UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FENÔMENOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO TERMO "RAZÕES PARA AS AÇÕES" EM MULHERES ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE GINECOLOGIA DE FORTALEZA-CE

Isaura Letícia Tavares Palmeira

Fortaleza – Ceará

2005

ISAURA LETÍCIA TAVARES PALMEIRA

FENÔMENOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO TERMO "RAZÕES PARA AS AÇÕES" EM MULHERES ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE GINECOLOGIA DE FORTALEZA-CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Enfermagem em Saúde Comunitária.

LINHA DE PESQUISA: Enfermagem e os estudos teóricos e históricos das práticas de saúde.

PROJETO DE PESQUISA: Tecnologia para o cuidado de enfermagem.

ORIENTADOR:Prof° Dr.Marcos Venícios de Oliveira Lopes

FORTALEZA
2005

P198f Palmeira, Isaura Leticia Tavares
Fenômenos de enfermagem relacionados ao termo "Razões para as ações" em mulheres atendidas em um serviço de ginecologia de Fortaleza- CE / Isaura Leticia Tavares Palmeira.- Fortaleza, 2005.
109f.
Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícius de Oliveira Lopes
Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
1. Enfermagem. 2. CIPE (Classificação internacional para a prática de enfermagem). 3. Fenômenos de enfermagem – prevalência. I. Título
CDD 610.73

ISAURA LETÍCIA TAVARES PALMEIRA

PREVALÊNCIA DE FENÔMENOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO TERMO "RAZÕES PARA AS AÇÕES" EM MULHERES ATENDIDAS EM UM SERVIÇO DE GINECOLOGIA DE FORTALEZA-CE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Data: 25/02/2005

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes
Universidade Federal do Ceará
Presidente

Prof. Dr. Paulo César de Almeida
Universidade Estadual do Ceará
1ª Examinador

Profa. Dra. Thelma Leite de Araújo
Universidade Federal do Ceará
2ª Examinadora

Profa. Dra. Maria Miriam Lima da Nóbrega
Universidade Federal da Paraíba
Examinadora Suplente

DEDICATÓRIA

Ao Senhor meu Deus, eterno companheiro.

Aos meus pais-Gedeão e Lúcia, irmãos,Filha-Cindy, pelo amor e amizade nos momentos difíceis.
Ao meu Esposo-Pedro pela dedicação, paciência e trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof°. Dr. Marcos V. de Oliveira Lopes, por tudo, pela genialidade, pela compreensão, pelas orientações. A ele meu eterno respeito e admiração.

Aos membros da banca que cordialmente aceitaram em nos apoiar.

Aos meus colegas do mestrado, pela boa e grandiosa jornada de crescimento.

Aos Professores do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelos ensinamentos e pelas palavras de apoio.

Aos membros do Projeto Tecnologia para o Cuidado em Enfermagem, pelo crescimento compartilhado.

Aos funcionário do Departamento de Enfermagem, e especialmente aos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Às Enfermeiras e a diretora Enfa.Tânia da Unidade de Saúde César Cals, por não colocarem nenhum obstáculo para a realização da pesquisa.

Às Enfa.Drª Artemisa e Profª Drª Raimunda Magalhães pelos ensinamentos e encorajamentos inesquecíveis.

Às mulheres que participaram do estudo.

À Coordenação de Apoio ao Pessoal de Ensino Superior (CAPES), pelo apoio financeiro prestado para o desenvolvimento deste trabalho.

Às minhas eternas companheiras e irmãs Emília, Isis e Débora por nunca me deixarem esquecer meus sonhos nos momentos de lutas.

Um agradecimento especial àquele que não foram citados, mas que prestaram apoio e nunca duvidaram da minha dedicação.

RESUMO

PALMEIRA, I. L.T. **Prevalência de Fenômenos de Enfermagem associados ao termo "Razões para as Ações" em mulheres atendidas em um serviço de ginecologia de Fortaleza-CE.** Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Dissertação (Mestrado), 2005, 109 p.

Diversos problemas de saúde têm atingido a população feminina nos últimos anos como, por exemplo, o aumento da incidência de câncer de mama e de útero. A consulta de enfermagem a esta população tem sido implementada como forma de contribuição para a tentativa de mudança deste perfil. Entretanto, este serviço tem enfrentado dificuldades pela inexistência de dados específicos para o trabalho de enfermagem. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE é uma tentativa de unificar mundialmente a linguagem de enfermagem. Neste estudo buscou-se analisar os fenômenos de enfermagem descritos na CIPE-Versão Alfa que compõe o ítem "Razões para as Ações" em 219 mulheres atendidas no serviço de ginecologia, numa Unidade Básica de Saúde da Família com mulheres residentes em Fortaleza no período de janeiro a março de 2004. Foram encontrados 35 fenômenos de enfermagem que indicam manutenção da saúde (12) e alteração da saúde (23). Dos primeiros, três estavam abaixo do P_{25}, sendo por isso considerados para a análise mais profunda, pois, representam uma lacuna no estado de saúde destas mulheres, são eles Memória presente em apenas 51,1%, Emoção, em 13,2% e Crença, em 6,4%. O fenômeno Memória mostrou associação com a baixa escolaridade e a ocupação doméstica ($p=0,0139$ e $p=0,0167$). Não houve associação entre os três fenômenos. Os Fenômenos que indicam alteração de saúde que estavam acima do P_{75}, foram Crença de Valor (84,4%), Medo (79,5%), Crença Religiosa (60,7%), Desorientação (48,9%) e Impotência (26%).Os fenômenos Crença Religiosa e Medo não mostraram associação com fatores sócio-econômicos. O fenômeno Crença Religiosa mostrou associação com a baixa escolaridade e com idade > 40 anos. O fenômeno Desorientação esteve associado à baixa escolaridade e à ocupação doméstica, e Impotência, com número reduzido de membros da família. Os fenômenos que indicaram alteração de saúde não houve associações entre si. Concluiu-se que a ocorrência desses fenômenos aconteceu de forma independente entre si. A utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em sua versão Alfa apresentou limitações em alguns termos dificultando a análise de alguns fenômenos.Contribuímos deixando dados estatísticos dos fenômenos de enfermagem e os principais fenômenos encontrados na área da ginecologia.

Descritores: Fenômenos de Enfermagem- CIPE Vesão Alfa, atendimento ginecológico.

ABSTRACT

PALMEIRA, I. L. T. **Sectional Study of Nursing Phenomena associated to term "Reasons for the Actions" in women attended in the gynecology service in Fortaleza-CE.** Fortaleza: Federal University of Ceará. Dissertation (Master), 2005, 109 p.

The several health problems have been hiting the feminine population in the last years as, for example, the breast and uterus' cancer incidence increase. The nursing consultation to this population has been implemented as contribution form for the change attempt of this profile. However, this service has been facing difficulties by the inexistence of specific data for the nursing work. The International Classification for the Nursing Practice - ICNP is an attempt to unify world-wide for nursing language. In this study it sought to analyze the nursing phenomena described in ICNP - Alpha version that composes the item "Reasons for Actions" in women attended in 219 women who were attended in a Basic Unit of Family Health with resident women in the Fortaleza city in the period of January to March of 2004. They were found 35 nursing phenomena that indicate health maintenance (12) and that indicate health alteration (23). From the first, three were below P_{25}, being considered for the most profound analysis, because, represent a gap in the health condition from this women, are them present Memory in just 51,1%, Emotion, in 13,2% and Belief, in 6,4%. The phenomenon Memory showed association with lows her education and the domestic occupation (p=0,0139 e p=0,0167). Did not exist association between the three phenomena. The Phenomena that indicate health alteration that were above of P_{75}, they were Value Belief (84,4%), Fear (79,5%), Religious Belief (60,7%), Disorientation (48,9%) and Impotence (26%). The Religious Belief phenomena and Fear did not show association with socioeconomic factors (p>0,05). The Religious Belief showed association with low level of scolarity and age > 40 years. The Disorientation was associated to the low level of scolarity and to the domestic occupation and the Impotence with number reduced of family members. When crossing the phenomena that indicated health alteration to each other, were not evidenced associations showing independence among them. It concluded that the occurrence of these phenomena happened of independent form to each other. The utilization of the International Classification for the Nursing Practice in its version Alpha presented limitations in some terms complicating the analysis of some phenomena. This work's contribution is establish statistic dates to nursing phenomena specially to the main phenomena on gynecology area.

Keywords: Nursing phenomena - ICNP Version Alpha, gynecological assistance.

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE QUADROS

ÍNDICE DE TABELAS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Verifica-se hoje, uma alta freqüência de problemas de saúde associado a doenças crônico-degenerativas e infecciosas. Temos, como exemplo, o aumento crescente dos casos de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), câncer de colo uterino e de mama. Este último, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2002), permanece como a primeira causa de morte por câncer de mulheres brasileiras.

O combate a estes problemas perpassa por ações de saúde coletiva especificamente direcionada aos mesmos. Campanhas educativas estão sendo realizadas pelos meios de comunicação e pelos profissionais de saúde, mas não parecem mudar o índice alarmante de mortalidade. Linard (2000) afirma que as campanhas educativas desenvolvidas até o momento através dos grandes mídias (rádio, televisão e jornal) não tem alcançado seus objetivos, os quais são: disseminar as informações sobre as doenças e influenciar nos hábitos cotidianos das pessoas.

Problemas nesta área tem-nos despertado a atenção desde o ano 1998, quando assumimos uma vaga de bolsista no Projeto de Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), intitulado Saúde da Mulher. Buscamos adquirir experiência, tanto teórica quanto prática a respeito dos problemas envolvendo a saúde da mulher. Durante as atividades do grupo procuramos participar de oficinas educativas que possibilitassem nossa inserção no cotidiano de mulheres detentoras de questionamentos e carentes de orientação a respeito do cuidar de sua saúde. Aliado a esse fato, quando enfermeira do Programa Saúde da Família (PSF), em Tabuleiro do Norte - CE, realizamos alguns estudos sobre o atendimento de mulheres na área ginecológica e pudemos perceber como esse campo é vasto e carente em pesquisas na área da enfermagem.

Uma das atividades realizadas no Projeto de Pesquisa durante a Graduação foi o desenvolvimento de estudos envolvendo consulta de enfermagem e sua influência no ensino do auto-exame de mamas, quando pudemos perceber alguns fatores que pareciam influenciar o conhecimento, ou mesmo a busca do conhecimento por parte das mulheres. Entre eles destacamos: ansiedade, medo da conseqüência do aprendizado, problemas pessoais e financeiros dentre outros.

Tais fatores são importantes para serem considerados na consulta ginecológica. É nela que a mulher é aconselhada quanto às doenças sexualmente transmissíveis, quanto ao planejamento familiar, e onde se realiza exames das mamas e colpossitológico. É neste ínterim que o profissional da saúde pode detectar doenças relacionadas como condiloma acuminado, câncer de mama e câncer de útero e de ovário (MURAD e KATZ, 1996). Dentre as ações de enfermagem ao Enfermeiro cabe o aconselhamento quanto aos métodos ou formas contraceptivas, ao tratamento de doenças, a solicitação de exames complementares, exame físico e coleta de material citológico. É neste momento que há maior interação entre enfermeiro e o paciente possibilitando ao profissional realizar intervenções específicas, planejar os próximos encontros e avaliar o processo saúde-doença.

Para uma assistência mais direcionada e de qualidade, a equipe de saúde deve estar integrada, organizada e consciente do seu papel técnico-científico. Assim, as ações de enfermagem necessitam serem definidas com base em fenômenos determinados por meio da avaliação clínica. Além disso, tais ações podem ser melhor direcionadas tendo como ponto de partida uma classificação que procura unir fenômenos e ações, de forma a proporcionar uma visão ampliada das necessidade de um grupo. Isto nos reporta aos estudos que objetivam desenvolver processos e produtos, os quais se apresentam como uma

produção tecnológica, que venha ao encontro especificamente do trabalho do enfermeiro. E é na prática da consulta de enfermagem que o profissional tem em suas mãos instrumento e ambiente valiosos para esta produção que possibilite a maior qualidade da assistência prestada.

Estudos nesta área ainda são raros. Segundo Mendes et al. (2002), avaliando um total de 5875 resumos de trabalho publicados nos três últimos Congressos Brasileiros de Enfermagem, apenas 16 possuíam características de produção tecnológicas, isto é, que fossem palpáveis ou simbólicos e que tivessem sido avaliados, testados, conformados ou sistematizados. Isto é corroborado por Trentini e Gonçalves (2000) ao afirmarem que como produção tecnológica entende-se não apenas a construção de aparelhos técnicos, mas trabalhos que se apresentam com uma ação intencional sobre a realidade, culminando com produtos que podem consistir em materiais palpáveis e também bens e produtos simbólicos.

A carência de estudos nesta vertente é ainda mais acentuada quando delimitamos áreas específicas, como por exemplo, tecnologia em enfermagem na área da saúde da mulher. Em nossa realidade, tal carência tem trazido alguns problemas de ordem operacional tais como: consultas de enfermagem ainda arraigadas no modelo biomédico de atenção à saúde, dificuldade de direcionar ações específicas de enfermagem, não classificação de fenômenos e ações específicas de enfermagem, o que culmina com a dificuldade de determinação de seu objeto de trabalho, e tendência a trabalhar a educação em saúde como mero repasse de informações, não se detendo na necessidade de mudanças de comportamento.

Com isso, a saúde da mulher, apesar dos esforços governamentais e não governamentais, em ampliar o atendimento a essa população, tem sofrido

vários embates. Na enfermagem, a implementação de consultas ginecológicas acrescidas de orientação tem contribuído de forma parcial para mudar o perfil de saúde dessas mulheres. Entretanto, a avaliação das ações implementadas ainda é um fator pouco contemplado ou pouco divulgado no trabalho do enfermeiro.

Parte desse problema pode estar associado à inexistência de dados específicos do trabalho de enfermagem que sirvam para o estabelecimento do perfil de fenômenos de enfermagem, fatores que influenciam o estado de saúde, e para o estabelecimento de intervenções e metas a serem implementados e alcançados respectivamente.

Hoje, ainda não se têm um sistema único de classificação, que os enfermeiros possam utilizar como linguagem uniformizada do cuidado. Segundo Nobréga e Gutiérrez (2000), os sistemas de classificação da prática de enfermagem surgiram na década de 50 e, desde então, tem-se aprimorado no esforço de identificar conceitos próprios e sua ultilização na prática. Temos como exemplo a Classificação de Omaha, a *North American Nursing Diagnoses Association* - NANDA, a Classificação das Respostas Humanas de Interesse para a Prática de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Atualmente, o sistema de classificação mais divulgado no Brasil é a taxonomia da NANDA, constituída por uma estrutura teórica - os Padrões de Respostas Humanas - que orienta a classificação e a categorização dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) ou das condições que necessitam de intervenções e cuidados de enfermagem. Esta classificação, apesar de ser adaptada e traduzida em 17 línguas, não tem conseguido unificar a linguagem em enfermagem. Foi tramitado, na Organização Mundial de Saúde – OMS - uma proposta de inclusão desta classificação na revisão da Classificação

Internacional de Doenças - CID-10, como taxonomia específica dos profissionais de enfermagem, porém a mesma foi negada com a justificativa de que ela não representava a enfermagem mundial. (FARIAS et al., 1990).

Em 1989, foi votada e aprovada, pelo Conselho Internacional de Enfermagem - CIE, a proposta de desenvolvimento de um Sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE. Para isto foram analisadas a Classificação Internacional de Doenças – CID-10, os 14 Sistemas de Classificação de Enfermagem, mais usados, e as classificações aceitas pela Organização Mundial de Saúde – OMS. A CIPE tem como objetivos estabelecer uma linguagem comum para a prática de enfermagem, de forma a aumentar a comunicação entre os enfermeiros, descrever os cuidados de enfermagem prestados às pessoas nos vários contextos da prática, possibilitar a comparação dos dados de enfermagem obtidos nos diversos contextos clínicos, população de clientes, áreas geográficas ou tempo. (ICN, 1996).

Em 1996, foi publicado a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Alfa: Um Marco Unificador, contendo a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem, essa versão foi traduzida para diversas línguas, inclusive para o português no Brasil, na evolução foi construída a Versão Beta, divulgada em julho de 1999 e em janeiro de 2002, o CIE divulgou a Versão Beta 2 (GARCIA e NÓBREGA, 2004).

Esta classificação é uma tentativa de uniformizar a linguagem de enfermagem a nível internacional. Sendo assim, estudos que busquem sua aplicação, avaliação ou mesmo incorporação, são ainda escassos, porém necessários.

Com base no exposto, nos propomos a aplicar a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – Versão Alfa, no trabalho do enfermeiro, na área da ginecologia, enfocando especificamente os fenômenos de enfermagem que compõe o item "Razões para ações", por acreditarmos que são as motivações que levam as mulheres a tomarem suas decisões e determinarem suas atitude, diante das situações da vida, influenciando, desta maneira, o processo saúde-doença. Temos como finalidade principal contribuir para um melhor direcionamento das ações das enfermeiras, uniformização da linguagem nesta área e melhoria do trabalho do enfermeiro, diferenciando-o das intervenções preconizadas pelo corpo de conhecimento da medicina.

2 OBJETIVOS

OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar os fenômenos de enfermagem, definidos na CIPE- Versão Alfa, que compõem o item "Razões para as Ações", presentes em mulheres acompanhadas no serviço de ginecologia, com base na prevalência dos mesmos.

2.2 ESPECÍFICOS

Levantar a prevalência dos referidos fenômenos de enfermagem presentes em mulheres acompanhadas no serviço de ginecologia;

Classificar os fenômenos de enfermagem encontrados de acordo com a sua freqüência;

Apontar entre os fenômenos de enfermagem encontrados, aqueles que apresentam associação com fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas e entre si.

3 REVISÃO DE LITERATURA

REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Consulta de Enfermagem

A Consulta de Enfermagem (CE) vem sendo utilizada pelas enfermeiras como estratégia de assistência de enfermagem em todos os níveis de atenção à saúde. É uma atividade exclusiva deste profissional, respaldada através da promulgação da Lei 7.498 de 25 de junho de 1986, com a regulamentação do exercício de enfermagem, sem a possibilidade de delegação a outro membro da equipe de enfermagem (COREN, 1995).

Segundo o Comitê de Consulta de Enfermagem (1979), a CE é uma "atividade diretamente prestada ao paciente por meio do qual são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do paciente". Supõe entrevista, exame físico, estabelecimento de diagnóstico de enfermagem, implementação dos cuidados e orientação das ações relativas aos problemas encontrados (MACIEL e ARAÚJO, 2003; CASTRO, 1975).

De acordo com estudos de Maciel e Araújo (2003) a Consulta de Enfermagem (CE) passou por quatro fases, são elas: a primeira corresponde à época de criação da Escola Ana Nery, em 1923, quando a enfermeira de Saúde Pública se fez valorizar tendo atuação nos centros de saúde e nos domicílios; a segunda corresponde a um período de declínio que estendeu-se até a Segunda Grande Guerra, onde a enfermeira perde espaço de atuação direta com o paciente, sendo-lhe delegada apenas funções normativas; a terceira fase ocorreu no pós-guerra, quando houve a criação e aperfeiçoamento das escolas de enfermagem e as enfermeiras da rede pública entrando em destaque na luta por maior espaço; e a quarta fase, ocorreu a partir de 1956, onde houve grande

melhorias com o advento das primeiras pesquisas e congressos em enfermagem. Hoje a CE é incorporada a diversas atividades do Programa Saúde da Família (PSF) e vem crescendo no seu corpo de conhecimento (MACIEL e ARAÚJO, 2003; CASTRO, 1975).

A Consulta de Enfermagem passa então a ser um dos instrumentos pelos quais a profissão se utiliza para ser liberal, afirmada e essencial numa equipe multiprofissional. Para tal, é preciso conhecimento científico relacionado às doenças, às intervenções específicas e à aplicação do processo de enfermagem.

Para a realização da Consulta de Enfermagem é de suma importância que o profissional tenha embasamento científico específico; priorize manter análise global do cliente, que permita maior conhecimento da sua realidade; seja capaz de realizar mudanças que favoreçam a saúde do cliente, não esquecendo da influência dos fatores como ambiente e suas condições físicas e psicológicas; avalie continuamente o processo, pois, a partir dos seus resultados, a enfermeira terá condições aprimorar e redirecionar as ações de enfermagem implantadas, e pesquise sobre o assunto, buscando novos conhecimento que possam ser revertidos em benefício do próprio cliente (PAVANI et al., 1988; PIERIN e CAR, 1992).

O atendimento claro e responsável sobre o que fazer para a promoção e tratamento da saúde é uma tarefa vital e de responsabilidade da enfermeira, particularmente quando se trata da consulta de enfermagem em ginecologia.

A enfermeira deve está atenta quando se usa a comunicação como um recurso terapêutico, pois, quando usada de forma correta, possibilita que as clientes a se sintam melhor compreendidas, com maior possibilidade de explorar

sentimentos e experiências. Deve-se criar um ambiente que favoreça a confiança, dando ênfase à construção de um diálogo acessível; identificar as necessidades relativas à saúde, aproveitando o contato para fortalecer a participação no atendimento; ficar atento para os fatores que influenciam o conhecimento da mulher como crenças e práticas de saúde, valores familiares, papéis desempenhados e estilo de vida; não esquecer de verificar a compreensão do usuário, pois o papel da enfermeira implica em relacionar os fatores anteriormente citados com as intervenções de enfermagem; e interagir com as situações que apõem a integridade das mulheres, defendendo-as por estarem numa condição de extrema vulnerabilidade para falarem por si mesmas, de modo a interferir em políticas e ações de assistência que beneficie a mulher e a sociedade como um todo (BERGAMASCO e KIMURA, 2003; OLIVEIRA e SAITO, 2003; DALMASO e NEMES FILHO, 2003).

A atenção integral à saúde da mulher compreende a assistência em todas a fases do curso de vida. As intervenções de enfermagem na saúde da mulher são baseadas na habilidade do enfermeiro em definir os diagnósticos de enfermagem e compreender o seu significado no processo saúde-doença, e para isso o enfermeiro dispõe da consulta de enfermagem.

A Consulta de Enfermagem (CE) é uma etapa importante no atendimento ginecológico por ser um meio onde são levantados os problemas que levam as mulheres a procurarem o serviço de saúde, fornece informações para que as mesmas compreendam de forma mais ampliada o processo saúde-doença. Um clima de confiança, sem preconceitos, com garantia da privacidade e sigilo aumenta a disposição da mulher em comparecer a consulta periodicamente. A CE compreende algumas etapas como a anamnese completa, contendo dados de identificação, antecedentes familiares, dados obstétricos, história clínica, ginecológica, sexual, exame físico, exame dos órgãos genitais

em posição ginecológica, em três tempos, estático (inspectivo), dinâmico (toque) e especular, com coleta de esfregaço cérvico-vaginal para citologia oncótica (Papanicolau), e identificação da microflora vaginal (teste de Shiller) para identificar lesões de colo e ectopias (COSTA, SOUSA e MEDEIROS, 1998).

A Consulta de Enfermagem em ginecologia deve estabelecer uma relação de confiança entre o enfermeiro e a cliente. O profissional deve estimular a verbalização dos sentimentos e observar como a cliente maneja suas ansiedades e dificuldades de modo a compreender as respostas criando um elo de segurança para a participação da mesma no seu processo saúde-doença. Assim é possível estabelecer metas de alcance para os objetivos propostos. É importante destacar que, como descrito anteriormente, a consulta em ginecologia tem se direcionado a avaliação de problemas físicos, contribuindo para uma atitude equivocada de reprodução de atitudes médicas. Nosso enfoque busca utilizar a consulta para avaliar fenômenos associados ao ser humano em seus aspectos de personalidade e atitudes psicológicas de acordo com a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem.

3.2 Classificação Internacional para a Práticas de Enfermagem – CIPE - Versão Alfa

Desde quando surgiu como profissão, a Enfermagem já ascendeu bastante no que diz respeito a valores sociais, prática profissional, graduação, pós-graduação e pesquisa. Hoje enfrenta a necessidade de se fazer reconhecer e firmar ainda mais no campo da saúde, como profissão autônoma, liberal, que tem seu corpo de conhecimento próprio, diagnósticos e intervenções diferenciadas de outras da mesma área. Para isso tem-se o processo de enfermagem como forma de organização e direcionamento de suas ações.

As enfermeiras têm documentado a necessidade da elaboração de uma linguagem única, padronizada, taxonômica, a partir das existentes, que facilite a comunicação dos profissionais da área e de áreas afins. Os sistemas de classificação da prática surgiram a partir da Classificação Internacional de Doenças – CID, contendo fenômenos chamados de "doenças" reconhecidas pela ciência médica, que usam linguagem padronizada na elaboração dos seus diagnósticos e tratamentos para documentar o cuidado médico (ANTUNES e CHIANCA, 2002).

Nóbrega e Gutíerrez (2000) referem que as tentativas de classificação surgiram no início do século XX. Para isso foram realizadas pesquisas nas escolas de enfermagem e a primeira classificação foi concluída e intitulada como os "21 Problemas de Abdellah". Novos estudos foram feitos na área da enfermagem, surgindo na década de 50, as teorias de enfermagem com o intuito de organizar seu corpo de conhecimento e verificar como elas se apresentariam na prática. Posteriormente, na década de 70 surgiram propostas de organização do trabalho de enfermagem os quais recebiam a denominação genérica de "Processo de Enfermagem", sendo que o mesmo se configuraria como um modelo operacional da prática.

O Processo de Enfermagem ou o Processo de Cuidar em Enfermagem subdivide-se em fases que variam em número e denominação, na dependência da grade conceitual utilizada. Sob o ponto de vista do Conselho Internacional de Enfermeiras e de outros pesquisadores (ICN,1996; CARVALHO E GARCIA, 2002), os elementos do processo de enfermagem são: o que os exercentes da Enfermagem fazem (ações e intervenções de enfermagem), tendo como base o julgamento sobre fenômenos humanos específicos (diagnósticos de enfermagem) e o alcance dos resultados esperados (resultados de enfermagem).

O Processo de Enfermagem é entendido por Garcia e Nóbrega (2002), como instrumento metodológico que facilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou predizer como a clientela responde ao processo saúde-doença. Entretanto, a fase diagnóstica está presente em praticamente todas as propostas do processo até hoje apresentadas. Tal fase tem particular importância em nossa pesquisa, pois é nela que o estabelecimento de uma classificação se faz presente.

O sistema de classificação mais difundido na atualidade brasileira entre docentes, alunos e enfermeiras é a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association, NANDA, iniciada em 1973, sendo constituída por uma estrutura teórica – os Padrões de Respostas Humanas – que orientou a categorização dos diagnósticos de enfermagem ou das condições que necessitam de cuidados de enfermagem. Atualmente esta classificação passou por uma remodelação sendo apresentada sobre a estrutura de domínios e classes.

A utilização dos sistemas de classificação existentes na prática da enfermagem mobilizou as enfermeiras do mundo inteiro para universalizar a sua linguagem e evidenciar a sua prática. Um sistema de classificação além de dar maior visibilidade à prática de enfermagem, organiza e sedimenta a documentação que ainda hoje é muito escassa, podendo resultar em ausência de visibilidade, reconhecimento profissional e tornam poucas as chances de avaliar a qualidade e a exeqüibilidade do cuidado.

Em 1989, em Seul, foi votada e aprovada, durante o Congresso Quadrienal do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE), a proposta de desenvolver um sistema de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE. Em dezembro de 1996, o CIE publicou a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão Alfa: Um Marco

Unificador, contendo a Classificação dos Fenômenos de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (ICN,1996).

A CIPE- Versão Alfa apresenta conceitos de enfermagem num total de 293 fenômenos de enfermagem. A Classificação dos Fenômenos de Enfermagem que representa o domínio do cliente (ser humano ou meio ambiente) é monoaxial, isto é, no ápice encontra-se um único principio geral de divisão. Na evolução, foi desenvolvida a Versão Beta, divulgada em junho de 1999, durante as comemorações dos cem anos do CIE, e em janeiro de 2002, o CIE divulgou a Versão Beta 2. O enfoque multiaxial foi a grande mudança ocorrida da Versão Alfa para a Versão Beta, permitindo mais de uma divisão do termo superior e combinação dos mesmos (ICN, 2001, CRUZ et al., 2000).

Uma das justificativas para a elaboração da CIPE foi a inexistência de uma linguagem específica, uniforme e confiável para contar como dados fidedignos e representantes da prática , a fim de demonstrar a importância e a contribuição que esta profissão tem dado nos serviços de saúde.

Segundo Kisilowka (2001), como uma concepção, a CIPE pode ser usada tanto quanto enciclopédia profissional, como ferramenta para descrever as condições dos pacientes, em pesquisa e estatística. Como um sistema de informação pode ser usado em parceiras com projetos, regulamentos e formulações de manuais.

Segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros– ICN- (2001), a CIPE tem como objetivos aumentar a comunicação entre as enfermeiras, e com outros profissionais, através de uma linguagem comum da prática de enfermagem; possibilitar a comparação de dados de enfermagem obtidos em contextos clínicos, épocas, populações e áreas geográficas diferentes; descrever

os cuidados de enfermagem prestados ao objeto seja ele o ser humano, a família, ou a comunidade; demonstrar tendências na provisão de tratamento e cuidado de enfermagem; propiciar dados sobre a prática de enfermagem de modo a influenciar a tomada de decisão em políticas de saúde; estimular a pesquisa de enfermagem através da vinculação de dados disponíveis nos sistemas de informação de enfermagem e em outros sistemas de informação de saúde.

Para ser utilizada pelas enfermeiras em todos os países a CIPE deve ser: ampla, a fim de servir aos múltiplos propósitos requeridos pelos diferentes países, simples, para ser vista pelos professores como uma descrição coerente da prática, sensível às variações culturais, reflexo dos sistemas de valores da Enfermagem em todo o mundo, valores estes expressos pelo Código de Enfermagem do CIE, e utilizável, de forma a complementar ou somar-se às Classificação de Doenças e Saúde desenvolvida pela OMS, cujo o núcleo central é a CID-10 (ICN, 2001).

Passados quase dez anos, ainda se fazem necessárias pesquisas, estudos, revisões e adaptações para que a CIPE seja verdadeiramente não-ambígua, parcimoniosa, de utilidade clínica, estatística e de pesquisa, flexível e unificada através do mundo (RULAND, 2001; CRUZ et al., 2000; NÓBREGA e GUTIERREZ, 2001).

A estrutura taxonômica da versão alfa da CIPE é monoaxial iniciando-se com o termo "Fenômenos que Influenciam o Estado de Saúde", que subdivide-se em dois : "Fenômeno de Enfermagem" e " Outros Fenômenos além dos de Enfermagem". Os Fenômenos de Enfermagem por sua vez subdividem-se em "Fenômenos Relacionados ao Ser Humano" e 'Fenômenos Relacionados ao Meio Ambiente". Os primeiros subdividem-se em "Funções" e "Pessoas". Este último, por sua vez, subdivide-se em "Ações" e "Razões para as Ações".

Em nossa pesquisa trabalharemos com os fenômenos relacionados com as "Razões para as Ações", por acreditarmos que este fenômeno influencia as atitudes das mulheres diante do processo saúde-doença. "Razões para as Ações" subdivide-se em "Personalidade" e "Atitudes Psicológicas", incluindo um total de 51 fenômenos a serem investigados. A organização desta parte da CIPE é apresentada na Figura 1 (ICN, 1996).

Segundo Nóbrega e Gutierrez (2000), "Razões para as Ações" são Fenômenos de Enfermagem Pertencentes à Pessoa com as seguintes características específicas: motivações que propiciem um entendimento e explicação o comportamento de uma pessoas. A "Personalidade" é um fenômeno de enfermagem pertencente às Razões para as Ações com as seguintes características específicas: disposição de uma pessoa para reter ou abandonar atitudes no decorrer do tempo. Por fim, as "Atitudes Psicológicas" são fenômenos de enfermagem pertencentes às Razões para as Ações com as seguintes características específicas: capacidade da pessoa de reter e/ou abandonar ações (razões de primeira ordem para as ações). Estes dois componentes subdividem-se em 51 fenômenos de enfermagem que foram estudados na população em questão.

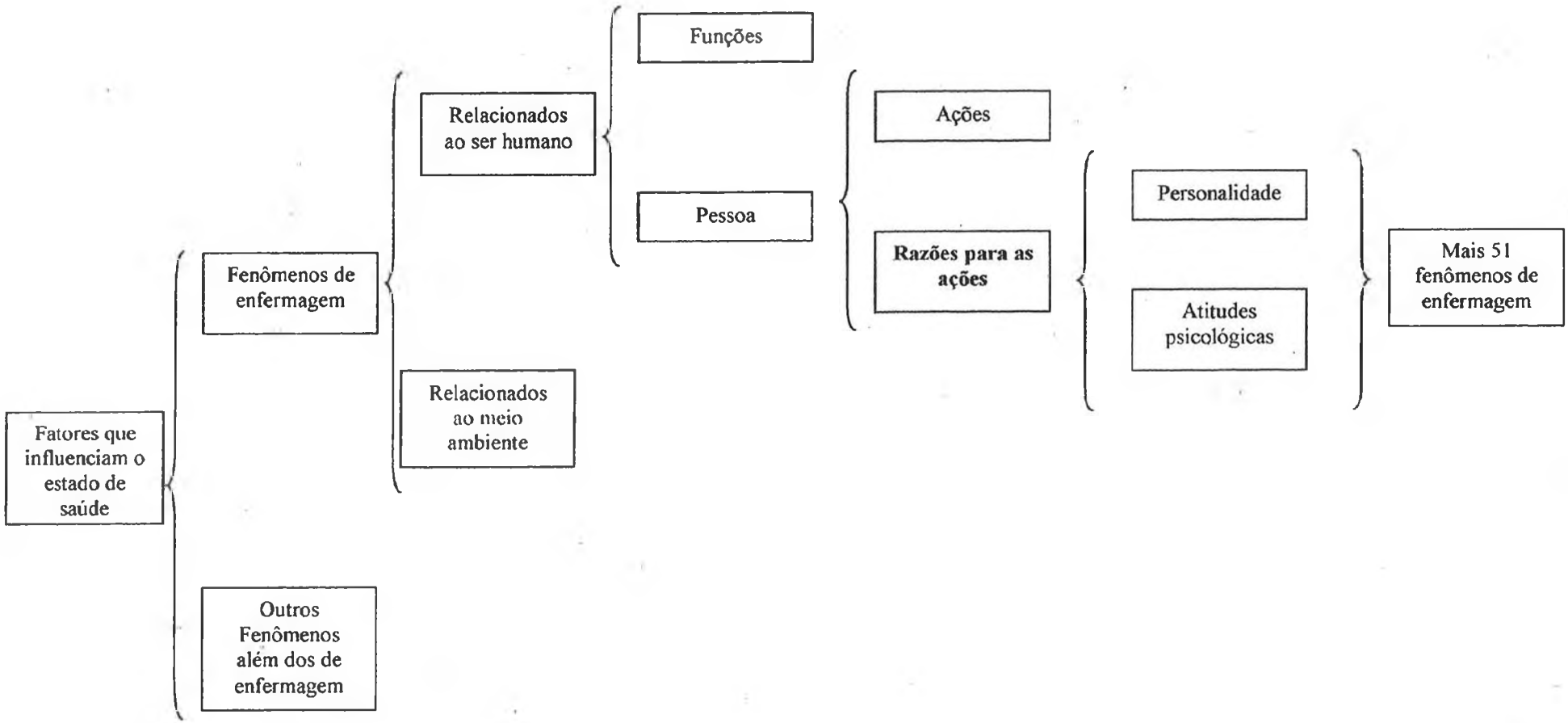


Figura 1 – Divisão da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem abrangendo os termos associados ao fenômeno "Razões para as ações".

Para muitos estudiosos na área ainda há muito que pesquisar, ancorar, rever e contextualizar a CIPE no Brasil e no mundo. Para Cruz (2000) há muitos nós conceituais a serem desatados, por exemplo, na CIPE um fenômeno de enfermagem é um aspecto da saúde que tem relevância para a prática de enfermagem, diagnóstico de enfermagem é definido como um título dado pela enfermeira para uma decisão sobre um fenômeno, que é foco das intervenções de enfermagem. Estas definições são as que estão sendo aceitas até hoje, porém podem mudar no momento em que se tornarem inadequadas. Esta pesquisadora encontrou manifestações contrárias sobre o uso do termo "fenômeno" e propostas para que fossem usados outros termos como diagnósticos, focos de ação, problemas e problemas de saúde .

Outra estudiosa na área, Souza (2002:693), refere sobre a importância de se ter uma classificação e conceitos bem fundamentados na área de enfermagem, afirmando que:

> *"Classificar é agrupar, é colocar em um conjunto que apresente características semelhantes ...enquanto uma profissão apresentar inconsistências conceituais ambigüidade nas definições, termos vagos conviverá com muitos problemas na aquisição do seu saber"(SOUZA,2002:693)*

Afirma, ainda, que a Enfermagem vem caminhando nas noções para sistematização de seus procedimentos e em busca de sua teorização. Então muito falta a ser feito por todos.

É de fundamental importância dar continuidade aos estudos das classificações da prática de enfermagem, bem como validar aqueles já propostos como no da CIPE. Os estudos de Cruz et al. (19997), Crossetti e Dias (2002),

Michel e Barros (2002) e Vale e Lopes (2002) afirmam que as pesquisas neste assunto vão definir melhor o referencial teórico que orienta os registros de enfermagem, promovendo a auto-valorização da profissão, oferecendo subsídios para o refinamento dos elementos da prática de enfermagem e motivando a crescente utilização da CIPE.

O presente estudo almeja avançar na construção do conhecimento nesta área, servindo para sedimentar e divulgar a CIPE, reconhecendo que é um processo inacabado, passível de revisão e modificação que só a prática irá dizer. E neste caminhar robustecer a ciência que faz da Enfermagem uma profissão dinâmica.

4 MATERIAL E MÉTODO

MATERIAL E MÉTODO

4.1 Natureza do Estudo

Trata-se de um inquérito transversal que segundo Jekel, Elmore e Katz (2002), é um tipo de estudo relevante para determinar a prevalência e a freqüência de fenômenos para uma população definida. Segundo os autores, inquéritos transversais repetidos são úteis para determinar mudanças de fenômenos e a freqüência destes na população com o passar do tempo.

4.2 Local e Período do Estudo

O estudo foi realizado numa Unidade Básica de Atenção à Saúde da Família (UBASF) de referência do Estado do Ceará. É uma unidade de atenção primária e secundária, circunscrita na Secretaria Executiva Regional III, da cidade de Fortaleza - CE, que dispensa atendimento nos planos ambulatorial e clínico, ambos de natureza gratuita. No atendimento ambulatorial, os profissionais enfermeiras realizam o exame de prevenção do câncer ginecológico, enquanto que aos profissionais médicos cabem o tratamento de doenças identificadas. Nesta unidade trabalham 05 (cinco) equipes do Programa Saúde da Família (PSF), que atendem, até junho de 2003, um total de 6275 famílias cadastradas até junho de 2003.

Esta Unidade de Saúde tem uma grande diversidade de atividades tanto na área da saúde como no lazer. São oferecidas à população atendimento dos programas do PSF, que incluem hipertensão, diabetes, planejamento familiar, puericultura, vacinação, além de fisioterapia, terapia ocupacional, curativos, farmácia, natação, ginástica e esportes. Ainda, exames oftalmológico, raio X,

hemograma, parasitológico e ultra-sonografia são marcados e encaminhados para outros centros.

A família é cadastrada com um cartão no nome do gerente da casa. Na maioria das vezes, este é a mulher cuidadora do lar.Quando o atendimento se torna necessário, um membro da família se dirige à UBASF com o referido cartão, sendo então marcada a consulta, que pode ser para o mesmo dia ou, no máximo, em até quatro dias.

No atendimento ginecológico são marcadas de oito a doze consultas por dia, sendo que cada dia da semana é destinado a uma equipe do PSF. A enfermeira cabe realizar o exame físico, coletar material cervical, fornecer informações sobre educação em saúde e planejamento familiar. O aprazamento para retorno é marcado para 30 ou 45 dias, intervalo de tempo necessário para que o resultado do exame chegue ao serviço; a paciente é então atendida pelo médico da equipe ou por um especialista.

4.3 População e Amostra

A população centrou-se nas mulheres que procuraram o serviço de ginecologia. O tamanho da amostra, 219 mulheres, foi calculada de acordo com Rea e Parker (2000), tendo como base um universo finito, tomando-se o número de mulheres cadastradas e atendidas no ano de 2003. Em média, neste ano, foram atendidas 369 mulheres por equipe, dando um total anual de 1845 atendimentos no ano.

Por não ter sido possível encontrar dados referentes à prevalência dos fenômenos que levam as mulheres a procurarem o serviço de ginecologia, buscou-se a prevalência das doenças mais comuns nessa área. Para as doenças

que apresentaram diferenças de prevalência foi feita uma média aritmética e, para sua utilização no cálculo amostral foi feita a soma das prevalências de todas as doenças como se segue no quadro a seguir.

Quadro 1 – Prevalência das Doenças que levam as mulheres a procurarem o serviço de ginecologia. Fortaleza, 2003.

Doença	Prevalência %
Câncer de mama	4,14
Câncer de colo de útero	1,58
AIDS	0,91
Sífilis	0,50
Gonorréia	2,8
Clamídia	4,0
Tricomoníase	7,0
Total	21,23

Considerando que uma cliente pode apresentar mais de uma doença concomitante, a prevalência foi arredondada para 20%, visando facilitar o cálculo da amostra. A fórmula utilizada para o cálculo da amostra foi:

$$n = \frac{Z_\alpha^2 . P . Q . N}{Z_\alpha^2 . P.Q + (N - 1) . E^2}$$

Z_α = intervalo de confiança em contagens Z, (Z=1,96)

E = erro absoluto amostral, (E=0,05)

P = é a prevalência de uma doença ou porcentagem de uma categoria da variável escolhida, (P=0,20)

Q = 1-P; (Complementar da prevalência, 1 – P), Q=0,80

N = tamanho da população (N=1845)

n= tamanho da amostra, (n=219)

$$n = \frac{1{,}96^2 \,.\, 0{,}20 \,.\, 0{,}8 \,.\, 1845}{1{,}96^2 \,.\, 0{,}20 \,.\, 0{,}80 + (1845-1) \,.\, (0{,}05)^2}$$

n = 217,05

Para o uso desta fórmula foi delimitado um intervalo de confiança de 95% (Z_α = 1,96) e um erro amostral de 5% (E = 0,05). A amostra calculada foi arredondada e determinada em 219 mulheres. O processo de seleção da amostra foi caracterizado como probabilístico do tipo randômica estratificada, onde existe um conhecimento extenso da composição da população; esta foi dividida em cinco grupos mutuamente exclusivos, de acordo com o número de equipes do PSF, denominado estratos, e a seguir foram tiradas amostras equivalentes (randômicas) de cada estrato segundo Rea e Parker (2000). O número selecionado considerou o percentual de acompanhamento de cada uma das equipes e está resumido no Quadro 2.

Quadro 2 - Representação do processo de distribuição da amostra entre mulheres atendidas no serviço de ginecologia, por equipes do Programa Saúde da Família, na UBASF – Fortaleza – CE.

Equipe	No. de atendimento	% dos atendimento	Estrato da amostra
1	354	19%	42
2	365	20%	44
3	363	20%	44
4	376	20%	44
5	387	21%	45
Total	**1845**	**100%**	**219**

Foram respeitados os critérios pré-estabelecidos para inclusão da amostra, a seguir relacionados:

Para inclusão:

1 Ser cadastrada e acompanhada no serviço de ginecologia da UBASF.

2 Residir na área de abrangência da UBASF.

3 Possuir autonomia verbal para responder à entrevista.

4 Aceitar voluntariamente participar da pesquisa conforme a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.(Apêndice I)

4.4 Instrumento de coleta de dados

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário de anamnese (Anexo I) desenvolvido com base na Classificação para a Prática de Enfermagem segundo sua Versão Alfa. Para o preenchimento do referido formulário seguimos um roteiro de entrevista (Apêndice I) com perguntas sobre a vida e o cotidiano das mulheres.

O instrumento foi construído com base no trabalho de Melo, Moura e Lopes (2004), os quais elaboraram um questionário que abrangia 190 fenômenos da CIPE, que estavam relacionados com as respostas que demandavam em cuidados de enfermagem. Com base nos objetivos de nosso estudo selecionamos apenas a parte do instrumento que incluía a avaliação das Razões para as Ações.

O instrumento inclui as características relativas a cada alteração de saúde representando o conjunto de fenômenos do referido termo. Quando não foram encontradas as características (dos subconceitos) que qualificavam o fenômeno como alterado, consideramos como presentes aqueles fenômenos que indicavam manutenção da saúde. Como resultado final obteve-se um formulário composto em sua maior parte de itens de caráter objetivo.

Tal instrumento está dividido em quatro partes: dados de identificação, dados referentes à avaliação das características específicas dos fenômenos de enfermagem associados ao termo "Razões para as Ações", Personalidade e Atitudes Psicológicas, e a quarta parte referente aos fenômenos encontrados.(Anexo1)

A terceira parte do instrumento está sub-dividida nos ítens: cognição, emoção, volição, tomada de decisão, crença e memória. Tal divisão segue a organização dos termos propostos pela CIPE. Para orientar a coleta de dados foi elaborado um roteiro de entrevista com questões abertas que visava facilitar a obtenção de dados subjetivos relacionados aos fenômenos em estudos.(Apêndice 1)

Optou-se pela versão Alfa pela mesma haver sido validada em termos semânticos em trabalho anterior (NÓBREGA e GUTÍERREZ, 2000).

4.5 Coleta de dados

A fonte de coleta de dados foi primária, junto às mulheres que compareceram ao atendimento ginecológico.

As mulheres foram abordadas antes da consulta de enfermagem no serviço de ginecologia para esclarecimento sobre o estudo, destacando a importância de sua participação. Ao concordarem com a pesquisa, as mesmas foram encaminhadas a um consultório próprio, onde foi realizada a Consulta de Enfermagem direcionada aos propósitos deste trabalho. Foi aplicado o instrumento de coleta direcionado pelo roteiro de entrevista (Apêndice 1), podendo ser implementadas orientações de acordo com os problemas emergentes.

Foi solicitada a permissão para gravação em fita cassete visando uma análise mais detalhada dos dados coletados. Após a gravar a entrevista esta foi transcrita para ser facilitar a análise, procuramos encontrar nas falas das mulheres características dos fenômenos de enfermagem. Por exemplo: quando uma mulher afirmava ter vontade de pôr fim a vida, o fenômeno encontrado era Redução do desejo de viver. Para orientar a definição dos fenômenos utilizou-se como base o trabalho de validação semântica de Nóbrega e Gutíerrez (2000).

4.6 Organização e Análise dos dados

A partir dos dados coletados, foram estabelecidos os fenômenos de enfermagem. Estes dados foram organizados em quadros, tabelas com indicação de freqüência absoluta, percentual e valor *p* encontrados. Foram analisados com

o apoio do ***software*** EPI-INFO-2002, o qual permite a compilação estatística necessária para a análise final dos dados (CDC, 2002).

Os fenômenos considerados específicos para o trabalho no serviço de ginecologia conforme o seu percentual de ocorrência, foram divididos em fenômenos que indicam *manutenção da saúde* e fenômenos que indicam *alteração da saúde*. Os primeiros indicam situações de bem-estar ou de uma atitude esperada em relação a uma situação. Os fenômenos que indicam alteração de saúde englobam atitudes que se afastam de um comportamento de bem-estar. Por exemplo, memória é um fenômeno de enfermagem que indica a preservação da capacidade de recordação; a Desorientação refere-se ao distúrbio em recordar experiências sobre tempo, lugar, dados pessoais circunstâncias e eventos, sendo assim considerado como fenômeno que indica alteração de saúde.

Foi criado um banco de dados com variáveis representadas pelos fenômenos encontrados e dados sócio-econômicos, motivo e número de consultas. Como base para análise estatística adotou-se um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

Foram calculados os intervalos de confiança para variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para variáveis numéricas.

Os fenômenos de enfermagem encontrados foram agrupados em percentis, sendo considerado para análise em tabelas de contingências aqueles acima do percentil 75, para os fenômenos que indicavam alteração do estado de saúde, e abaixo do percentil 25 para os fenômenos que indicavam manutenção do estado de saúde. Este último foi assim considerado, pois os fenômenos abaixo do percentil 25 indicavam aqueles com menor freqüência de atitudes de bem-estar.

As variáveis numéricas foram avaliadas quanto à normalidade de sua distribuição por meio do teste de Kolmogoroy-Smirnov apresentando os seguintes valores *p:* idade (p=0,005), renda familiar (p=0,000), renda per capita (p=0,0000, números de membros da família (p=0,001), número de consultas (p=0,000). Com base neste teste observou-se que as variáveis apresentaram distribuição assimétrica. Assim, para avaliação destas variáveis em relação aos fenômenos de enfermagem, optou-se pelo teste não-paramétrico de Mann-Whitney para analisar a diferença de mediana.

Para avaliação de associação entre as variáveis categóricas sócio-econômicas e os fenômenos considerados relevantes utilizou-se o teste do qui-quadrado para independência. Quando as tabelas apresentavam freqüências esperadas menores que 20 adotou-se a correção de Yates e quando pelo menos uma freqüência esperada era menor que cinco (5) adotou-se o teste de probabilidade da escala de Fisher. Para verificação de força de associação adotou-se o coeficente Fi (ø) (VIEIRA, 2002; VIEIRA, 2003).

4.7 Aspectos Éticos da Pesquisa

O estudo foi submetido, ainda na fase de projeto de pesquisa, a uma avaliação pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará para receber deste o parecer favorável para sua realização.

A pesquisa obedeceu às recomendações advindas da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), referente a estudos envolvendo seres humanos, onde se ressaltou a garantia do anonimato, liberdade para participar ou não da pesquisa e a ausência de qualquer ônus para o entrevistado. Depois de esclarecida, a cliente assinou o Termo de Consentimento construído especificamente para o estudo. (Apêndice 2)

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foram encontrados 12 fenômenos que indicavam manutenção da saúde. Destes trabalhamos com aqueles que se encontravam abaixo do percentil 25, são eles Memória, Emoção e Crença. Foram encontrados 23 fenômenos que indicaram alteração de saúde, sendo trabalhados aqueles acima do percentil 75. São eles: Crença de Valor, Medo, Crença Religiosa, Desorientação e Impotência.

Neste capítulo discutiremos os dados sócio-econômicos, os fenômenos de enfermagem encontrados relativos à manutenção de saúde e alteração do estado de saúde bem como a relação ente eles. Os dados foram tabulados em quadros e tabelas com indicação de freqüência absoluta, percentual, e valor estatístico encontrado.

5.1 Perfil sócio-econômico dos entrevistados

A Tabela 1 apresenta as variáveis sócio-econômicas segundo a freqüência absoluta, a percentagem simples.

Tabela 1-Distribuição dos sujeitos segundo dados sócio-econômicos, motivos e número de consultas, UBASF, Fortaleza - CE, 2004.

Variáveis	No.	%
Escolaridade		
Analfabeta	21	9,6
Alfabetizada	12	5,5
Fund. Incompleto	96	43,8
Fund. Completo	23	10,5
Médio Incompleto	22	10,0
Médio Completo	43	19,6
Superior	2	0,9
Estado Civil		
Casada	102	46,6
Separada	22	10,0
Solteira	52	23,7
União consensual	34	15,5
Viúva	9	4,1
Ocupação		
Agricultura	3	1,4
Ensino	24	11,0
Indústria / comércio	18	8,2
Saúde	5	2,3
Serviços domésticos	169	77,2
Faixa Etária		
< 20	25	11,4
20 a 39	110	50,2
40 a 59	65	29,7
Maior ou igual a 60	19	8,7
Renda Familiar (SM)		
0 -- | 1	144	65,8
1 -- | 2	46	21,0
2 -- | 3	18	8,2
3 --| 4	3	1,4
Mais de 4	8	3,7
Renda per capita (R$)		
0 a 125	193	88,1
126 a 250	21	9,6
251 a 375	3	1,4
376 a 500	2	0,9
Número de membros da família		
1 a 3	68	31,1
4 a 6	119	54,3
7 a 9	32	14,6
Total	219	100
Número de consultas		
1 a 3	160	73,1
4 a 6	38	17,4
7 a 9	21	9,6
Motivo da Consulta		
Dor	26	11,9
Gravidez	15	6,8
Nódulo	11	5,0
Prevenção	150	68,5
Secreção	17	7,8

n=219

De acordo com a Tabela 1, a maioria das mulheres entrevistadas tinham baixa escolaridade, predominando o ensino fundamental incompleto com 43,8%, sendo que o percentual acumulado das pessoas que apresentaram até esta

escolaridade foi de 58,9%. Outro dado importante em relação à escolaridade foi o intervalo de confiança (IC) que apresentou como limite extremo 50,7%, apontando para a possibilidade de que mais da metade da amostra poderia ter como escolaridade apenas o ensino fundamental incompleto.

Com relação ao estado civil há a predominância entre as mulheres na união estável 136 (62,1%), seja esta representada por casamento, 102 (46,6%), ou união consensual 34 (15,5%).

O papel da mulher nesse grupo é doméstico, evidenciado pelas 169 (77,2%) mulheres que informaram que sua ocupação principal era o serviço doméstico, seja ele no lar ou remunerado. A escolaridade baixa pode ser um fator dificultador para que a maioria dessas mulheres encontrem uma ocupação que proporcionasse uma rentabilidade maior. Em termos de idade, a amostra é predominantemente jovem considerando que 110 (50,2%) mulheres encontram-se na faixa etária de 20-39 anos, com uma média de idade de 36 anos e um desvio padrão de 15,25 anos. Vale ressaltar que a idade apresentou uma distribuição assimétrica negativa com um intervalo de 11 a 83 anos, e mediana de 34 anos. Outro dado importante é que 75% das mulheres tinham no máximo 49 anos.

A renda familiar é baixa com uma variação de zero a um salário mínimo predominando em 144 (65,8%); a renda percápita ficou em torno de zero a 125 reais em 193 (88,1%) entre as pesquisadas. Pelo intervalo de confiança, a proporção de pessoas com esta baixa renda percápita apresenta um extremo superior de 92,1%. Quanto ao número de membros da família, predominou a faixa que vai de quatro a seis pessoas por família em 119 (54,3%) mulheres pesquisadas com uma média de 4,5 e desvio-padrão de 1,8, o número de membros variou de um a nove pessoas por família.

A maioria das mulheres, 160 (73,1%) estava entre a primeira e terceira consulta ginecológica e o motivo que as levaram à consulta foi predominantemente a prevenção de câncer de colo de útero com 150 (68,5%) seguido do sintoma de dor pélvica com 26 (11,9%).

5.2 Fenômenos de Enfermagem encontrados no estudo

Na Figura 2 temos a divisão da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem abrangendo os termos associados aos Fenômenos de Enfermagem encontrados no estudo.

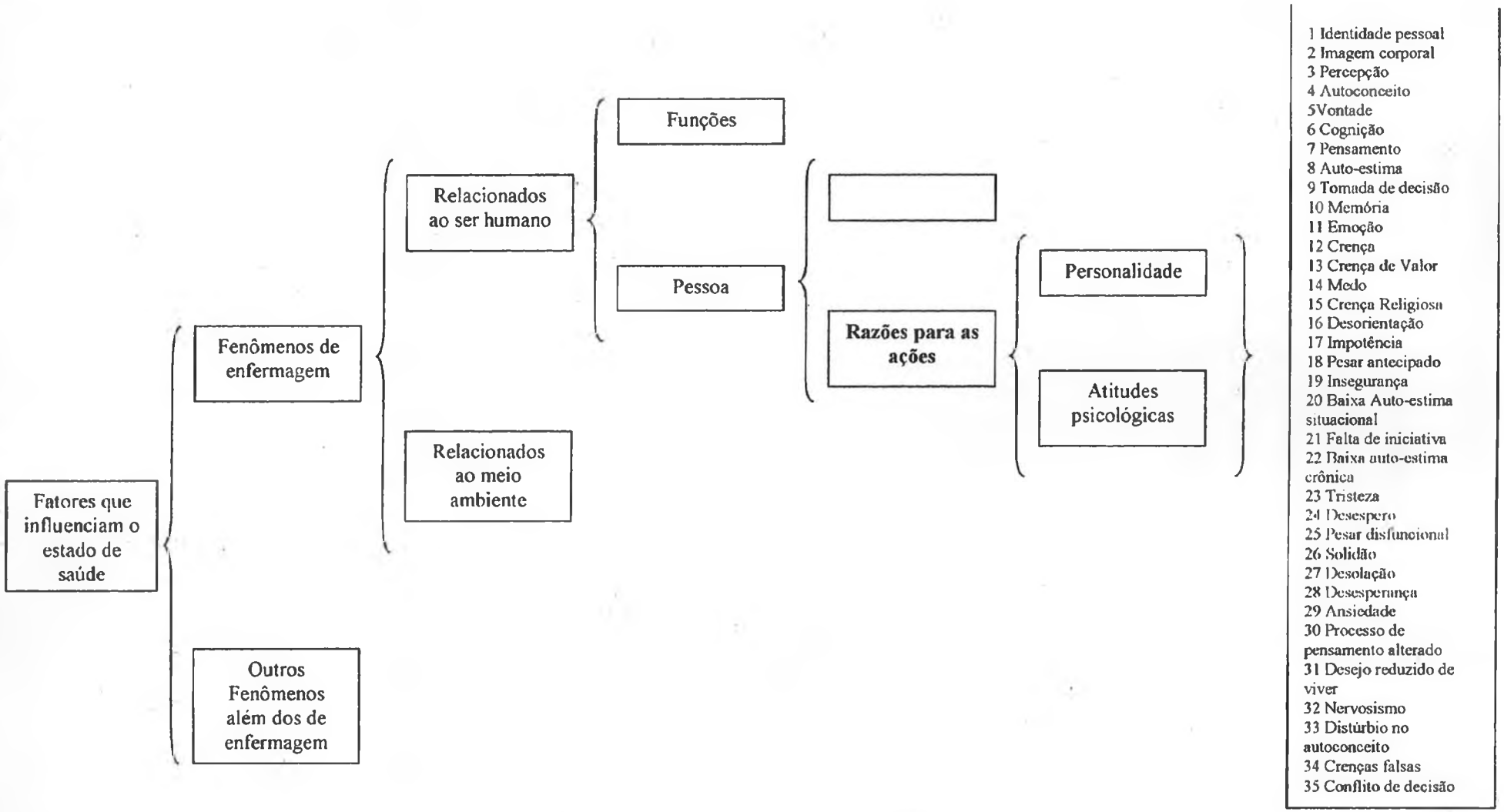
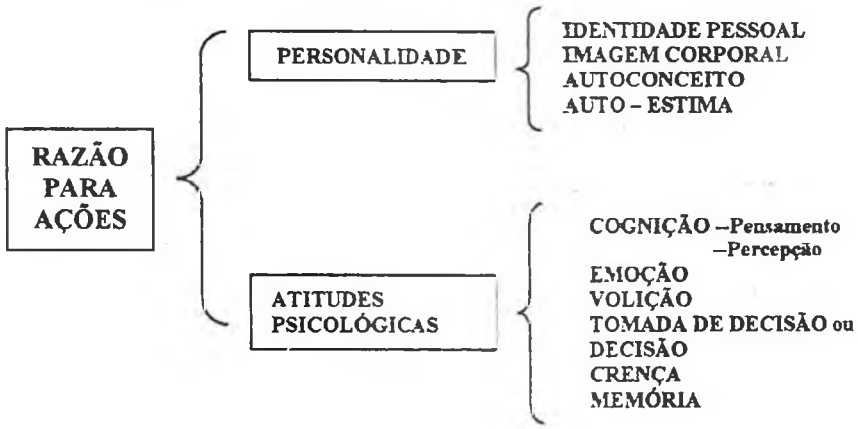


Figura 2 – Divisão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem abrangendo os termos associados ao fenômeno "Razões para as ações", destacando os Fenômenos de Enfermagem encontrados no estudo.

Um dos objetivos desse estudo foi classificar os Fenômenos de Enfermagem que compõem o item "Razões para ações". A Figura 2 mostra os 35 fenômenos encontrados no referido item, são eles: Identidade Pessoal, Imagem Corporal, Percepção, Autoconceito, Volição, Cognição, Pensamento, Auto-estima, Tomada de Decisão, Memória, Emoção, Crença, Crença de Valor, Medo, Crença Religiosa, Desorientação, Impotência, Pesar antecipado, Insegurança, Baixa auto-estima situacional, Falta de iniciativa, Baixa auto-estima crônica, Tristeza, Desespero, Pesar disfuncional, Solidão, Desolação, Desesperança, Ansiedade, Processo de pensamento alterado, Desejo reduzido de viver, Nervosismo, Distúrbio no autoconceito, Crenças falcas e Conflito de decisão.

Estes fenômenos foram divididos em duas categorias: aqueles que indicam manutenção da saúde e aqueles que indicam alteração da saúde. O Quadro III apresenta os fenômenos de enfermagem encontrados no estudo que indicam manutenção da saúde com freqüência absoluta, percentagem, intervalo de confiança e percentis.

5.3 Fenômenos de Enfermagem que indicam manutenção do estado : saúde.



igura 3- Fenômenos de Enfermagem que indicam manutenção do estado de saúde, encontrados no grupo pesquisado, UBASF, Fortaleza-CE, 2004.

Para analisar os dados a seguir é necessário perceber que os fenômenos ue indicam *manutenção do estado de saúde* distribuem-se numa grade onde os onceitos estão alocados no mesmo nível de abstração. Exceção feita aos enômenos Percepção e Pensamento que representam um nível mais específico o fenômeno Cognição. Isto pode ser melhor percebido pela Figura 3.

Quadro 3- Fenômenos de Enfermagem que indicam manutenção da saúde do grupo pesquisado, UBASF, Fortaleza-CE, 2004.

Fenômenos	No.	%	Percentil
Identidade Pessoal	219	100	
Imagem Corporal	219	100	
Percepção	219	100	P75
Autoconceito	216	98,6	
Volição	215	98,2	
Cognição	214	97,7	P50
Pensamento	214	97,7	
Auto-estima	159	72,6	
Tomada de Decisão ou Decisão	143	65,3	P25
Memória	112	51,1	
Emoção	29	13,2	
Crença	14	6,4	

Legenda: P25 - percentil 25; P50 – percentil 50: P75 – percentil 75.

Foram encontrados por ordem decrescente de freqüência doze fenômenos de enfermagem que indicam manutenção da saúde. A Identidade Pessoal, Imagem Corporal e a Percepção foram encontrados em 100% da amostra. As definições aqui apresentadas foram extraídas do trabalho de Nóbrega e Gutiérrez (2000), e em relação a versão beta os dados foram retirados do concelho Internacional de Enfermeiros (2003).

A Identidade Pessoal é fenômeno de enfermagem pertencente à Personalidade caracterizado como: a qualidade de ser uma pessoa individual, o estado de ser o mesmo em substância, natureza e qualidade. Na versão beta o referido fenômeno é um tipo de Autoconceito com as mesmas características acrescidas de : composição de idéias, sentimentos e atitudes sobre a própria identidade, valor, capacidades, limitações e opinião dos outros.Durante a entrevista foi observada a capacidade da mulher se ver como pessoa única com qualidades e defeitos, ou incapacidade de distinguir entre o eu e o não-eu.

A Imagem Corporal é fenômeno de enfermagem pertencente à Personalidade caracterizada pela imagem mental que a mulher tem de seu corpo. Na versão beta, o fenômeno Imagem Corporal é um tipo de Autoconceito com as mesmas características da versão alfa. Durante a entrevista observou-se a presença de distúrbios na forma da mulher conceber partes de seu próprio corpo ou do corpo como um todo.

Percepção é fenômeno de enfermagem pertencente à Cognição, caracterizado pela capacidade psicológica de sensação, registro mental consciente de um estímulo sensorial. Na versão beta, o referido fenômeno é também um tipo de cognição com as mesmas características acrescidas de: percepção de objetos ou outros dados através dos sentidos. Durante a entrevista, foi avaliado se a mulher tinha registro aparente de estímulos sensoriais que não estavam presentes na realidade, ou interpretação falsa de registros de estímulos sensoriais ou ainda, a falta de percepção de um dos lados do corpo.

Entre P_{50} e P_{75}, com freqüências bastantes elevadas variando de 97,7% a 98,6%, foram encontrados os Fenômenos de Enfermagem Autoconceito,Volição e Cognição. Autoconceito é fenômeno de enfermagem pertencente à Personalidade caracterizada pela imagem mental de si mesmo. Na versão beta, Autoconceito é um tipo de Razão para Agir com as seguintes características: disposição da pessoa em reter ou abandonar atitudes ao longo do tempo, tendo como razão a segunda ordem para ação. Durante a entrevista avaliou-se a presença de distúrbios na forma de ver e conceber o seu próprio ser.

A Volição é fenômeno de enfermagem pertencente às Atitudes Psicológicas caracterizada pela capacidade de manter ou abandonar ações com base na vontade. Na versão beta encontramos o fenômeno Força de Vontade que é um tipo de Autoconhecimento com as seguintes características: capacidade de

manter ou abandonar ações, controlar ou não impulsos levando em conta atitudes da vontade, intenções e inclinações. Buscou-se avaliar as atitudes da mulher como voluntárias e baseadas no seu desejo de continuidade ou não. Por fim, a Cognição é fenômeno de enfermagem pertencente às Atitudes Psicológicas com as seguintes características específicas: capacidade de manter ou abandonar ações levando em conta seu pensamentos. Na versão beta, Cognição é um tipo de Autoconsciência com as seguintes características específicas: capacidade de manter ou abandonar ações levando em conta o conhecimento da pessoa, é um processo intelectual envolvendo todos os aspectos da percepção, pensamento, raciocínio e lembrança. Neste caso, durante a entrevista avaliou-se aspectos como fala desarticulada, ou pensamento desnorteado que indicam alterações cognitivas.

Entre o P_{25} e P_{50}, variando a freqüência de 65,3% e 97,7%, foram encontrados os Fenômenos de Enfermagem Pensamento, Auto-estima, Tomada de decisão: Pensamento, tanto na versão alfa como na versão beta, é fenômeno de enfermagem pertencente à Cognição e caracterizado pela formação de imagens ou conceitos na mente de uma pessoa. Para avaliá-lo foram analisados o conteúdo específico do pensamento, pensamento prejudicado, ou mesmo pensamento desordenado. Estas alterações do pensamento foram analisados de acordo com as características apresentadas na CIPE (1996). A Auto-estima é fenômeno de enfermagem pertencente à Personalidade caracterizada pela boa opinião sobre si mesma; esse fenômeno pôde ser avaliado, durante a entrevista, quando a mulher não apresentava avaliações negativas sobre si mesma ou incapacidade para aceitar elogios. Na versão beta encontramos Auto-Estima coma as mesmas características da versão alfa, porém é um tipo de Autoconceito. A Tomada de Decisão ou Decisão é fenômeno de enfermagem pertencente às Atitudes Psicológicas com as seguintes características específicas: capacidade de manter ou abandonar ações com base em julgamento.

Na versão beta, Tomada de Decisão é um tipo de Autoconhecimento com base nas mesmas características da versão alfa. Esse fenômeno foi identificado na atitude da mulher das certezas e incertezas sobre as escolhas considerando os julgamentos antagônicos.

Abaixo do P_{25} foram encontrados os Fenômenos de Enfermagem relacionados à manutenção do estado de saúde com menor freqüência. Foram eles: Memória (51,1%), Emoção (13,2%), Crença (6,4%). Embora com uma freqüência muito baixa, estes fenômenos são os mais importantes no Quadro 3, pois, como indicadores da manutenção da saúde, deveriam estar presentes em maior proporção, mas percebemos que a percentagem de 6,4% do fenômeno Crença, por exemplo, é muito baixa. Os três fenômenos em questão representam Atitudes Psicológicas conforme a grade conceitual apresentada na Figura 3.

A Memória é um fenômeno de enfermagem, pertencente às Atitudes Psicológicas, caracterizada pela capacidade mental na qual sensações, impressões e idéias são armazenadas, relembradas e recordadas. Na versão beta (ICN, 2003), o referido fenômeno apresenta as mesmas características, porém pertence a uma outra subdivisão chamada de Autoconsciência. No estudo, este fenômeno foi avaliado quando as mulheres relatavam fatos passados de sua história e quando elas afirmavam ter ou não dificuldades para lembrar de fatos, pessoas ou coisas.

A Emoção é um fenômeno de enfermagem pertencente às Atitudes Psicológicas caracterizada pela capacidade de a pessoa reter ou abandonar ações levando em conta os sentimentos de consciência agradável ou dolorosa da pessoa. Na versão beta (ICN, 2003), o referido fenômeno pertence ao Autoconhecimento tendo as mesmas características sendo acrescida de: os sentimento são conscientes ou inconscientes, expressos ou não, sentimentos

básicos normalmente aumentam durante período de intenso estresse por pertubações mentais e doenças e durante vários estágios de transição de vida.

A Crença, pertencente às Atitudes Psicológicas, é caracterizada pela capacidade de reter ou abandonar ações com base nas opiniões da pessoa. Na versão beta (ICN, 2003), o fenômeno Crença é um tipo de Autoconhecimento com as mesmas características da versão alfa.

Para uma análise mais precisa destes últimos fenômenos, os mesmos foram cruzados com os dados sócio-econômicos na busca de evidenciar possíveis fatores que pudessem contribuir para o estabelecimento de uma freqüência tão baixa dos mesmos. Considerando que a maior importância aqui residia na ausência do fenômeno, os próximos quadros e tabelas apresentam em sua segunda coluna a freqüência de não ocorrência dos mesmos.

FENÔMENO MEMÓRIA

Tabela 2: Distribuição dos fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas, de acordo com o fenômeno Memória, UBASF, Fortaleza-CE, 2004.

Variáveis	Memória				Estatísticas	Valor p
	Ausente		Presente			
1. Escolaridade	N	%	N	%	6,0776[1]	0,0139*
Baixa	72	55,8	57	44,2		
Média/Alta	35	38,9	55	61,1		
2. Estado civil					0,4651[1]	0,4952
Com Companheiro	64	47,1	72	52,9		
Sem Companheiro	43	51,8	40	48,2		
3. Ocupação					5,7248	0,0167[1]*
Doméstica	90	53,3	79	46,9		
Externa	17	34,0	33	66,0		
4. Motivo da consulta					1,5568[1]	0,2121
Prevenção	69	46,0	81	54,0		
Outros	38	55,1	31	44,9		
5. Faixa etária (anos)					0,4661	0,7921
Até 40	66	47,1	74	58,9		
Mais de 40	41	51,9	38	48,1		
6. Renda familiar (SM)					0,0336[1]	0,8544[1]
Até 1	71	49,3	73	50,7		
Mais de 1	36	48,0	39	52,0		
7. Renda per capitã					0,0072[2]	0,9323
Até 125	94	48,7	99	51,3		
De 125 a 500	13	50,0	13	50,0		
8. Nº Membros da família					0,0032[1]	0,9546[1]
Até 4	55	48,7	58	51,3		
De 5 a 9	52	49,1	54	50,9		
9. Nº de consultas					0,7127[1]	0,3985[1]
De 1 a 4	83	47,4	92	52,6		
De 5 a 9	24	54,5	20	45,5		

Ausente N=107, presente N=112. 1 - Qui-quadrado para independência; 2 - Qui-quadrado com correção de Yates;*Estatisticamente significante para p < 0,05

Pela Tabela 2, percebe-se que a ausência do Fenômeno Memória centrou-se em mulheres com baixa escolaridade (55,8%), que moravam com companheiro (47,1%), predominantemente com a ecupação doméstica (53,3%), e que encontravam-se na faixa etária de até 40 anos (47,1%). No que concerne à renda familiar, percebeu-se que o referido fenômeno estava ausente em 49,3% mulheres (71) que tinham renda de até um salário mínimo, e em 48,7% mulheres (94) que tinham renda pe rcapita de até R$ 125,00.

O fenômeno Memória estava presente em 112 participantes e ausente no restante de 107. A ausência do fenômeno memória esteve estatisticamente associada com a baixa escolaridade (p=0,0139) e com a ocupação (p= 0,0167), sendo esta predominantemente doméstica. Uma possível explicação é o pouco hábito do uso cognitivo, como por exemplo o da leitura e do raciocínio das ciências exadas. Isto é evidenciado pelo baixo nível de escolaridade, ou seja, o ensino fundamental incompleto, como também pela própria característica da execução da ocupação doméstica onde predomina o trabalho físico ou mecânico.

Para uma avaliação estatística mais precisa realizamos um teste para verificar a associação entre escolaridade e a ocupação considerando que a baixa escolaridade pode está relacionada a uma ocupação modesta e estas variáveis levarem a um efeito potencializador de ambos. O valor *p* encontrado (0,000627) para o teste de X^2 mostrou associação, levando-nos a crer que existe um efeito potencializador da associação entre estas variáveis e a não ocorrência do fenômeno Memória. Quando verificamos a força de associação do fenômeno Memória com escolaridade (phi= 0,1665) e ocupação (phi=0,1616) encontramos uma associação fraca. Outros fatores que freqüentemente são apresentados como influenciadores da memória, por exemplo, a faixa etária, não mostraram associação.

A Razão de Chance (RC) calculada para o fenômeno Memória em relação à escolaridade foi de 1,9850, seu intervalo de confiança foi de 1,1475 a 3,4337. Em relação à ocupação a RC foi de 2,2115, onde seu intervalo de confiança foi de 1,1446 a 4,2726. Nos dois casos citados, o intervalo de confiança não incluiu o valor nulo sendo, desta forma, estatisticamente significante. Então a chance dessas mulheres não apresentarem o fenômeno Memória é cerca de duas vezes maior naquelas com baixa escolaridade e ocupação doméstica. Vale ressaltar que na ocupação doméstica notadamente não há estímulo cognitivo, como a

›licação de uma leitura extensa ou gasto de horas na memorização de um ›nteúdo, o que deve contribuir para a não ocorrência do referido fenômeno.

Segundo Cavalcante e Varela (2002), com a explosão da Revolução dustrial, o poder paterno declinou um pouco, principalmente devido à udança do foco de produção, a mulher passou a exercer atividades, também, nge do lar, e dos familiares. Desta maneira ficando em evidência na sociedade luta por direitos iguais, como escolaridade, educação e melhores salários. inda assim, percebemos que apesar desta luta ainda existe um percentual evado de mulheres com baixa escolaridade. Sobretudo em comunidades mais ırentes. Esta baixa escolaridade, em nosso estudo, foi um dos fatores que ıfluenciou na não preservação do fenômeno Memória.

Como a idade apresentou distribuição assimétrica utilizamos o teste de lann Whitney para a comparação dos grupos. O mesmo mostrou não haver iferença de idade entre aquelas mulheres com e sem o fenômeno (p= 0,2947). . média de idade das mulheres que não apresentaram o fenômeno Memória foi e 37,8 anos, com um desvio padrão de 16,4 anos. A mediana da idade presentou um valor de 35 anos. Para as mulheres com o referido fenômeno resente, a idade média foi de 34,9 anos com desvio padrão 13,9 anos e mediana 3 anos.

De forma semelhante, a renda familiar e a renda per capita apresentaram istribuição assimétrica. O teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença e renda familiar e per capita para as mulheres que apresentaram ou não o enômeno (p=0,3713, p=0,5972 respectivamente). Para as mulheres que presentaram o fenômeno Memória a renda familiar foi em média de 308,5 eais, com um desvio padrão de R$ 223,9, e mediana R$ 240,0. Para as mulheres as quais o referido fenômeno estava ausente, a média foi de R$ 290,4, com

lesvio-padrão de R$ 293,8, denotando a influência de valores extremos, e nediana de R$ 240,0.

Quanto à renda per capita, as mulheres que apresentaram o fenômeno Memória, tiveram a média de R$ 77,95, com desvio padrão de R$ 63,39, e mediana de R$ 60,00. Para as mulheres nas quais o referido fenômeno estava ausente, a média foi de R$ 73,07, com desvio-padrão R$ 72,66 e mediana de R$ 60,00.

Quanto ao número de membros da família o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença no número de membros da família para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,6610). As mulheres que apresentaram o referido fenômeno tinham em média 4,5 membros na família, com um desvio padrão de 1,69 e mediana de 4,0. Para as mulheres onde o fenômeno estava ausente, a média foi de 4,60 membros da família, com desvio padrão de 1,92 e mediana 4,0.

Em relação ao número de consultas, o teste de Mann Whitney (MW) mostrou não haver diferença entre números de consultas e o fenômeno Memória para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,9180). As mulheres que apresentavam o referido fenômeno faziam em média 2,83 consultas,com desvio padrão de 2,11 e mediana 2,00, e as mulheres onde o fenômeno estava ausente tiveram a média foi de 2,85 consultas, com desvio padrão de 2,10 e mediana de 2,00.

FENÔMENO CRENÇA

Tabela 3: Distribuição dos fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas, de acordo com o fenômeno Crença, UBASF, Fortaleza - CE, 2004.

Variáveis	Crença				Estatística	Valor p
	Ausente		Presente			
1. Escolaridade	N	%	N	%		
Baixa	121	93,8	8	6,2	0,0202[1]	0,8868
Média/Alta	84	93,3	6	6,7		
2. Estado civil						
Com Companheiro	128	94,1	8	5,9	0,0122[1]	0,9120
Sem Companheiro	77	92,8	6	7,2		
3. Ocupação						
Doméstica	158	93,5	11	6,5		0,5987[2]
Externa	47	94,0	3	6,0		
4. Motivo da consulta						
Prevenção	139	92,7	11	7,3		0,3032[2]
Outros	66	95,7	3	4,3		
5. Faixa etária (anos)						
Até 40	133	95,5	7	5,0		0,2004[2]
Mais de 40	72	91,1	7	8,9		
6. Renda familiar (SM)						
Até 1	133	92,4	11	7,6		0,2300[2]
Mais de 1	72	96,0	3	4,0		
7. Renda Per capita (R$)						
Até 125	180	93,3	13	6,7		0,4858[2]
De 125 a 500	25	96,2	1	3,8		
8. Nº Membros da familia						
Até 4	107	94,7	6	5,3	0,1600[1]	0,6891
De 5 a 9	98	92,5	8	7,5		
9. Nº de consultas						
De 1 a 4	164	93,7	11	6,3		0,5607[2]
De 5 a 9	41	93,2	3	6,8		

Ausente N=205, prensente N=14. 1 - Qui-quadrado com correção de Yates; 2 - Teste exato de Fisher, *Estatisticamente significante para p ‹ 0,05

Na Tabela 3, percebe-se que o fenômeno Crença esteve ausente na baixa escolaridade, 121 mulheres, (93,8%); em mulheres que moravam com companheiro, 128 mulheres (94,1%); naquelas em que a ocupação predominante foi a doméstica, 158 mulheres (93,5%). No que concerne à renda familiar, percebeu-se que o referido fenômeno estava ausente em 133 mulheres (92,4%) que tinham renda de até um salário mínimo, e em 180 mulheres (93,3%) que tinham renda per capita de ate R$ 125,00.

O fenômeno Crença estava presente em 14 participantes e ausente nas restantes 205. Nenhum dos fatores sócio-econômicos apresentou associação estatística com fenômeno Crença. Crença, definido como um estado saudável do indivíduo, isto é, associado ao desenvolvimento e crescimento pessoal, como escolaridade, renda, ocupação, visão de mundo, aspirações, foi encontrado em uma proporção muito baixa, talvez por ser uma característica pessoal e de desenvolvimento de cada indivíduo. O mesmo pode estar relacionado com os fatores individuais e não a características sócio-econômicas ou socioculturais.

Segundo Silveira e Carvalho (2003), muito conhecimento que a mulher têm, vem de experiências tradicionais, relacionadas com a cultura e os restantes conhecimentos passados de geração a geração. Assim a cultura mais do que a herança genética determina o comportamento da mulher e justifica suas realizações. Para trabalhar com estas mulheres, cujo fenômeno Crença esteja presente, não se pode perder de vista o fator cultural, pois irá determinar suas atitudes de promoção ou não da saúde.

No fenômeno Crença o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença de idade para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,5722). Para as mulheres que apresentaram o referido fenômeno a média de idade foi de 37,71 anos, com desvio padrão de 12,07 anos e mediana de 40,5 anos. Para as mulheres cujo fenômeno estava ausente a média foi de 36,23 anos, com desvio padrão de 15,46 anos e mediana de 34,00.

De forma semelhante para a renda familiar e a renda per capita o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,3375, p=0,7621 respectivamente). Para as mulheres que apresentaram o fenômeno Crença a renda foi em média de R$ 261,42, com um desvio padrão de R$ 235,75, e mediana R$ 240,00. Para as mulheres nas

quais o referido fenômeno estava ausente a média foi de R$ 302,32, com desvio-padrão de R$ 261,92 e mediana de R$ 240,0. Já para as mulheres que apresentaram o fenômeno Crença à renda per capita foi em média de R$ 70,23 com desvio padrão de R$ 82,15, e mediana de R$ 45,00. Para as mulheres nas quais o referido fenômeno estava ausente a média da renda per capita foi de R$ 75,93, com desvio-padrão R$ 67,11 e mediana de R$ 60,00.

Em relação ao número de membros da família, o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno Crença (p=0,7301). Para as mulheres que apresentaram o fenômeno citado, a média de membros da família foi de 4,71 pessoas, com desvio-padrão de 2,16 e mediana de 5,00. Já para as mulheres cujo fenômeno estava ausente, a média de membros da família foi de 4,54 pessoas, com desvio-padrão de 1,78 e mediana de 4,00.

Em relação ao número de consultas, o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença entre as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno Crença (p=0,7765). Para as mulheres que apresentavam o fenômeno Crença a média de consultas foi de 3,00, com desvio-padrão de 2,18 e mediana de 2,00, já para mulheres cujo fenômeno estava ausente, a média de consultas foi de 2,83 consultas, com desvio-padrão de 2,10 e mediana de 2,00.

Nas demais variáveis não foram encontrados associação estatística.

FENÔMENO EMOÇÃO

Tabela 4: Distribuição dos fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas de acordo com o fenômeno Emoção, UBASF, Fortaleza-CE, 2004.

Variáveis	Emoção				Estatística	Valor p
	Ausente		Presente			
1. Escolaridade	N	%	N	%	2,1669[1]	0,1466
Baixa	116	89,9	13	10,1		
Média/Alta	74	82,2	16	17,8		
2. Estado civil					0,3846[1]	0,5351
Com Companheiro	120	88,2	16	11,8		
Sem Companheiro	70	84,3	13	15,7		
3. Ocupação					0,1743[1]	0,6763
Doméstica	148	87,6	21	12,4		
Externa	42	84,0	8	16,0		
4. Motivo da consulta					0,3422[1]	0,5585
Prevenção	132	88,0	18	12,0		
Outros	58	84,1	11	15,9		
5. Faixa etária (anos)					2,7000[1]	0,1000
Até 40	117	83,6	23	16,4		
Mais de 40	73	92,4	6	7,6		
6. Renda familiar (SM)					0,0329[1]	0,8561
Até 1	125	86,8	19	13,2		
Mais de 1	65	86,7	10	13,3		
7. Renda Per capitã (R$)						0,1082
Até 125	165	85,5	28	14,5		
De 125 a 500	25	96,2	1	3,8		
8. Nº Membros da familia					0,9658[1]	0,3257
Até 4	101	89,4	12	10,6		
De 5 a 9	89	84,0	17	16,0		
9. Nº de consultas					1,3400[1]	0,2470
De 1 a 4	149	85,1	26	14,9		
De 5 a 9	41	93,2	3	6,8		

Ausente N=190, presente N=29. 1 - Qui-quadrado com correção de Yates; *Estatisticamente significante para p < 0,05

Pela Tabela 4, percebe-se que o fenômeno Emoção esteve ausente em mulheres com baixa escolaridade, 116 participantes (89,9%); em mulheres que moravam com companheiro, 120 mulheres (88,2%); onde a ocupação predominante foi à doméstica, 148 mulheres (87,6%) . No que concerne à renda familiar, percebeu-se que o referido fenômeno estava ausente em 125 mulheres (86,8%) que tinham renda de até um salário mínimo, e em 165 mulheres (85,5%) que tinham renda per capita de até R$ 125,00.

O fenômeno Emoção esteve presente em 29 pesquisadas e ausente nas restantes 190. O referido fenômeno nos mostra a capacidade da pessoa manter o equilíbrio emocional levando em conta sua consciência sobre sentimento, e este equilíbrio esteve presente em uma porção muito pequena da amostra e não mostrou associação com nenhuma variável sócio-econômica.

Em um estudo sobre ciclo menstrual da mulher, Maramatsu et al.(2001) declara que alterações emocionais existem em freqüência elevada. Entre estas se encontravam impaciência (79,07%), irritabilidade (74,42%) e descontrole emocional seguido de choro (64,44%). Talvez a amostra do nosso estudo estivesse enquadrada neste perfil de mulher cuja emoção estivesse tendendo a alteração.

Em relação à idade, o teste de Mann Whitney mostrou haver diferença de idade para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno Emoção (p=0,0115). Para as mulheres que apresentaram o citado fenômeno a média de idade foi de 29,82 anos, com desvio-padrão de 12,70 anos e mediana de 23,00 anos, já para as mulheres cujo fenômeno estava ausente a média de idade foi de 37,32 anos, com desvio-padrão de 15,39 anos e mediana de 37,32 anos. Assim, mulheres cujo fenômeno Emoção estava ausente tinham medianamente, idade maior que as mulheres que o apresentavam.

Para a renda familiar e a renda per capita o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,8047, p=0,2247 respectivamente). Para as mulheres que apresentaram o fenômeno Emoção a renda familiar foi em média de R$ 284,13, com um desvio padrão de R$ 195,62, e mediana R$ 240,00. Para as mulheres nas quais o referido fenômeno estava ausente a média foi de R$ 302,08, com desvio-padrão R$ 268,83 e mediana de R$ 240,0. Já para as mulheres que

apresentaram o fenômeno Emoção a renda per capita foi em média de R$ 61,27, com desvio-padrão de R$ 40,48 e mediana R$ 60,00. Para as mulheres nas quais o referido fenômeno estava ausente a média da renda per capita foi de R$ 77,75, com desvio-padrão R$ 71,06 e mediana de R$ 60,00.

Em relação ao número de membros da família, o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,0610). Para as mulheres que apresentaram o fenômeno Emoção, a média de pessoas na família foi de 5,13 pessoas, com desvio-padrão de 1,90 e mediana 5,00. Para as mulheres onde o fenômeno esteve ausente a média de número de membros da família foi de 4,46 pessoas, com desvio-padrão de 1,78 e mediana de 4,00.

Em relação ao número de consultas, o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,1709). Para as mulheres que apresentaram o fenômeno, a média de consultas foi de 2,34 consultas, com desvio-padrão de 1,71 e mediana de 2,00, já para as mulheres cujo fenômeno estava ausente a média de consultas foi de 2,92 consultas, com desvio-padrão de 2,15 e mediana de 2,00.

O fenômeno em estudo não apresentou associação com os demais fatores estudados.

Destacamos que os fenômenos aqui analisados estiveram associados a poucos fatores sócio-econômicos. Isto talvez seja explicado pelo fato de serem características intrínsecas de cada indivíduo enquanto ser holístico, ocorrendo de maneira isolada influenciado, sobretudo, pela forma como cada indivíduo vê o seu mundo, participa dele e enfrenta suas situações.

Segundo Victora (1990) apud Rouquayrol e Almeida (2003), existem vantagens e desvantagens em se utilizar variáveis sócio-econômicas em estudos epidemiológicos. A principal vantagem é o fato de ser explicativa, mostra uma série de variáveis intermediárias, como renda, escolaridade etc, que por sua vez influencia o processo saúde-doença. Este mesmo aspecto é uma de suas desvantagens: sendo um determinante distal, cuja ação é mediada por uma série de variáveis que possuem certa autonomia, as relações estatísticas entre inserção de classes e o processo saúde-doença podem ser algo enfraquecidas.

Tabela 5- Distribuição da amostra segundo associação entre fenômenos que indicam manutenção do estado de saúde. Fortaleza-Ce, 2004.

	Emoção		**Estatística**	**Valor p**
Memória	Ausente	Presente		
Ausente	96	11	1,1331[1]	0,2871
Presente	94	18		
Total	190	29		
	Crença		**Estatística**	**Valor p**
Memória	Ausente	Presente		
Ausente	101	6	0,0353[1]	0,8508
Presente	104	8		
Total	205	14		
	Crença		**Estatística**	**Valor p**
Emoção	Ausente	Presente		
Ausente	178	27		0,5781[2]
Presente	12	2		
Total	190	29		

1 - Qui-quadrado com correção de Yates; 2-teste exato de Fisher

A Tabela 5 mostra o cruzamento dos fenômenos que indicam manutenção da saúde, que tiveram maior importância para o estudo. O fenômeno Emoção juntamente com o fenômeno Memória estiveram ausentes em 96 pesquisadas e presentes em 18 concomitantemente. O fenômeno Crença juntamente com fenômeno Memória estiveram presentes em oito pesquisadas e ausentes em 101 concomitantemente. De maneira similar, o fenômeno Crença e o fenômeno Emoção não apresentaram associação e estiveram presentes em duas

participantes e ausentes em 178. Não foram identificados associações estatísticas entre os fenômenos, indicando uma ocorrência independente dos mesmos.

5.4 Fenômenos de Enfermagem que indicam alteração da saúde

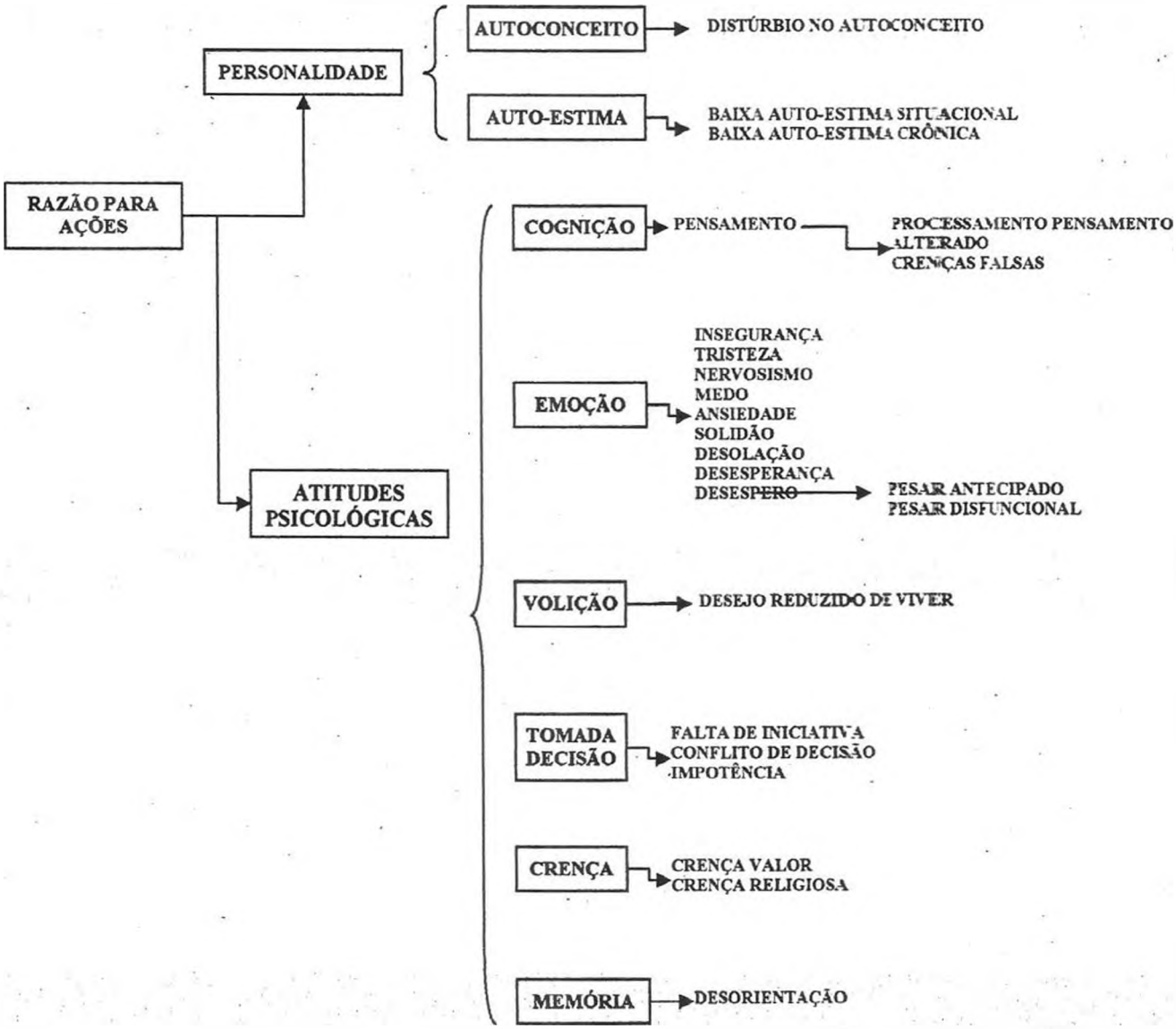


Figura 4: Distribuição dos Fenômenos de Enfermagem que indicam alteração do estado de saúde do grupo pesquisado, UBASF, Fortaleza-CE, 2004.

Para uma melhor compreensão dos fenômenos avaliados nesta seção é necessário notar que os 23 fenômenos identificados distribuem-se em 2 (dois) níveis de abstração conceitual. A maior parte dos fenômenos situam-se no

rimeiro nível de abstração, num total de 19. Pela Figura 4 percebe-se ubdivisões que compõem os referidos níveis de abstração.

O Quadro 4 mostra os Fenômenos de Enfermagem que indicam alteração le saúde com freqüência absoluta, percentagem, intervalo de confiança e ercentis.

Quadro 4- Fenômenos de Enfermagem que indicam alteração de saúde do grupo pesquisado, UBASF, Fortaleza-CE, 2004.

Fenômeno	N	%	IC 95%	Percentil
Crença de valor	176	80,4	74,5-85,4	
Medo	174	79,5	73,5-84,6	
Crença religiosa	133	60,7	53,9-67,2	
Desorientação	107	48,9	42,1-55,7	
Impotência	57	26,0	20,3-32,4	P75
Pesar antecipado	52	23,7	18,3-29,9	
Insegurança	46	21,0	15,8-27.0	
Baixa auto-estima situacional	36	16,4	11,8-22,0	
Falta de iniciativa	30	13,7	9,4-19,0	
Baixa auto-estima crônica	22	10,0	6,4-14,8	
Tristeza	21	9,6	6,0-14,3	P50
Desespero	15	6,8	3,9-11,0	
Pesar disfuncional	15	6,8	3,9-11,0	
Solidão	13	5,9	3,2-9,9	
Desolação	11	5,0	2,5-8,8	
Desesperança	8	3,7	1,6-7,1	
Ansiedade	5	2,3	0,7-5,2	P25
Processo de pensamento alterado	5	2,3	0,7-5,2	
Redução no desejo de viver	4	1,8	0,5-4,6	
Nervosismo	3	1,4	0,3-4,0	
Distúrbio no autoconceito	2	0,9	0,1-3,3	
Crenças falsas	1	0,5	0,0-2,5	
Conflito de decisão	1	0,5	0,0-2,5	

P25 - percentil 25; P50 – percentil50; P75 – percentil75.

Em relação aos fenômenos de enfermagem que indicam alteração de saúde foram encontrados 23 fenômenos. Destes, cinco encontraram-se alterado em grande parte da amostra, são eles Crença de Valor (80,4%), Medo (79,5%),

Crença Religiosa (60,7%), Desorientação(48,9%) e Impotência (26%). Estes fenômenos situavam-se acima do percentil 75 e, portanto, foram analisados em maiores detalhes.

Crença de Valor é um fenômeno de enfermagem pertencente à Crença, caracterizado pela capacidade de reter ou abandonar ações com base nas opiniões da pessoa sobre o que é bom ou ruim. Na versão beta encontramos o fenômeno Valor de Crença pertencente a Crença com as mesmas características da versão alfa.

Esta definição relaciona-se a uma atitude que é tomada com base numa avaliação pessoal do que seja certo ou errado. É válido ressaltar, que a definição apresentada na CIPE deixa dúvidas quanto a influência de uma argumentação lógica, tendo em vista que o conceito de bom ou ruim de uma pessoa pode independer de um conhecimento adequado para a situação. Por exemplo, em uma comunidade carente como a que fez parte da amostra, muitas atitudes em relação à saúde são tomadas somente com base na crença de que ela seja eficaz, e não necessariamente por uma comprovação específica.

O Medo é um fenômeno de enfermagem pertencente à Emoção. É caracterizado por sentimento de ameaça, perigo ou angustia com causa conhecida (conteúdo do pensamento). Na versão beta encontramos para o referido fenômeno as mesmas características encontradas na versão alfa acrescidas de estado de alerta, concentração na fonte do medo, olhos bem abertos, acompanhado de ataque agressivo ou de retirada da fonte do medo. A definição deste fenômeno também trouxe dúvidas, sobretudo pela conjugação "ou" que precede o termo "angustia com causa conhecida". Sabe-se que angústia com causa conhecida é freqüente no cotidiano das pessoas e a caracterização da

mesma enquanto ameaça pode ser percebida em graus diferentes, e isto foi um fator dificultador na análise desse fenômeno.

A Crença Religiosa é um fenômeno de enfermagem pertencente à Crença, caracterizado pela capacidade de manter ou abandonar ações com base na opinião religiosa da pessoa. Na versão beta o referido fenômeno encontra-se inalterado.

A Desorientação é um fenômeno de enfermagem pertencente à Memória. É caracterizado por um distúrbio da memória quanto à preservação de experiências sobre o tempo, lugar e dados pessoais, circunstâncias e eventos. Na versão beta encontramos o fenômeno Confusão pertencente a Orientação com as mesmas características do fenômeno Desorientação, da versão alfa.

Por fim, a Impotência é um fenômeno de enfermagem pertencente à Tomada de Decisão com as seguintes características específicas: processos mentais de escolha reduzida, inabilidade para agir, percepção de que as próprias ações não afetarão significativamente um resultado, uma percebida falta de controle de uma situação atual ou sobre acontecimento imediato. Na versão beta, não encontramos o referido fenômeno.

As tabelas a seguir irão mostrar a distribuição dos fenômenos de enfermagem que indicam manutenção da saúde. A Tabela 6 mostra a distribuição do fenômeno de enfermagem Crença de Valor com os fatores sócio-econômicos, motivos e número de consultas.

CRENÇA DE VALOR

Tabela 6: Distribuição dos fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas, de acordo com o fenômeno Crença de Valor, UBASF, Fortaleza - CE, 2004.

Variáveis	Crença de Valor				Estatística	Valor p
	Sim		Não			
1. Escolaridade	N	%	N	%	1,2022[2]	0,2728
Baixa	100	77,5	29	22,5		
Média/Alta	76	84,4	14	15,6		
2. Estado civil					0,5968[2]	0,4397
Com Companheiro	112	82,4	24	17,6		
Sem Companheiro	64	77,1	19	22,9		
3. Ocupação					0,0165[2]	0,8976
Doméstica	135	79,9	34	20,1		
Externa	41	82,0	9	18,0		
4. Motivo da consulta					0,1476[2]	0,7011
Prevenção	119	79,3	31	20,7		
Outros	57	82,6	12	17,4		
5. Faixa etária (anos)					0,5000[2]	0,4811
Até 40	115	82,1	25	17,9		
Mais de 40	61	77,2	18	22,8		
6. Renda familiar (SM)					0,0066[2]	0,9354
Até 1	116	80,6	28	19,4		
Mais de 1	60	80,0	15	20,0		
7. Renda Per capitã (R$)					0,7125[2]	0,3986
Até 125	153	79,3	40	20,7		
De 125 a 500	23	88,5	3	11,5		
8. Nº Membros da familia					2,031[1]	0,1540
Até 4	95	84,1	18	15,9		
De 5 a 9	81	76,4	25	23,6		
9. Nº de consultas					0,8249[2]	0,3637
De 1 a 4	138	78,9	37	21,1		
De 5 a 9	38	86,4	6	13,6		

Presente N=176, ausente N=43. 1 - Qui-quadrado para independência; 2 - Qui-quadrado com correção de Yates;
*Estatisticamente significante para p ‹ 0,05

Analisando a Tabela 6, percebe-se que o fenômeno Crença de Valor esteve presente em mulheres com baixa escolaridade (77,5%); que moravam com companheiro (82,4%); com a ocupação predominante de doméstica (79,9%) e que tinham até 40 anos (82,1%). Em relação à renda, percebeu-se que o referido fenômeno estava presente em 116 mulheres (80,6%) que tinham renda de até um salário mínimo, e em 153 mulheres (79,3%) que tinham renda per capita de até R$ 125,00.

Acreditamos que a crença de uma pessoa é formada ao longo dos anos, sendo influenciada pelo meio, pela escolaridade, pela ocupação, pela experiência de vida e pela faixa etária. Por exemplo, é comum a idéia de que pessoas mais velhas tendam a apresentar uma postura mais rígida em relação aos seus valores contra quaisquer argumentos discutidos. De acordo com Magalhães (2005) ao idoso cabem papéis e padrões comportamentais apoiados no valor da respeitabilidade, associados à figura patriarcal; são prescrições que tendem a repetir no tempo valores e padrões de comportamento, apoiados em seu valor imemorial, em lendas, crenças, mitos, preservando a memória e a lembrança, mesmo que efetivamente ocorra mudanças estruturais e sociais.

Segundo Silveira e Carvalho (2003) valores culturais, incluindo a crença, são repassados de geração em geração, e dependendo do sistema simbólico, conseguem mudar e transformar a maneira de agir, na realidade.

Além disso, acredita-se que pessoas com baixa escolaridade teriam maior tendência a adotar valores impostos pela cultura em que está inserido, mais do que pessoas com maior nível de instrução. Cavalcante e Varela (2002) afirmou em seu estudo que o processo saúde-doença é resultante da interação de vários fatores, dentre eles o contexto cultural, social e histórico. Entretanto, nosso estudo demonstrou que fatores sócio-econômicos não estiveram associados à ocorrência do fenômeno Crença.

Em relação à idade, o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno ($p=0,7595$). Para as mulheres que apresentaram o fenômeno Crença de Valor a média de idade foi de 36,25 anos, com desvio-padrão de 15,43 anos e mediana de 34,00 anos, já para as mulheres cujo fenômeno estava ausente a média de idade foi de 36,65 anos, com desvio-padrão de 14,64 anos e mediana de 35,00 anos.

O teste de Mann-Whitney também mostrou não haver diferenças de renda familiar e per capita para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,5268, p=0,3102 respectivamente). Para as mulheres que apresentaram o fenômeno Crença de Valor, a renda familiar foi em média de R$ 304,73, com *um desvio padrão de R$ 267,79*, e *mediana de R$ 240,00. Para as mulheres nas* quais o referido fenômeno estava ausente a média foi de R$ 279,11, com desvio-padrão de R$ 227,11 e mediana de R$ 240,0. Já para as mulheres que apresentaram o referido fenômeno, a renda per capita foi em média de R$ 77,87, com desvio-padrão de R$ 69,67 e mediana de R$ 60,00. Para as mulheres nas quais o mesmo fenômeno estava ausente a média da renda per capita foi de R$ 66,11, com desvio-padrão de R$ 60,34 e mediana de R$ 53,33.

Em relação ao número de membros da família, o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,5581). Em média o número de membros da família para mulheres que apresentaram o Fenômeno Crença de Valor foi de 4,51 pessoas, com desvio-padrão de 1,80 e mediana de 4,00. Já para mulheres cujo citado fenômeno estava ausente, a média de membros da família foi de 4,69 pessoas, com desvio padrão de 1,84 e mediana de 5,00.

De forma semelhante para o número de consultas, o teste de Mann Whitney não mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,6109). Em média o número de consulta para as mulheres que apresentaram o fenômeno foi de 2,88 consultas, com desvio-padrão de 2,13 e mediana de 2,00. Para mulheres cujo fenômeno estava ausente a média de consultas foi de 2,69 consultas, com desvio padrão de 2,00 e mediana de 2,00.

O fenômeno Crença de Valor não mostrou associação com os fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas.

FENÔMENO MEDO

Tabela 7: Distribuição dos fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas de acordo com o fenômeno Medo, UBASF, Fortaleza- CE, 2004.

Variáveis	Medo				Estatística	Valor p
	Sim		Não			
1. Escolaridade	N	%	N	%	1,0446[2]	0,3067
Baixa	106	82,2	23	17,8		
Média/Alta	68	75,6	22	24,4		
2. Estado civil					1,4105[2]	0,2349
Com Companheiro	112	82,4	24	17,6		
Sem Companheiro	62	74,7	21	25,3		
3. Ocupação					0,2386[2]	0,6252
Doméstica	136	80,5	33	19,5		
Externa	38	76,0	12	24,0		
4. Motivo da consulta					0,3650[2]	0,5475
Prevenção	117	78,0	33	22,0		
Outros	57	82,6	12	17,4		
5. Faixa etária (anos)					0,9111[2]	0,3412
Até 40	108	77,1	32	22,9		
Mais de 40	66	83,5	13	16,5		
6. Renda familiar (SM)					0,1031[2]	0,7481
Até 1	113	78,5	31	21,5		
Mais de 1	61	81,3	14	18,7		
7. Renda Per capita (R$)					3,9469	0,0469[2*]
Até 125	149	77,2	44	22,8		
De 125 a 500	25	96,2	1	3,8		
8. Nº Membros da familia					0,1665[1]	0,6832
Até 4	91	80,5	22	19,5		
De 5 a 9	83	78,3	23	21,7		
9. Nº de consultas					0,4138[2]	0,5200
De 1 a 4	137	78,3	38	21,7		
De 5 a 9	37	84,1	7	15,9		

Presente N=174, ausente N=45. 1 - Qui-quadrado para independência; 2 - Qui-quadrado com correção de Yates; *Estatisticamente significante para p ‹ 0,05

Através da Tabela 7, percebe-se que o fenômeno Medo esteve presente em mulheres com baixa escolaridade (82,2%), que moravam com companheiro (82,4%), com ocupação predominante de doméstica (80,5%) e que tinham até 40 anos, (77,1%). No que concerne à renda, percebeu-se que o referido fenômeno estava presente em 113 mulheres (78,5%) que tinham renda de até um salário mínimo, e em 149 participantes (77,2%) que tinham renda per capita de até R$125,00.

O fenômeno Medo, que tem como características sentimento de ameaça, perigo ou estresse com causa conhecida, esteve presente em 174 pesquisadas e ausente em 45, e mostrou associação a variável renda per capita. É possível que as dificuldades familiares predisponham as mulheres a uma fragilidade emocional devido às incertezas geradas pela falta de provimentos básicos. A definição apresentada na CIPE (1996) dá margem para a avaliação de um sentimento com causas diversas como, por exemplo, o medo de não ter alimento disponível no dia seguinte.

Muitos fatores podem causar emoções como o medo em mulheres, dentre eles podemos destacar o descobrimento de uma doença estigmatizante, como é o caso de câncer de mama e de útero, em mulheres que freqüentam a consulta ginecológica (BITTENCOURT e CADETE, 2002; FIALHO e SILVA, 2004).

O referido fenômeno mostrou associação com renda per capita, (p=0,0469). A Razão de Chance do fenômeno Medo em relação à renda per capita foi de 0,1355. Seu intervalo de confiança foi de 0,0178 a 1,0282 incluindo o valor nulo, não sendo, neste caso, estatisticamente significante.

Quanto à idade, o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,0693). Para as mulheres que apresentaram o Fenômeno, a média de idade foi de 37,17 anos, com desvio-padrão de 15,23 anos e mediana de 36 anos. Já para as mulheres com ausência do fenômeno, a média de idade foi de 33,06 anos, com desvio-padrão de 15,06 anos e mediana de 30 anos.

O teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença de renda familiar e per capita para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,6874; p=0,4045 respectivamente). Para as mulheres que apresentaram o fenômeno

Medo a renda familiar foi em média de R$ 309,05, com um desvio padrão de R$ 277,21, e mediana R$ 240. Para as mulheres nas quais o referido fenômeno estava ausente a média foi de R$ 263,55, com desvio-padrão de R$ 176,48 e mediana de R$ 240. Para as mulheres que apresentaram o fenômeno Medo a renda per capita foi em média de R$ 79,02, com desvio-padrão de R$ 73,14 e medianade R$ 60,00. Para as mulheres nas quais o referido fenômeno estava ausente a média da renda per capita foi de R$ 62,21, com desvio-padrão de R$ 40,33 e mediana de R$ 60,00.

Em relação ao número de membros da família, o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,4528). Em média o número de membros da família para mulheres que apresentaram o Fenômeno Crença de Valor foi de 4,5 pessoas, com desvio-padrão de 1,73 e mediana de 4,00. Já para mulheres em que o citado fenômeno estava ausente, a média de membros da família foi de 4,73 pessoas, com desvio padrão de 2,07 e mediana de 5,00.

De forma semelhante para o número de consultas, o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,2672). Em média o número de consulta para as mulheres que apresentaram o fenômeno foi de 2,92 consultas, com desvio-padrão de 2,14 e mediana de 2,00. Para mulheres cujo fenômeno estava ausente a média de consultas foi de 2,53 consulta, com desvio padrão de 1,94 e mediana de 2,00.

O fenômeno em estudo não mostrou associação estatisticamente significante com os fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas.

FENÔMENO CRENÇA RELIGIOSA

Tabela 8: Distribuição dos fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas, de acordo com o fenômeno Crença Religiosa, UBASF, Fortaleza - CE, 2004.

Variáveis	Crença Religiosa				Estatística	Valor p
	Sim		Não			
1. Escolaridade	N	%	N	%	4,6380	0,0312[1]*
Baixa	86	66,7	43	33,3		
Média/Alta	47	52,2	43	47,8		
2. Estado civil					0,0287[1]	0,8655
Com Companheiro	82	60,3	54	39,7		
Sem Companheiro	51	61,4	32	38,6		
3. Ocupação					0,0020[2]	0,9645
Doméstica	102	60,4	67	39,6		
Externa	31	62,0	19	38,0		
4. Motivo da consulta					0,0725[1]	0,7876
Prevenção	92	61,3	58	38,7		
Outros	41	59,4	28	40,7		
5. Faixa etária (anos)					8,3400	0,0038[1]*
Até 40	75	53,6	65	46,4		
Mais de 40	58	73,4	21	26,6		
6. Renda familiar (SM)					0,1793[1]	0,6719
Até 1	86	59,7	58	40,3		
Mais de 1	47	62,7	28	37,3		
7. Renda Per capita (R$)					0,0154[2]	0,9012
Até 125	118	61,1	75	38,9		
De 125 a 500	15	57,7	11	42,3		
8. Nº Membros da família					1,4670[1]	0,2258
Até 4	73	64,6	40	35,4		
De 5 a 9	60	56,6	46	43,4		
9. Nº de consultas					2,7232[2]	0,09888
De 1 a 4	101	57,7	74	42,3		
De 5 a 9	32	72,7	12	27,3		

Presente N=133, ausente N=86. 1 - Qui-quadrado para independência; 2 - Qui-quadrado com correção de Yates;
*Estatisticamente significante para $p < 0,05$

Na Tabela 8, percebe-se que o Fenômeno Crença Religiosa esteve presente em mulheres com baixa escolaridade (66,7%), que moravam com companheiro (60,3%), que tinham ocupação de doméstica (60,4%) e a maioria tinha até 40 anos (53,6%). No que concerne à renda, percebeu-se que o referido fenômeno estava presente em 86 mulheres (59,7%) que tinham renda de até um salário mínimo, e em 118 mulheres (61,1%) que tinham renda per capita de até R$ 125,00 .

O fenômeno Crença Religiosa apresentou associação com a baixa escolaridade (p=0,0312) e com a faixa etária (p=0,0038). Em relação à escolaridade a Razão de Chance foi de 1,8298, ficando o intervalo de confiança entre 1,0532 a 3,1789, mostrando que na amostra, uma mulher com baixa escolaridade tem quase duas vezes mais chance de ter o fenômeno Crença Religiosa do que mulheres com escolaridade maior.

Já em relação a faixa etária, a Razão de Chance foi de 2,3937, tendo um intervalo de confiança de 1,3142 a 4,3597, isto é , na amostra, uma mulher com mais de 40 anos tem 2,4 vezes mais chance de apresentar o Fenômeno Crença Religiosa do que mulheres com idade inferior a esta.

O senso comum aponta para o fato de pessoas com nível educacional baixo terem maior chance de direcionar suas decisões baseados em padrões culturais como, por exemplo, religiosos do que pessoas com nível educacional maior.

Para uma avaliação estatística mais precisa realizamos um teste para verificar a força da associação entre escolaridade e o fenômeno Crença Religiosa (phi=0,1455) e o referido fenômeno com faixa etária (phi=0,1951) a força da associação mostrou-se fracamente significante. Outros fatores sócio-econômicos que poderiam influenciar a ocorrência do fenômeno Crença Religiosa, como, por exemplo, o motivo da consulta e a renda familiar, não mostraram associação.

O teste de Mann Whitney mostrou haver diferença de idade para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,0001). Para as mulheres que apresentaram o fenômeno a média de idade foi de 37,29 anos, com desvio-padrão de 15,33 anos e mediana de 37 anos, já para as mulheres cujo fenômeno estava ausente a média de idade foi de 31,75 anos, com desvio-padrão de 14,01

anos e mediana de 28 anos. Este dado corrobora com a associação com a faixa etária indicada pelo teste de qui-quadrado, mostrando uma idade medianamente maior para mulheres que apresentaram o fenômeno Crença Religiosa.

Com relação à renda familiar e a renda per capita o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,3366 , p=0,0742 respectivamente). Para as mulheres que apresentaram o fenômeno Crença Religiosa a renda familiar foi em média de R$ 313,31, com um desvio padrão de R$ 279,48, e mediana de R$ 240. Para as mulheres nas quais o referido fenômeno estava ausente a média foi de R$ 278,66, com desvio-padrão de R$ 226,64 e mediana de R$ 240. Já para as mulheres que apresentaram o fenômeno Memória a renda per capita foi em média de R$ 77,42, com desvio-padrão de R$ 62,21 e mediana de R$ 60,00. Para as mulheres nas quais o referido fenômeno estava ausente a média da renda per capita foi de R$ 72,70, com desvio-padrão R$ 76,32 e mediana de R$ 48.

Em relação ao número de membros da família, o teste de Mann Whitney mostrou não haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,2950). Em média o número de membros da família para mulheres que apresentaram o fenômeno Crença Religiosa foi de 4,42 pessoas, com desvio-padrão de 1,69 e mediana de 4,00, já para mulheres cujo citado fenômeno estava ausente, a média de membros da família foi de 4,75 pessoas, com desvio padrão de 1,96 e mediana de 4,75.

Em relação ao número de consultas, o teste de Mann Whitney mostrou haver diferença para as mulheres que apresentaram ou não o fenômeno (p=0,0358). Em média o número de consulta para as mulheres que apresentaram o fenômeno foi de 3,06 consultas, com desvio-padrão de 2,14 e mediana de 2,00.

Para mulheres cujo fenômeno estava ausente a média de consultas foi de 2,51 consultas, com desvio padrão de 2,01 e mediana de 2,00.

O fenômeno em estudo não mostrou associação entre os demais fatores sócio-econômicos e nem com motivo e número de consultas.

FENÔMENO DESORIENTAÇÃO

Tabela 9: Distribuição dos fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas, de acordo com o fenômeno Desorientação , UBASF, Fortaleza- CE, 2004.

Variáveis	Desorientação				Estatística	Valor p
	Sim		Não			
1. Escolaridade	N	%	N	%	6,0776[1]	0,0136*
Baixa	72	55,8	57	44,2		
Média/Alta	35	38,9	55	61,1		
2. Estado civil					0,4651[1]	0,4952
Com Companheiro	64	47,1	72	52,9		
Sem Companheiro	43	51,8	40	48,2		
3. Ocupação					5,7248	0,0167*
Doméstica	90	53,3	79	46,7		
Externa	17	34,0	33	66,0		
4. Motivo da consulta					1,5568[1]	0,2121
Prevenção	69	46,0	81	54,0		
Outros	38	55,1	31	44,9		
5. Faixa etária (anos)					0,4600[1]	0,4989
Até 40	66	47,5	74	52,9		
Mais de 40	41	51,9	38	48,1		
6. Renda familiar (SM)					0,0336[1]	0,8544
Até 1	71	49,3	73	50,7		
Mais de 1	36	48,0	39	52,0		
7. Renda Per capita (R$)					0,0072[2]	0,9323
Até 125	94	48,7	99	51,3		
De 125 a 500	13	50,0	13	50,0		
8. Nº Membros da familia					0,0032[1]	0,9546
Até 4	55	48,7	58	51,3		
De 5 a 9	52	49,1	54	50,9		
9. Nº de consultas					0,7127[1]	0,3985
De 1 a 4	83	47,7	92	52,6		
De 5 a 9	24	54,5	20	45,5		

Presente N=107, ausente N=112. 1 - Qui-quadrado para independência; 2 - Qui-quadrado com correção de Yates;*Estatisticamente significante para $p < 0,05$

Na Tabela 9, percebe-se que o fenômeno Desorientação esteve presente em mulheres com baixa escolaridade (55,8%), em mulheres que moravam com companheiro (47,1%); que desenvolve como ocupação a doméstica (53,3%) e que tinham idade de até 40 anos, 66 participantes, (47,5%). No que concerne à renda, percebeu-se que o referido fenômeno estava presente em 71 mulheres (49,3%) que tinham renda de até um salário mínimo, e em 94 mulheres (48,7%) que tinham renda per capita de até R$ 125,00.

O fenômeno Desorientação apresentou associação com escolaridade (p=0,0136) e com ocupação (p=0,0167), denotando que a baixa escolaridade e ocupação doméstica influencia no mesmo. Sendo este fenômeno um componente do fenômeno Memória que apresentou as mesmas associações.

A Razão de Chance (RC) em relação à escolaridade foi de 1,985, mantendo um intervalo de confiança de 1,1475 a 3,4337, e em relação à ocupação a RC foi de 2,2115, com intervalo de confiança de 1,1446 a 4,2726, apontando para o fato de que uma pessoa com baixa escolaridade e com ocupação doméstica tem cerca de duas vezes mais chance de apresentar o fenômeno Desorientação do que mulheres com alta escolaridade e outro tipo de ocupação.

O fenômeno em estudo não apresentou associação estatisticamente significante com os demais fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas.

ENÔMENO IMPOTÊNCA

abela 10: Distribuição dos fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas de acordo com o fenômeno Impotência, UBASF, Fortaleza - CE, 2004.

ariáveis	Impotência				Estatística	Valor p
	Sim		Não			
. Escolaridade	N	%	N	%	1,1491[1]	0,2837
Baixa	37	28,7	92	71,3		
Média/Alta	20	22,2	70	77,8		
. Estado civil					3,1632[1]	0,0753
Com Companheiro	41	30,1	95	69,9		
Sem Companheiro	16	19,3	67	80,7		
. Ocupação					0,8506[2]	0,3563
Doméstica	47	27,8	112	72,2		
Externa	10	20,0	40	80,0		
. Motivo da consulta					0,0322[2]	0,8576
Prevenção	38	25,3	112	74,7		
Outros	19	27,5	50	72,5		
. Faixa etária (anos)					0,4400[2]	0,5085
Até 40	39	27,9	101	72,1		
Mais de 40	18	22,8	61	77,2		
. Renda familiar (R$)					0,0000[2]	0,9946
Até 1	37	25,7	107	74,3		
Mais de 1	20	26,7	55	73,3		
. Renda Per capita (R$)					0,0162[2]	0,8987
Até 125	50	25,9	143	74,1		
De 125 a 500	7	26,9	19	73,1		
. Nº Membros da familia					5,4693	0,0193[1]*
Até 4	37	32,7	76	67,3		
De 5 a 9	20	18,9	86	81,1		
. Nº de consultas					1,3724[2]	0,2414
De 1 a 4	42	24,0	133	76,0		
De 5 a 9	15	34,1	29	65,9		

Presente N=57, ausente N=162. 1 - Qui-quadrado para independência; 2 - Qui-quadrado com correção de Yates;
*Estatisticamente significante para p < 0,05

Na Tabela 10 percebe-se que o Fenômeno Impotência esteve presente em mulheres com baixa escolaridade (28,7%), em mulheres que moravam com companheiro (31,1%), onde a ocupação predominante foi à doméstica (27,8%) e que tinham até 40 anos (27,9%). No que concerne à renda, percebeu-se que o referido fenômeno estava presente em 37 mulheres (25,7%) que tinham renda de até um salário mínimo, e em 50 mulheres (25,9%) que tinham renda per capita de até R$ 125,00.

O fenômeno Impotência mostrou associação com número de membros da família (p=0,0193) a Razão de Chance foi de 2,09, com intervalo de confiança de 1,07 a 4,11, onde uma mulher com número reduzido de congregados familiares tem duas vezes mais chance de apresentar o fenômeno Impotência do que mulheres com famílias com mais de quatro membros.

Parece que uma família relativamente pequena, com até quatro pessoas, contribui para o desenvolvimento de um processo mental reduzido nas mulheres avaliadas. Por exemplo, uma senhora relatou que se sentia impotente para cuidar do seu pai, já idoso, pois "tudo era muito difícil", referindo-se a conseguir uma consulta com um especialista ou a fazer exames especializados, outra mulher relatou que tinha nítida sensação que nada que ela fizesse parecia modificar a conduta do seu neto, que era usuário de drogas.

No último caso citado, o problema parece residir na desagregação familiar ou em família com problemas de difícil resolução, embora os dados apontem para uma associação com número reduzido de membros da família.

Alguns estudos apontam para os motivos que levam a mulher a sentir-se impotente diante das situações da vida, entre eles estão situações de abortamento e descobrimento de uma doença com prognóstico limitado. (REIS e XAVIER, 2003; BOEMER e MARIUTTI, 2003). Embora estas sejam situações que não foram diretamente evidenciadas em nossos dados. É possível que a preocupação com o resultado de exames ou mesmo a possibilidade de serem identificados problemas de saúde durante a consulta, possam desencadear um sentimento de inabilidade perante tais situações.

O fenômeno em estudo não mostrou associação com os demais fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas.

Tabela 11-Distribuição da amostra segundo associação entre fenômenos que indicam alteração do estado de saúde. Fortaleza- Ce,2004.

Crença de Valor	Medo		Estatística	Valor p
	Presente	Ausente		
Presente	143	33		0,1319[3]
Ausente	31	12		
Crença de Valor	**Crença Religiosa**		**Estatística**	**Valor p**
	Presente	Ausente		
Presente	111	65	1,5849[2]	0,2080
Ausente	22	21		
Crença de Valor	**Desorientação**		**Estatística**	**Valor p**
	Presente	Ausente		
Presente	89	87	1,0487[1]	0,3058
Ausente	18	25		
Crença de Valor	**Impotência**		**Estatística**	**Valor p**
	Presente	Ausente		
Presente	47	129	0,0719[2]	0,7885
Ausente	10	33		
Medo	**Crença Religiosa**		**Estatística**	**Valor p**
	Presente	Ausente		
Presente	111	63	2,7346[1]	0,7885
Ausente	22	23		
Medo	**Desorientação**		**Estatística**	**Valor p**
	Presente	Ausente		
Presente	90	84	2,7831[1]	0,0952
Ausente	17	28		
Medo	**Impotência**		**Estatística**	**Valor p**
	Presente	Ausente		
Presente	49	125	1,4991[2]	0,2208
Ausente	8	37		
Crença Religiosa	**Desorientação**		**Estatística**	**Valor p**
	Presente	Ausente		
Presente	71	62	2,7754[1]	0,0957
Ausente	36	50		
Crença Religiosa	**Impotência**		**Estatística**	**Valor p**
	Presente	Ausente		
Presente	37	96	0,5650[1]	0,4522
Ausente	20	66		
Desorientação	**Impotência**		**Estatística**	**Valor p**
	Presente	Ausente		
Presente	31	76	0,9422[1]	0,3317
Ausente	26	86		

1 - Qui-quadrado para independência; 2 - Qui-quadrado com correção de Yates; 3 - Teste exato de Fisher

A tabela 11 apresenta a distribuição da amostra segundo associação entre fenômenos que indicam alteração do estado de saúde. Evidenciou-se que não houve associação entre os fenômenos. A ausência de associação denota independência dos fenômenos entre si, demonstrando que eles acontecem por características próprias e não por características comuns, talvez porque a amostra seja composta por mulheres com diferentes motivos de busca ao

serviço, por exemplo, prevenção, marcação de exame especializado, descoberta de nódulo mamário ou genital.

Dentre as associações estudadas destacam-se as altas freqüências concomitantes dos Fenômenos Crença de Valor, Medo e Crença Religiosa. Estes fenômenos estiveram presentes em mais da metade das mulheres avaliadas, ocorrendo de forma conjunta. Apesar disso, os testes estatísticos não evidenciaram associação significante.

Outro ponto a destacar é que os menores valores encontrados foram aqueles relacionados ao cruzamento dos Fenômenos Medo e Desorientação (0,0952) e Crença Religiosa e Desorientação (0,0957). Isto mostra que mesmo que sua ocorrência se dê de forma independente, alguns fenômenos identificados mostram uma freqüência concomitante importante e que deve ser objeto de estudos mais aprofundados.

6 CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

Por meio do estudo foi possível caracterizar a amostra sendo esta constituída por mulheres em sua maioria com escolaridade baixa, com freqüência acumulada de 58,9% com ensino fundamental incompleto, vivendo com companheiro (62,1%), ocupação predominante doméstica (77,2%), idade de 20 a 39 anos (50,2%), renda familiar de zero a um salário mínimo (65,8%), renda per capita de zero a 125 reais (88,1%), número de membros da família variando de uma a três pessoas (73,1%), tendo como motivo principal da consulta a prevenção ginecológica (68,5%).

Foram encontrados 35 Fenômenos de Enfermagem, sendo distribuídos em fenômenos que indicam manutenção da saúde (12 fenômenos) e fenômenos que indicam alteração da saúde (23 fenômenos).

Dos fenômenos que indicam manutenção da saúde os menos freqüentes, abaixo do percentil 25 e, por isso, os mais importantes neste grupo, foram Memória (51,1%), Emoção (13,2%) e Crença (6,4%). Os fenômenos não apresentaram associação entre si ($p>0,05$).

O fenômeno Memória esteve presente em 112 mulheres e ausente em 107. Ao cruzar o referido fenômeno com os fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas, esteve associado a baixa escolaridade ($p=0,0139$) e a ocupação doméstica ($p=0,0167$).

O fenômeno Crença esteve presente em 14 mulheres e ausente em 205. Nenhum dos fatores sócio-econômicos, motivo e número de consulta, apresentou associação estatística com o referido fenômeno.

O fenômeno Emoção esteve presente em 29 pesquisadas e ausente em 90. O referido fenômeno esteve presente em mulheres com mediana de idade maior, e não apresentou associação estatística com as variáveis do estudo.

Fenômenos que indicaram alteração de saúde e que foram analisados em maior profundidade foram aqueles acima do percentil 75, são eles: Crença de Valor (84,4%), Medo (79,5%), Crença Religiosa (60,7%), Desorientação (48,9%) e Impotência (26%). Ao cruzar os fenômenos, não apareceu associação statisticamente significante, demonstrando que eles têm independência entre si.

O fenômeno Crença de Valor esteve presente em 176 participante e ausente em 43. Não mostrou associação estatística com nenhuma variável do estudo.

O fenômeno Medo esteve presente em 174 mulheres e ausente em 45. O referido fenômeno apresentou associação apenas com a baixa renda per capita (p=0,0469).

O fenômeno Crença Religiosa esteve presente em 133 participantes e ausente em 86. O referido fenômeno apresentou associação com baixa escolaridade(p=0,0312) e com faixa estaria acima dos 40 anos (p=0,0038). Este fato foi corroborado pela diferença de mediana de idade analisada pelo teste de Mann-Whtney, mostrando uma idade medianamente maior para mulheres que apresentaram o Fenômeno.

O fenômeno Desorientação esteve presente em 107 mulheres e ausente em 112. O referido fenômeno mostrou associação com baixa escolaridade (p=0,0136) e ocupação doméstica (p=0,0167). Sendo este fenômeno um

componente do fenômeno Memória que também apresentou as mesmas associações.

O fenômeno Impotência esteve presente em 57 mulheres e ausente em 162. O referido fenômeno mostrou associação apenas com número baixo de membros da família (p=0,0193), mas este problema parece residir na desagregação familiar e não necessariamente na quantidade de pessoas que fazem parte da família.

A maioria dos Fenômenos de Enfermagem encontrados não mostrou associação com os fatores sócio-econômicos, motivo e número de consultas. Como já foi dito anteriormente, usar tais fatores, cuja ação é mediada por uma série de variáveis que possuem certa autonomia. Devido a isso associações estatísticas podem ser algo enfraquecidas ou podem não existir. É importante destacar a influência de escolaridade e da ocupação nos diversos fenômenos estudados.

Foi encontrada certa dificuldade em identificar determinados fenômenos, por exemplo, Vontade (ou Volição), que é caracterizado por capacidade de reter ou abandonar ações levando em conta atitudes de volição, enquanto Tomada de Decisão é caracterizada por capacidade de reter ou abandonar ações, levando em conta o julgamento. No momento da consulta de enfermagem tornou-se difícil distinguir da participante o que era "vontade ou julgamento" em determinada situação referenciada por ela. Outro impasse encontrado foi enquadrar uma participante no Fenômeno Desorientação quando esta tinha algum tipo de esquecimento e não necessariamente um distúrbio de memória.

Desde o desenvolvimento da CIPE- versão Alfa até hoje, CIPE- versão Beta 2, houve considerada mudança. Por exemplo, o fenômeno "Razões para as

ıções", versão Alfa, era dividido em Personalidade e Atitudes Psicológicas, e estes evoluiam mais de 51 fenômenos de enfermagem. Na versão Beta 2, o eferido fenômeno divide-se em Autoconsciência, Autoconhecimento e ıutoconceito e destes partem mais de 100 fenômenos de enfermagem, ncluindo ou modificando aqueles que já existiam na versão Alfa.

O estudo trouxe dados valiosos e disponíveis para a orientação do trabalho la enfermeira, isto é, temos agora dados estatísticos que antes não existiam, bem :omo dados para o desenvolvimento de um sistema de informação tornando ›ossível a descrição de elementos de níveis mais elementares até níveis mais :omplexos por meio da análise estatística, e que poderão ser usados futuramente :m outros estudos semelhantes.

Muito se tem feito para o desenvolvimento de um sistema de linguagem :m enfermagem universal e muito ainda tem de se trabalhar para o alcance de uma terminologia que reflita claramente, sem ambigüidades a prática da educação e pesquisa em enfermagem.

7 REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1) ANTUNES, M. J. M.; CHIANCA, T. C. M. As Classificações de Enfermagem na Saúde Coletiva- O Projeto CIPESC. **Rev. Brás. Enferm.**; Brasília, v.55, n. 6, p. 644-651, nov./dez. 2002.

2) BERGAMASCO, R. B.; KIMURA, A. F. Promoção e recuperação da saúde da mulher. 2001. http://www.idf–saúde. uol.com.br/psf/enfermagem/modelo_tema1.asp. Capturado em 09/07/03

3) BITTENCOURT, J. F. V.; CADETE, M .M. M. VIVÊNCIAS DA MULHER A SER MASTECTOMIZADA: esclarecimentos e orientações. **Rev. Bras. Enferm:** Brasília, v.55, n. 4, p. 420-423, 2002.

4) BOEMER, M. R.; MARIUTTI, M. G. a MULHER EM SITUAÇÃO DE ABORTAMENTO: um enfoque existencial. **Rev. Esc. Enferm.**; São Paulo, v.37, n.2, p.59-71, 2003.

5) BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução № 196/96. Decreto n º 93.933 de Janeiro de 1987.Estabelece critérios sobre Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Bioética, v.4, n.2. Suplemento, 1996, p.15 -25b.

6) CARVALHO, E. C. de.; GARCIA, T. R. Processo de enfermagem: o raciocínio e o julgamento clínico no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem. In: IIIFÓRUM MINEEIRO DE ENFERMAGEM, 2002, Urberlândia- MG. Sistematizar o Cuidar: **Anais.** Uberlândia – MG; UFU, v. 1, p. 29-40. 2002.

7) CASTRO, I. B. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm:** Brasília, v. 28. p. 76-94. 1975.

8) CAVALCANTE, M. M. V.; VARELA, Z. M. de V. Círculo de cultura em saúde: descobertas e mudanças entre as mulheres na família e na comunidade. In: BARROSO, M.G.T (ORG). **Saúde da Família:** abordagem multireferêncial em pesquisa. Fortaleza: UFC Edições, 277p. Cap. 2, p.41-54,2002.

9) CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION- CDC.Epi-info-2002. Um sistema de processamento de texto, banco de dados e estatística para epidemiologia em microcomputadores. Atlanta: CDC, 2002.

10) CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. **CIPE Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Beta 2.** tradução Heimar F. Marin. São Paulo: CENFOBS, 2003. 286p. / Título original: ICNP – International Classification for Nursing Practice – Beta Version 2.

11) Conselho Regional de Enfermagem (CE) Lei do Exercício Profissional. Fortaleza (CE); 1995.

12) COSTA, N. S. e S.; SOUSA, V. L. C.; MEDEIROS, R. E. G. de. Atenção à mulher em ginecologia: atuação da enfermeira. **Sitientibus.** Feira de Santana. N. 19. p. 77-88, jul/dez, 1998.

13) CROSSETTI, M. da G.O e DIAS, V. Utilização da Classificação na Prática e no ensino de Enfermagem: Experiência Brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**; Brasília, v.55, n.6, p.720-724, nov./dez. 2002

4) CRUZ, D. de A. L. M. da. **Fenômenos e Intervenções de enfermagem: lesatando nós conceituais**. João Pessoa: Associação Brasileira de Enfermagem, 2000. p. 28-36

15) CRUZ, D. A. L. M. et al (Trad.). *Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de enfermeiras:* Versão alfa. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. p. 9-56./ Tradução de partes de INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *The International Classification for Nursing Practice:* A Unifying Framework- The Alpha Version. Geneva: ICN, 1996. p.251.

16) CRUZ, D. M.; GUTIERREZ, B. A,; LOPEZ, A. L.; de SOUSA, T. T.; ASSAMI, S. Congruence of terms between lists of problems and ICNP- alpha version. International Classification for Nursing Practice. **International Nursing Review.** v.47, n. 2, p. 89-96.2000.

17) DALMASO, A. S. W.; NEMES FILHO, A. Promoção da saúde. 2001 http://www.idf–saúde. uol.com.br/psf/enfermagem/modelo_tema1.asp. Capturado em 09/07/03

18) FARIAS, J. N. de; NÓBREGA, M. M. L. da; PÉREZ, V. L. de A B., COLER, M. S. **Diagnóstico de Enfermagem** : uma abordagem conceitual e prática. 1.ed.João Pessoa: Gráfica Santa Marta, 1990.

19) FIALHO, A. N. de M.; SILVA, R. M. CÂNCER DE MAMA: o pensar e o fazer das mulheres. **Rev. Bras. Enferm:** Brasília, v.57, n. 2, p. 157-160, 2002.

20) GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo. In: 52° Congresso Brasileiro de

Enfermagem, 2000, Recife/Olinda - PE. Enfermagem 2000: Crescendo na Diversidade. Recife-PE, **Anais.** ABEn - PE, 2002. v.1, p. 231-243.

21) GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Processo de enfermagem e os sistemas de classificação da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: SANTOS, I. et al. (Org.). **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar:** realidade, questões, soluções. Sãp Paulo-SP, 2004,v. .2, p. 37-63.

22) INCA (Instituto Nacional do Câncer).**Estimativa da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2002.

23) INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **La Classificacion Internacional para la Práctica de Enfermería: Um Marco Unificador – La Version Alfa**. Geneva, Suiza: ICN, 1996.

24) International Classification for Nursing Practice (ICNP) Beta2 Version, International Council of Nurses, Geneva, Switzerland: ICN, 2001.

25) JEKEL, J. F.; ELMORE, J. G.; KATZ, D. L. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva.** Porto Alegre: Artmed. 2002.

26) KISILOWSKA, M. Reoganized structure and other proposals for the ICNP development. **International Nursing Review:** Warsaw, v.48, n. 2, p. 218-223. 2001.

27) LINARD, Andrea Gomes. Os efeitos produzidos no comportamento da mulher para adoção de hábitos do auto-exame de mamas, a partir de campanhas veiculadas pela media. 2000, 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

28) MAGALHÃES, D. N. Padrões e valores culturais mitos e realidades da velhice.http://www.intelecto.net/cidadania/dirceu3htm. Capturado 15/01/2005.

29) MARAMATSU, C. H.; VIIEIRA,O. C. S.; SIMÕESC. C.; KATAYAMA, D. A.; NAKAGAWA, F. N. Conseqüência de síndrome da Tensão Pré-menstrual na Vida das Mulheres. **Rev. Esc. Enferm:** São Paulo, v.35, n. 3, p. 205-213, 2001.

30) MARCIEL, I. C. F.; ARAUJO, T. L. de . Consulta de Enfermagem: Análise das Ações Junto a Programas de Hipertensão Arterial, em Fortaleza. **Rev Latino-am Enfermagem,** São Paulo, março-abril; v.11, n.2,p.207-14, 2003.

31) MELO, R. P. de; MOURA, Z. A.; LOPES, M. V. de O. Instrumento de evaluación de salut basado en la Classificación Internacional de la Práctica de Enfermería. **Rev. Enfermería Integral,** n.68, p. 22-26, 2004.

32) MENDES, I. A C.; MENDES, I. A.C.; LEITE, J. L. ; TREVIZAN, M. A.; TREZZA, M. C. S. F.; SANTOS, R. M. dos. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**; Brasília, v.55, n.5, p.556-561, set./out. 2002

33) MICHEL, J. L. M e BARROS, A. L. B. L. de. A pesquisa das classificações de enfermagem: a experiência brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**; Brasília, v.55, n.6, p.664-669, nov./dez. 2002

34) MURAD, A. M.; KATZ, A. **Oncolgia** – bases clínicas do tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 1996.

35) NÓBREGA, M. M. L. da; GUTIÉRREZ, M. G. R. de. **Equivalência semântica da classificação de fenômenos de enfermagem da CIPE** – versão alfa. João Pessoa: Idéia. 2000.

36) NÓBREGA, M. M. L. da; GUTIÉRREZ, M. G. R. de. Análise da utilização da prática dos termos atribuídos aos Fenômenos de Enfermagem da CIPE-Versão Alfa. **R. Bras. Enferm**.,v.54, n. 3, p. 399-408, 2001.

37) OLIVEIRA, S. M.J.V. de; SAITO, E. Assistência pré-natal. 2001. http://www.idf–saúde. uol.com.br/psf/enfermagem/modelo_tema1.asp. Capturado em 09/07/03

38) PAVANI, L. M. D.; FERREIRA, L. M.; WAH, H. S.; ZANEI, S. S. V. Consulta de Enfermagema Cliente Hipertenso: Análise de um Instrumento Utilizado e Proposta de um Novo Modelo. **Rev Esc. Enf. USP** São Paulo, v.22, n.1, p.85-102, abr.1988.

39) PIERIN, A . M. G.; CAR, M. R. Instrumento de Consulta de Enfermagem a Pessoas com Hipertensão Arterial em Tratamento Ambulatorial .**Rev. Esc. Enf. USP,** São Paulo, v.26, n.1, p.17-32, mar1992.

40) REA, L. M.; PARKER, R. A. **Metodologia de Pesquisa:** do Planejamento à Execução. 1 ed. São Paulo: Pioneira, 2000.

41) REIS, A. L.; XAVIER, I. M.MULHER E AIDS: rompendo o silêncio de adesão. **Rev. Bras. Enferm:** Brasília, v.56, n. 1, p. 28-34, 2003.

42) ROUQUAYRROL, M. Z.; ALMEIDA N. de . Epidemiologia e Saúde.Rio de Janeiro- RJ: MEDSI, cap.2 p.17-35, 2003. **Apud** VICTORA, C.G.; Pobreza e Saúde: como medir o nível sócio-econômico em estudo epidemiológico de saúde infantil? Anais do 1° Congresso Brasileiro de Epid. Campinas, 1990. 431p, p.303.

43) RULAND, C. M., Evaluating the beta version of the International Classification for Nursing Practice for domain completeness, applicability of its axial structure and utility in clinical pratice: a Norwegian project. **International Nursing Review.** 2001; v.48, n.1 , p. 9-16.

44) SILVEIRA, I. P. da.; CARVALHO, F. A. M.Conhecimento da mulher sobre a posição do parto normal. **Rev. RENE:** Fortaleza, v.4, n. 1, p.36-39, 2003.

45) SOUZA, M. F. de. As classificações e a construção do conhecimento na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**; Brasília, v.55, n.6, p.691-696, nov./dez. 2002

46) TRENTINI, M.; GONÇALVES, L. H. Pequenos grupos de convergência: métodos de desenvolvimentos de tecnologia na enfermagem. **Texto & Contexto**, Florianópolis. v. 9. n.1, p. 73-78, jan./abr. 2000.

47) VALE, I. N. do e LOPES, M. H. B. de M. A utilização de classificações na prática e no ensino de enfermagem: experiência na UNICAMP.. **Rev. Bras. Enferm.**; Brasília, v.55, n.6, p.670-673, nov./dez. 2002.

48) VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística.** 3 ed. São Paulo: Campus, 2002.

49) VIEIRA, S. **Bioestatística:** tópicos avançados. São Paulo: Campus, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

1. Que problemas a levou a buscar o serviço de saúde? Como este problema está influenciando na sua vida?
2. Existem fatores que a deixa estressada, preocupada ou cansada? Quais são elas? O que a senhora tem feito para resolvê-los? Têm sentido dificuldades para resolver estes problemas?
3. Com que a senhora mora? Como é seu relacionamento com essas pessoas?
4. Quais seus planos para o futuro? Como pretende alcançá-los?
5. A senhora tem dificuldade de lembrar fatos, pessoas ou ocasiões?
6. Como a senhora se percebe?
7. A religião influencia sua vida? Como?
8. Como define que algo é bom ou ruim para a senhora? Cite um exemplo.
9. A senhora tem problemas para fazer escolhas ou agir?
10. A senhora percebe que falta de controle em alguma situação?
11. A senhora sente sentimento de perigo, ameaça ou tristeza?
12. A senhora tem esperança?
13. A senhora tem pensado em suicídio? Porque?

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sou Enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do ›artamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará e pretendo desenvolver um ›alho sobre os motivos que levam as pessoas a procurarem a consulta ginecológica e quais ômenos de enfermagem essas mulheres trazem consigo.

Durante a consulta de enfermagem serão feitas algumas perguntas. Esta atividade não rece riscos. No nosso relatório, não identificaremos as pessoas. Lembramos que a ticipação neste estudo é voluntária, podendo a mulher deixar de participar a qualquer mento, sem nenhum prejuízo para o atendimento nesta Unidade de Saúde.

Desta forma, solicito sua autorização, se assim for de sua vontade.

Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e onde posso ser ›ontrada:

Isaura Letícia T. Palmeira
Rua: Alexandre Baraúna, 1115
Bairro: Rodolfo Teófilo
CEP: 60430-160
Fone: 288 8459

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que após devidamente esclarecida pelo pesquisador e ter entendido o que me explicado, concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, de de 2004.

_____
Assinatura da Participante do Estudo

_____
Assinatura do Pesquisador

ANEXOS

ANEXO 1
Avaliação do Estado de Saúde

. Dados de Identificação
iniciais_____ **Idade**_____ **Ocupação**_____
scolaridade_____ **Motivo da Consulta**_____
enda Familiar_____ **Estado Civil** _____
úmero de membros da família_____

.Personalidade
] Inabilidade de distinguir entre o eu e o não-eu
] Distúrbio na maneira com que a pessoa conceitua partes do corpo ou corpo inteiro
] Distúrbio na forma de uma pessoa ver a si mesmo ou se conceitualiza
] Avaliações negativas sobre si próprio ou sobre as próprias capacidades
] Inabilidade para aceitar prazer (elogios) e encorajamento em certas situações
] Avaliações negativas persistentes sobre si próprio ou sobre as próprias capacidades
. Atitudes psicológicas
.1. Cognição
] Falta de um conteúdo específico do pensamento
] Fala inarticulada
] Fala desarticulada
] Comportamento questionador
] desnorteamento
] Falta de senso de direção
] Desorientado
] Andar Apressado
] Pensamento prejudicado
] Pensamento desnorteado
] Início súbito
] Pensamento que não pode ser corrigido pela razão, argumentos ou persuasão ou pela vidência dos sentidos da própria pessoa
] Falsa crença é a constipação
] Registro aparente de estímulos sensoriais que não estão realmente presentes
] Interpretação falsa de estímulos sensoriais registrados
] Falta de Percepção de um dos Lados do Corpo
.2. Emoção
] Sentimento de incerteza
] Aumento de tensão e inadequação
] Sentimento de superexcitação
] Fragilidade
] Estremecimento acompanhado de tremor das mãos
] Sentimento de ameaça
] Sentimento de perigo
] Perigo ou angústia sem causa conhecida
] Perigo ou angústia com causa conhecida
] Sentimento de baixo espírito (pouca disposição)
] Melancolia devido a falta de companhia, simpatia e/ou amizade
] Falta de energia
] Sentimento de ser abandonado e deixado completamente só

☐ Baixo humor
☐ Letargia
☐ Sentimento de possibilidade limitada
☐ Sentimento de falta de possibilidade e significados na vida
☐ Sem capacidade para mobilizar energia
☐ Visão pessimista do futuro
☐ Sentimento de profunda desesperança e de ter perdido toda a esperança
☐ Sentimento de animosidade
☐ Hostilidade
☐ Sentimento de tristeza devido a perda
    ☐ Antes de uma perda real
    ☐ Prolongado de grande tristeza devido a perda
☐ Sentimento de ter feito algo errado
☐ Sentimento de perda de auto-respeito causado por comportamento errados, insensato ou desonroso
☐ Tentativa de diminuir a ansiedade pela recusa em aceitar pensamentos, sentimentos ou fatos

3.3. Volição

☐ Desejo influência por pensamentos de autodestruição
☐ Vontade de acabar com vida

3.4. Tomada de Decisão

☐ Incerteza sobre as escolhas considerando julgamentos antagônicos
☐ Processo mental de escolha reduzido
☐ Inabilidade para agir
☐ Percepção de que as próprias ações não afetarão significativamente um resultado
☐ Percepção de falta de controle sobre uma situação atual ou sobre acontecimento imediato
☐ Reduzida habilidade para tomar decisões e agir de acordo

3.5. Crença

☐ Capacidade de manter e abandonar ações com base nas opiniões da pessoa sobre o que é bom ou ruim
☐ Capacidade de manter e abandonar ações com base na opinião religiosa da pessoa
☐ Interrupção no princípio de vida que penetra o ser inteiro da pessoa e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial

3.6. Memória

☐ Distúrbio da memória quanto à preservação de experiências sobre tempo, lugar e dados pessoais, circunstâncias e eventos

4. Fenômenos Encontrados

_____

_____

_____

ANEXO 2

Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 492/03 Fortaleza, 19 de dezembro de 2003
Protocolo COMEPE nº 250/03
Pesquisador responsável: Isaura Letícia Tavares Palmeira
Deptº./Serviço: Departamento de Enfermagem /UFC
Título do Projeto: "Prevalência de fenômenos de enfermagem associados do termo razões para as ações em mulheres atendidas no serviço de ginecologia"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 18 de dezembro de 2003.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/HC UFC