrovirais em pessoas com HIV na grande Florianópolis. *Arq Catarinenses Med.* 2017; 46(2):53-64.
35. Chen Y, Kalichman SC. Synergistic effects of food insecurity and drug use on medication adherence among people living with HIV infection. *J Behav Med.* 2015;38(3):397-406.