

## ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DA POPULAÇÃO URBANA DE BOTUCATU, SP (BRASIL)

### II - CONHECIMENTOS E OPINIÕES DA POPULAÇÃO SOBRE SINTOMAS DE DOENÇAS, 1983\*

Luana Carandina\*\*

Cecília Magaldi\*\*

---

CARANDINA, L. & MAGALDI, C. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, SP (Brasil). II - Conhecimentos e opiniões da população sobre sintomas de doenças, 1983. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 23: 196-206, 1989.

**RESUMO:** Com objetivo de verificar o grau de informação da população urbana de Botucatu sobre questões de saúde, foram pesquisados conhecimentos e opiniões a respeito da frequência e gravidade de treze sintomas e sinais de doenças, em 1.005 famílias amostradas. As respostas foram analisadas segundo idade, sexo, escolaridade e estrato sócio-econômico e mostraram tendência compatível com os conhecimentos da medicina científica. Na comparação dos sexos, por idade, as mulheres (adultas jovens) valorizaram mais do que os homens a frequência e a gravidade da maioria dos sintomas. Os escores altos conferidos para a gravidade tenderam a diminuir com o aumento da escolaridade para todos os sintomas. Houve variações, entre os sintomas, na valorização da frequência, de acordo com os estratos sócio-econômicos, com tendência à diminuição dos escores altos para gravidade, com o aumento do nível sócio-econômico. O grau de informação encontrado na população contraria o preconceito ainda existente na área médica, a respeito do conhecimento dos leigos. Foi levantada a hipótese de que a amostra estudada teve acesso a múltiplas fontes de informação, entre as quais a extensa rede local de serviços médicos.

**DESCRITORES:** Conhecimentos, atitudes e práticas. Doença (sinais e sintomas). Educação em saúde. Atitude frente à saúde. Fatores sócio-econômicos.

---

#### INTRODUÇÃO

Como parte de um projeto que visa à análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu<sup>1</sup>, o presente trabalho resultou do interesse em se verificar, à época, através da avaliação de seus conhecimentos sobre sintomas, o grau de informações em saúde a que as pessoas estariam expostas, no contexto dos serviços situados no Município. Julgou-se igualmente importante que esta pesquisa representasse um referencial, antes da nova expansão e cobertura de serviços de saúde então previstas, o que realmente ocorreu, no Município, a partir de 1984.

Por outro lado, diante do preconceito corrente, na área médica, de que os leigos, principalmente de estratos sócio-econômicos mais baixos, são ignorantes em questões de saúde, pretendia-se que os resultados divulgados, modificando essa postura, pudessem subsidiar os profissionais de saúde, que atuam no Município, no sentido de aperfeiçoar seu relacionamento com a clientela.

Na literatura nacional, além dos trabalhos que, no campo da antropologia, contribuíram à medicina<sup>22</sup>, há poucas pesquisas sobre conheci-

mentos, opiniões e atitudes em relação a doenças, nenhuma delas dirigidas a sintomas<sup>1,20,21,24</sup>.

Trabalhos estrangeiros que avaliaram percepção ou conhecimentos sobre doenças ou sintomas incluíram questões sobre atitudes a serem tomadas, principalmente sobre procura de cuidados médicos<sup>2,3,11,12,14,26</sup>.

Não se situando no âmbito das análises antropológicas ou sociológicas, e por esse motivo não enfocando a percepção ou representação e sim conhecimentos, no presente trabalho utilizou-se de avaliação quantitativa, através de escores atribuídos para os fatores frequência e gravidade de treze sintomas selecionados, procurando-se registrar tendências relacionadas a fatores sócio-demográficos.

Para a obtenção de escores atribuídos para frequência e gravidade, pretendeu-se utilizar uma adaptação das escalas de adjetivos bipolares, criadas por Osgood e col.<sup>23</sup>, em seu método do diferencial semântico. Trata-se de escalas gráficas, divididas em sete espaços, em cujas extremidades colocam-se os pares de adjetivos avaliativos antônimos, cada escala correspondendo a uma palavra — no caso um sintoma, que deverá ser avaliado sob o ponto de vista de gravidade e frequência. Em se tratando de opi-

\* Projeto financiado pela Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP — convênio nº 4.1.83.0232.00).

\*\* Departamento de Medicina Legal e Medicina em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP) — Campus de Botucatu — Rubião Júnior — 18610 — Botucatu, SP — Brasil.

niões ou valores, foram utilizados apenas esses dois fatores avaliativos, prática prevista por Kerlinger<sup>13</sup>.

Trabalho análogo, em fase de redação, realizado entre profissionais de saúde, permitirá a comparação de resultados. O estudo de morbidade referida e utilização de serviços de saúde, que integra o projeto geral, poderá ser útil para confirmar as hipóteses sobre as raízes do conhecimento em saúde, demonstrado pela amostra entrevistada.

## MATERIAL E MÉTODO

O Município de Botucatu, situado na região centro-sul do Estado de São Paulo, possuía segundo o Censo Demográfico de 1980<sup>8</sup>, 64.476 habitantes (90,4% na zona urbana). Contava com 90 médicos privados com consultórios, dois hospitais gerais, um hospital universitário, um hospital psiquiátrico estadual, dois centros de saúde, um ambulatório do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), um ambulatório do Fundo de Assistência e Previdência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL) e 24 farmácias, distribuídas na área central e bairros.

No período de abril a outubro de 1983, foram entrevistadas, em domicílio, 1.015 pessoas. Os entrevistados eram homens e mulheres-mães ou pais de famílias que foram definidos, no projeto geral, como aqueles que detinham o maior conhecimento das características das respectivas famílias e cuja opinião foi considerada a mais representativa.

Quanto à seleção das famílias que foram entrevistadas, tendo em vista a realização simultânea de vários estudos de complexidade variada e em função das características urbanas de Botucatu, foi elaborado um plano amostral único que pudesse atender a todos os estudos.

O plano amostral, descrito detalhadamente em trabalho anterior por Carandina e col.<sup>4</sup>, partiu da classificação sócio-econômica dos setores censitários urbanos, delineados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>8</sup> para o censo demográfico de 1980, segundo critérios classificatórios pré-estabelecidos relativos ao grau de urbanização, presença de saneamento básico, aspecto externo das residências e dos espaços peridomiciliares. Todos os setores censitários urbanos foram agrupados em estratos, de acordo com suas ca-

racterísticas predominantes, a saber: alto, médio-alto, médio, médio-baixo e baixo.

A amostra mensal de domicílios sorteados para entrevista foi fixada em 1% do total de 14.496 domicílios urbanos existentes (12% em um ano). Os 150 domicílios visitados mensalmente foram sorteados nos 5 estratos e na mesma proporção apresentada pelo conjunto de domicílios de cada estrato em relação ao total das residências urbanas de Botucatu.

Os dados referentes à idade, sexo, estrato sócio-econômico e grau de escolaridade dos entrevistados foram obtidos do formulário relativo às características gerais de cada família.

A opinião dos entrevistados foi avaliada por meio de um formulário que continha 13 sintomas e sinais\*, a respeito dos quais foram estabelecidos dois fatores avaliativos: frequência e gravidade.

As opiniões foram anotadas, para cada sintoma, em escala de adjetivos bipolares, com sete intervalos separados por pontos, proposta por Osgood e col.<sup>23</sup>, que variaram de *frequente* a *raro* e de *grave* a *leve*. A pessoa entrevistada era convidada a assinalar com X o espaço correspondente à sua opinião. O formulário foi pré-testado em áreas não sorteadas, a fim de avaliar sua clareza, aplicabilidade e aceitação. O tempo médio gasto em sua aplicação foi de 7 min. Dentre 1.015 pessoas das famílias amostradas, houve o aproveitamento de 1.005 formulários (99,0%), tendo havido 6 recusas (0,6%) e incapacidade de informar em 4 casos (0,4%). A aplicação foi realizada por 6 entrevistadores previamente treinados e padronizados por meio de manual de instrução e sob supervisão contínua. Os formulários preenchidos eram revisados após cada jornada em campo, pela supervisão, juntamente com os demais formulários do projeto geral citado.

Nos três primeiros meses, o preenchimento fez-se no sentido descendente, do 1º ao 13º sintoma, optando-se pelo sentido ascendente, nos últimos 4 meses.

Para efeito de análise, foram estabelecidos três níveis de escores atribuídos pelos entrevistados: escores 1 e 2 baixos; 3 a 5 médios e 6 e 7 altos.

Após a codificação dos escores, as respostas e demais variáveis foram processadas por computador, segundo o programa "Statistical Package of Social Science — SPSS"

Para análise estatística das proporções de escores altos atribuídos à frequência e gravidade

\* Falta de ar; febre; fraqueza; dor nas costas; dor no peito; dor de cabeça; tosse; diarreia; sangue no escarro; sangramento vaginal; caroço no seio; acessos; sangue na urina.

quando da aplicação do formulário no sentido descendente e ascendente, foi utilizado o teste de Goodman<sup>10</sup>, para contrastes entre proporções binominais, com nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

Das 1.005 pessoas entrevistadas, 172 eram do sexo masculino (17,1%), 822 do sexo feminino (81,8%) e 11 não informaram o sexo (1,1%).

A Tabela 1 mostra a predominância de mulheres entrevistadas e das faixas etárias de 25-34 e 35-44 anos, em ambos os sexos, bem como a maior concentração de mulheres no grupo de menor instrução, a partir de 35 anos. Nos gru-

pos etários mais avançados, em ambos os sexos, observa-se uma queda no nível de escolaridade; 77,6% dos entrevistados situaram-se nas três faixas de menor escolaridade (até 8ª série completa), sendo de 12,7% os de nível colegial e 8,6% os de nível superior.

Predominaram os entrevistados do estrato médio (60,6%), vindo a seguir os do estrato baixo (17,6%) e médio-baixo (12,2%), sendo os do estrato alto (2,0%) e médio-alto (7,6%) os menos representados.

Quanto aos escores atribuídos à *freqüência*, a Tabela 2 evidencia que os maiores percentuais corresponderam à dor de cabeça, tosse, dor nas costas, seguidos de febre, fraqueza e diarreia; os menores percentuais relacionaram-se à sangue no escarro, sangue na urina e sangramento

TABELA 1

Distribuição percentual da população urbana entrevistada segundo idade, escolaridade e sexo\*. Botucatu, 1983.

Grupo Etário	Escolaridade								
	Analfabeto + 4ª série incompleta		4ª a 8ª série compl. + colegial incompl.		Colegial compl. + Sup. incompl. + Sup. completo		Total		
	Sexo	M	F	M	F	M	F	M	F
15 - 24		5,3	8,0	68,4	71,0	26,3	21,0	19	100
24 - 34		12,2	16,3	60,9	56,2	26,9	27,5	41	244
35 - 44		8,1	23,8	59,5	52,2	32,4	23,8	37	176
45 - 54		30,8	45,8	42,3	45,7	26,9	8,5	26	129
55 - 64		35,7	64,4	50,0	31,3	14,3	4,3	28	115
65 +		52,4	77,6	38,1	20,7	9,6	1,7	21	58
Total									994

\* Excluídos 11 casos sem informação sobre sexo.

M - Masculino

F - Feminino

TABELA 2

Distribuição percentual de escores atribuídos\* à *freqüência* de sintomas e sinais, pela população urbana de Botucatu, 1983.

Sintomas e Sinais	Escore atribuídos				
	Baixos	Médios	Altos	s.i.**	Total
Falta de ar	29,6	34,7	35,5	0,2	100,0
Febre	18,0	32,8	49,1	0,1	100,0
Fraqueza	21,3	30,4	48,1	0,2	100,0
Dor nas costas	13,7	25,6	60,2	0,5	100,0
Dor no peito	36,0	36,5	27,0	0,5	100,0
Dor de cabeça	7,4	13,1	79,0	0,5	100,0
Tosse	10,3	23,6	65,9	0,2	100,0
Diarreia	23,1	33,4	43,2	0,3	100,0
Sangue no escarro	77,8	15,8	5,1	1,1	100,0
Sangramento vaginal	63,8	21,7	13,1	1,3	100,0
Caroço no seio	44,5	28,1	26,9	0,6	100,0
Acessos	45,5	33,1	21,1	0,4	100,0
Sangue na urina	69,9	21,1	8,1	1,0	100,0

\* Baixos: 1 e 2 N = 1005

Médios: 3 a 5

Altos: 6 e 7

\*\* s.i. = sem informação

vaginal, seguidos de acessos e caroço no seio.

Segundo a Tabela 3, os maiores percentuais para *gravidade*, corresponderam a caroço no seio, sangue no escarro, acessos, sangue na urina e sangramento vaginal, seguidos de falta de ar, febre, dor no peito e fraqueza; os menores percentuais referiram-se a tosse, dor de cabeça e dor nas costas.

De modo geral, os cinco últimos sintomas foram considerados de menor frequência e de maior gravidade, em relação aos oito primeiros das Tabela 2 e 3.

Os escores altos atribuídos à frequência dos 8 primeiros sintomas corresponderam a 45,7% de todos os escores, quando os formulários foram preenchidos no sentido descendente (três primeiros meses) e a 55,3% quando o preenchimento foi ascendente (período complementar). Em relação aos cinco últimos sintomas os valores foram 10,6% e 17,7%, respectivamente. O mesmo cálculo para os escores altos atribuídos à gravidade mostrou, para os oito primeiros sintomas, o valor de 44,2% no sentido descendente a 41,4% no ascendente. Para os cinco últimos sintomas as taxas correspondentes foram de 76,2% e 75,8%. Frente às diferenças percentuais obtidas, foi feita análise estatística que mostrou significância, a nível de  $G_{crit} = 1,96$ , para a frequência dos dois grupos de sintomas, segundo o sentido do preenchimento. ( $G = 8,00$  e  $G = 6,76$  respectivamente). Em outras palavras, o sentido do preenchimento influenciou a atribuição de escores altos para o fator frequência nos dois grupos de sintomas.

Quanto à gravidade, houve significância apenas para os primeiros oito sintomas, de acordo com o sentido do preenchimento ( $G = 2,32$ ).

Cruzando-se os escores atribuídos para frequência e gravidade, obtiveram-se, para um total de 1.005 respostas, os percentuais constantes da Tabela 4.

Em sintomas tais como sangue no escarro, sangue na urina e sangramento vaginal, os maiores percentuais corresponderam à alta gravidade e baixa frequência, sendo de menor realce o percentual de outras associações. Para o caroço no seio e acessos, as opiniões dividiram-se quanto à frequência alta, média ou baixa, enquanto predominaram os escores altos para gravidade. Para outros sintomas como dor nas costas, dor de cabeça e tosse, que tiveram alta frequência, a gravidade variou nos três níveis, com tendências e escores baixos ou médios. Para falta de ar e dor no peito, houve distribuição similar nas associações de gravidade alta com os três níveis de frequência. Quanto à febre e diarreia, os maiores percentuais se relacionaram às associações de alta e também média gravidade com os três níveis de frequência.

Ao se analisar os percentuais somente de escores altos para frequência, segundo a idade e sexo (Tabela 5) verifica-se que no sexo masculino os percentuais aumentaram com a idade para falta de ar, fraqueza, dor de cabeça e tosse; por outro lado, os percentuais para sangue no escarro e sangramento vaginal diminuíram com a idade, salientando-se que a faixa de 15 a 24 anos teve o maior percentual para sangue no es-

TABELA 3

Distribuição percentual de escores atribuídos\* à *gravidade* de sintomas e sinais, pela população urbana de Botucatu, 1983.

Sintomas e Sinais	Escore atribuídos				
	Baixos	Médios	Altos	s.i.**	Total
Falta de ar	7,3	28,3	64,0	0,5	100,0
Febre	9,6	31,9	58,1	0,4	100,0
Fraqueza	16,2	37,1	46,2	0,5	100,0
Dor nas costas	24,4	47,5	27,5	0,7	100,0
Dor no peito	9,6	35,3	54,4	0,7	100,0
Dor de cabeça	27,9	50,0	21,5	0,6	100,0
Tosse	27,4	52,4	19,7	0,5	100,0
Diarreia	10,0	41,2	48,3	0,5	100,0
Sangue no escarro	3,4	12,4	83,4	0,8	100,0
Sangramento vaginal	5,8	23,2	69,5	1,6	100,0
Caroço no seio	3,1	11,9	84,3	0,7	100,0
Acessos	5,4	22,0	72,2	0,4	100,0
Sangue na urina	6,1	21,4	71,7	0,8	100,0

\* Baixos: 1 e 2

N = 1005

Médios: 3 a 5

Altos: 6 e 7

\*\* s.i. = sem informação

carro. Para as mulheres, as divergências por faixa etária foram menores do que nos homens, havendo aumentos percentuais com a idade para dor nas costas, dor no peito, sangramento vaginal e caroço no seio, e diminuição com a idade, para a diarreia.

De modo geral, na comparação dos sexos, em cada grupo etário, as mulheres atribuíram mais vezes escores altos para frequência dos sintomas, do que os homens.

A análise de escores altos para gravidade segundo a idade e o sexo (Tabela 6) revela que, excetuando-se fraqueza e dor de cabeça, os percentuais para os demais sintomas aumentaram com a idade, no sexo masculino. Já para o sexo feminino parece haver certa estabilidade nos percentuais, segundo a idade, com discreto aumento nas faixas etárias mais velhas, apenas para febre, fraqueza, dor nas costas, dor no peito e acessos. Na comparação dos sexos, em

TABELA 4

Associação de frequência e gravidade, segundo percentual de escores atribuídos \* para 13 sintomas e sinais, pela população urbana de Botucatu, 1983.

Sintomas e Sinais	Combinação de escores					
	alta F e alta G	alta F e baixa G	alta F média G	alta G baixa F	alta G média F	média G média F
Falta de ar	25,7	2,2	7,6	18,6	19,5	13,2
Febre	30,4	4,0	14,5	10,9	16,7	12,6
Fraqueza	28,1	7,2	12,7	9,5	8,6	17,1
Dor nas costas	17,0	13,2	29,6	4,5	5,9	13,2
Dor no peito	17,7	1,5	7,8	18,9	17,5	15,2
Dor de cabeça	17,7	22,3	38,6	2,0	1,8	8,6
Tosse	14,5	17,7	33,4	2,0	3,2	14,0
Diarreia	21,7	3,8	17,5	11,1	15,3	15,1
Sangue no escarro	4,4	0,1	0,5	67,0	11,1	4,0
Sangramento vaginal	9,0	0,8	3,3	46,8	13,0	7,8
Caroço no seio	24,2	0,3	2,4	36,8	23,0	4,2
Acessos	17,2	0,8	3,1	33,9	20,8	11,0
Sangue na urina	5,9	0,5	1,7	52,2	12,8	7,0

\* Escores altos: 6 e 7 N = 1005  
 Escores médios: 3 a 5  
 Escores baixos: 1 e 2

TABELA 5

Distribuição percentual de escores altos (7 e 6) atribuídos à frequência de sintomas e sinais, segundo a idade e o sexo. Botucatu, 1983.

Sintomas e sinais	Sexo	Grupo etário							
		15 a 24		25 a 44		45 a 64		65 e mais	
		M	F	M	F	M	F	M	F
Falta de ar		26,3	40,0	23,0	37,3	29,6	37,7	38,1	44,8
Febre		31,5	54,0	52,5	54,2	29,6	42,2	42,8	53,4
Fraqueza		21,0	48,0	47,4	45,9	48,1	52,0	52,3	55,1
Dor nas costas		52,6	60,0	51,2	61,6	57,4	60,2	47,6	70,6
Dor no peito		31,5	20,0	17,9	28,5	25,9	27,0	33,3	34,5
Dor de cabeça		57,8	86,0	83,3	79,7	83,3	76,6	76,1	72,4
Tosse		57,8	65,0	65,3	68,0	70,3	61,8	76,2	67,2
Diarreia		26,3	54,0	46,1	45,2	35,1	39,7	38,0	36,2
Sangue no escarro		31,5	7,0	12,8	5,7	18,5	4,9	14,2	5,1
Sangramento vaginal		15,7	14,0	10,2	15,2	7,4	10,2	-	20,6
Caroço no seio		10,5	26,0	24,3	27,3	16,6	30,3	14,2	32,7
Acessos		15,7	29,0	17,9	19,0	14,8	25,0	14,2	22,4
Sangue na urina		5,2	8,0	6,4	6,6	7,4	11,0	-	12,0

Homens: N = 172  
 Mulheres: N = 822  
 M - Masculino  
 F - Feminino

cada grupo etário, nota-se tendências das mulheres de 15 a 44 anos em valorizar mais a gravidade do que os homens, ao passo que a partir dos 45 anos, esse padrão limita-se a 50% dos sintomas, uma vez que nos outros 50% atribuíram gravidade em menor escala do que os homens.

Na Tabela 7, não se observam diferenças nítidas nos escores altos de frequência, segundo os três grupos de escolaridade, havendo discreta tendência a aumentar os percentuais com maior nível de escolaridade para febre, dor nas costas

e dor de cabeça; tendência a diminuir para falta de ar, fraqueza, sangue no escarro, sangramento vaginal e acessos. Já na análise de gravidade e escolaridade, mostrada na Tabela 8, observa-se que os percentuais de escores altos tenderam a diminuir com o aumento da escolaridade, para todos os sintomas. A Tabela 9 mostra que os percentuais para os escores altos de frequência sofreram variações, segundo os estratos sócio-econômicos, com tendência a aumentar, dos baixos para os altos, para dor nas costas, dor no peito, sangramento vaginal e caroço no seio

TABELA 6

Distribuição percentual de escores altos (7 e 6) atribuídos à *gravidade* de sintomas e sinais, segundo a idade e o sexo. Botucatu, 1983.

Sintomas e sinais	Sexo	Grupo etário							
		15 a 24		25 a 44		45 a 64		65 e mais	
		M	F	M	F	M	F	M	F
Falta de ar		52,6	70,0	53,8	59,5	66,6	68,4	90,4	67,2
Febre		26,3	53,0	53,8	58,8	62,9	57,3	71,4	67,2
Fraqueza		26,3	42,0	44,8	43,0	62,9	49,5	38,0	55,1
Dor nas costas		26,3	26,0	23,0	26,9	22,2	27,8	38,0	39,6
Dor no peito		52,6	57,0	51,2	51,1	53,7	53,6	76,1	70,6
Dor de cabeça		15,7	22,0	28,2	21,4	22,2	18,8	19,0	22,4
Tosse		21,0	18,0	19,2	17,1	20,3	22,5	33,3	24,1
Diarréia		36,8	46,0	41,0	50,2	46,2	48,7	52,3	44,8
Sangue no escarro		68,4	81,0	74,3	84,7	87,0	84,0	100,0	84,4
Sangramento vaginal		42,1	80,0	57,6	65,2	68,5	73,7	80,9	84,4
Caroço no seio		63,1	88,0	82,0	82,8	83,3	86,8	85,7	87,9
Acessos		57,8	75,0	64,1	70,7	75,9	74,1	76,1	82,7
Sangue na urina		63,1	74,0	74,3	69,5	75,9	73,3	80,0	67,2

Homens: N = 172

Mulheres: N = 822

M - Masculino

F - Feminino

TABELA 7

Distribuição percentual de escores altos (7 e 6) atribuídos à *frequência* de sintomas e sinais pela população urbana, segundo três grupos de escolaridade. Botucatu, 1983.

Sintomas e Sinais	Escolaridade			
	Analf. † 4ªs. inc.	4ª a 8ªs. completa + 2º g. incompl.	2º g. compl. + sup. incompl. + sup. compl.	s.i.*
Falta de ar	40,2	35,6	26,2	58,3
Febre	48,7	48,0	52,4	50,0
Fraqueza	52,6	48,2	40,1	50,0
Dor nas costas	61,4	57,4	65,2	66,7
Dor no peito	27,7	26,8	25,1	41,7
Dor de cabeça	78,4	77,8	83,9	66,7
Tosse	66,3	66,2	65,7	41,7
Diarréia	38,5	46,0	43,8	33,3
Sangue no escarro	5,5	5,6	3,2	0,0
Sangramento vaginal	16,0	12,2	10,6	16,7
Caroço no seio	25,8	27,2	27,2	33,3
Acessos	25,1	21,4	14,4	8,3
Sangue na urina	7,2	8,8	7,4	8,3

† N = 12

s.i. = sem informação

TABELA 8

Distribuição percentual de escores altos (7 e 6) atribuídos à *gravidade* de sintomas e sinais pela população urbana, segundo três grupos de escolaridade. Botucatu, 1983.

Sintomas e Sinais	Escolaridade			s.i. <sup>4</sup>
	Analf. + 4ªs. inc.	4ª a 8ªs. completa + 2º g. incompl.	2º g. compl. + sup. incompl. + sup. compl.	
Falta de ar	70,5	64,8	49,1	91,7
Febre	60,1	61,0	45,4	83,3
Fraqueza	49,3	46,0	40,6	58,3
Dor nas costas	32,3	28,6	16,5	25,0
Dor no peito	57,1	53,6	50,8	75,0
Dor de cabeça	22,5	23,0	14,4	41,7
Tosse	23,8	18,4	16,5	16,7
Diarréia	51,6	48,0	41,7	75,0
Sangue no escarro	85,6	82,0	83,9	75,0
Sangramento vaginal	75,5	69,6	58,8	75,0
Caroço no seio	86,2	84,8	79,6	83,3
Acessos	74,5	73,8	65,2	58,3
Sangue na urina	75,1	69,8	70,5	83,3

N = 12

s.i. = sem informação

TABELA 9

Distribuição percentual de escores altos (7 e 6) atribuídos à *freqüência* de sintomas e sinais pela população urbana, segundo estratos sócio-econômicos. Botucatu, 1983.

Sintomas e Sinais	Estratos		
	Alto	Médio-alto + médio	Médio-baixo + baixo
Falta de ar	25,0	33,3	41,3
Febre	50,0	49,7	47,3
Fraqueza	45,0	40,6	54,3
Dor nas costas	80,0	61,0	57,0
Dor no peito	45,0	27,0	25,6
Dor de cabeça	70,0	79,7	78,0
Tosse	60,0	65,2	67,6
Diarréia	35,0	41,6	47,3
Sangue no escarro	5,0	4,8	5,6
Sangram. vaginal	20,0	11,1	17,3
Caroço no seio	30,0	27,6	25,0
Acessos	5,0	20,0	24,6
Sangue na urina	—	7,8	9,0

TABELA 10

Distribuição percentual de escores altos (7 e 6) atribuídos à *gravidade* de sintomas e sinais pela população urbana, segundo estratos sócio-econômicos. Botucatu, 1983.

Sintomas e Sinais	Estratos		
	Alto	Médio-alto + médio	Médio-baixo + baixo
Falta de ar	75,0	60,7	71,6
Febre	50,0	55,7	64,0
Fraqueza	35,0	46,5	46,0
Dor nas costas	10,0	26,8	30,0
Dor no peito	60,0	54,0	55,0
Dor de cabeça	15,0	21,7	21,3
Tosse	5,0	19,1	22,0
Diarréia	35,0	47,8	50,0
Sangue no escarro	90,0	84,5	80,3
Sangram. vaginal	65,0	68,3	72,3
Caroço no seio	90,0	85,1	82,0
Acessos	50,0	72,7	72,6
Sangue na urina	50,0	73,7	68,6

e a diminuir para falta de ar, fraqueza, tosse, diarréia, sangue no escarro, acessos e sangue na urina. De outra parte, como consta da Tabela 10, a relação gravidade com estratos econômicos foi mais estável, havendo diminuição dos percentuais na maioria dos sintomas, com o aumento do nível. Fizeram exceção: falta de ar, dor no peito, sangue no escarro e caroço no seio.

## DISCUSSÃO

### Da metodologia

Embora o diferencial semântico, proposto por Osgood e col.<sup>23</sup>, venha sendo aplicado lar-

gamente em pesquisas nas áreas de lingüística, comunicação e psicologia<sup>7</sup>, Jenkins<sup>12</sup> adaptou esta técnica à saúde, introduzindo modificações na escala original, no estudo de opiniões e crenças sobre quatro doenças. Segundo Jenkins<sup>12</sup>, a escala de adjetivos bipolares de Osgood e col.<sup>23</sup>, além da maior facilidade de aplicação, reduziria as tendenciosidades observadas quando se usam questões de múltipla escolha, em inquiridos de opiniões. Harding e O'Looney<sup>11</sup> replicaram o método de Jenkins, para avaliar a "imagem pública" corrente de nove doenças prevalentes na Inglaterra, utilizando várias escalas para suscetibilidade, gravidade e meios de prevenção, com adjetivos bipolares marcados nos extremos de cada escala de 100 mm, cuja distân-

cia era riscada para cada resposta e depois convertida em números de 0 a 100.

Com a preocupação de verificar se a posição dos sintomas no formulário poderia introduzir tendenciosidade nas respostas e considerando que o instrumento utilizado contemplava uma seqüência de sintomas dos mais gerais aos mais específicos, determinou-se a inversão do preenchimento, a partir do 4.º mês de entrevistas. As diferenças percentuais observadas e a análise estatística mostraram que realmente houve influência do sentido ascendente e descendente do preenchimento. Tal interferência só não ocorreu para a gravidade atribuída aos cinco últimos sintomas. Assim sendo, parece aconselhável em pesquisas com instrumento semelhante, uma variação na seqüência de sintomas gerais e específicos.

A inserção do presente estudo, no projeto de "Condições de Saúde e de Vida de População Urbana de Botucatu", implicou na utilização da mesma amostra populacional e não de uma amostra especial. Com isto, houve a predominância de mulheres entrevistadas em relação aos homens e reduzida proporção de representantes do estrato econômico mais alto, com supremacia do estrato médio. Estas características planejadas para o projeto maior<sup>4</sup> podem estar influenciando os resultados deste trabalho.

## Dos Resultados

A elevada proporção de adultos jovens e do sexo feminino entrevistados é explicada tanto pela composição etária da população de Botucatu<sup>4</sup>, como pelo fato de serem, em geral, as mães ou chefes de família os escolhidos, nas famílias amostradas. Os achados sobre escolaridade estão algo piores do que as taxas encontradas para o Estado de São Paulo, em 1984<sup>9</sup>. A predominância do estrato sócio-econômico médio já foi comentada em trabalho anterior<sup>4</sup>.

O estudo dos escores atribuídos ao fator avaliativo *frequência* mostrou tendência que corresponde à expectativa sob a ótica da medicina científica, não havendo interesse em se conferir notas ou em classificar os escores como "certos" ou "errados", como fizeram outros autores, em trabalhos com objetivos e abordagens diferentes<sup>21,25,26</sup>.

O mesmo pode-se considerar para os escores atribuídos à gravidade e também para a maioria das associações entre frequência e gravidade, que guardaram razoável coerência, em boa parte dos sintomas.

A gravidade tem sido analisada como a percepção de sintomas que requerem assistência médica<sup>3,15,26</sup>, ou de doenças que indicam neces-

sidade de prevenção ou de assistência médica<sup>11,12,14</sup>.

No presente trabalho, a questão da necessidade de cuidados médicos não foi incluída, face a outro projeto desenvolvido paralelamente e destinado ao estudo da morbidade referida e procura de serviços de saúde pela população amostrada.

Durante as entrevistas, houve por parte de respondentes algumas expressões espontâneas e sugestivas a respeito de alguns sintomas, que foram registradas. No caso da febre, foi dito "que é um sinal de alerta, pois quando tem febre tem infecção, principalmente na criança", quanto à dor de cabeça, uma pessoa referiu "ser grave pois nunca se sabe o que é, pode ser um problema refletindo na cabeça, pode ser um tumor", enquanto outros entrevistados lembraram-se da epidemia de meningite ou dos estados de tensão e nervosismo, devidos à crise econômica, como causa da dor de cabeça. Provavelmente como reflexo da piora da situação econômica, à época, com menos alimentos e mais fome, em relação à fraqueza houve duas manifestações: "as pessoas comem menos, continuam trabalhando, definham e acabam morrendo", e "sem emprego, deixam de comer e acabam morrendo", enquanto pessoas mais idosas lembraram-se até das filas para obter alimentos durante o racionamento ocorrido na segunda grande guerra. Sobre acessos, uma senhora disse: "nunca ví e peço a Deus para nunca ver, porque é coisa feia"; sobre sangramento vaginal e sangue na-urina: "em geral é sinal de alerta porque é coisa ruim" e ainda sobre sangue no escarro: "é sinal de uma doença ruim que passa para os outros, o doente tem que se internar". Uma pessoa que se disse "crente", a cada sintoma assim se referia: "Deus me livre, é um castigo de Deus".

Estudos no campo da sociologia e da antropologia cultural, como o de Boltanski<sup>2</sup> e o de Loyola<sup>18</sup> exploraram em profundidade, por inquéritos em grupos populacionais, a percepção e classificação das doenças "graves" e "leves" e as formas de representação da saúde/doença e de sintomas. Este trabalho propôs-se tão somente a avaliar conhecimentos e opiniões sobre sintomas e não sua percepção ou representação, levando em conta, todavia, que segundo Kroeger<sup>16</sup> a "expressão das doenças em função de sintomas constitui, até certo ponto, uma norma culturalmente aprendida, que se adquire na infância e se reforça no decurso de cada doença, pela ação recíproca do indivíduo com a rede social e o curandeiro tradicional".

A propósito da difusão do conhecimento médico, Boltanski<sup>2</sup> refere que a frequência ao con-

sultório ou às instituições de saúde constitui hoje sua principal forma. Loyola<sup>18</sup> lembra que o conhecimento (essencialmente prático) pode advir de experiências com a doença vividas pessoalmente ou observadas entre parentes e conhecidos, assim como do discurso dos especialistas envolvidos. Outros meios, como o rádio e a televisão também divulgam a linguagem das sensações mórbidas<sup>18,27</sup>. Tendo em vista que em Botucatu, além de um grande contingente de médicos e de farmácias, havia um hospital universitário de fácil acesso, dois hospitais gerais, dois centros de saúde e um posto do INAMPS, e reconhecendo-se o hábito muito freqüente da matrícula e da procura a mais de um serviço de saúde, pode-se assumir que boa parcela da população esteve exposta à divulgação ou à linguagem da medicina oficial, no processo de medicalização da sociedade<sup>5,6</sup>.

Os trabalhos mais afins, encontrados na literatura médica, têm objetivos e abordagens diferentes dos deste, o que permite uma comparação apenas aproximativa dos resultados, segundo características sócio-demográficas dos grupos entrevistados. Assim, a pesquisa sobre conhecimento e percepção de importantes doenças, realizada por Kirscht<sup>14</sup>, mostrou que as mulheres com idade inferior a 55 anos e os respondentes com menos escolaridade deram grande ênfase à suscetibilidade (probabilidade de ter as doenças), não se observando relação entre renda e opinião para esse fator; quanto à gravidade, o câncer foi considerado de forma homogênea, independentemente da idade, sexo, educação e nível de renda. Em seu trabalho, Loyola<sup>18</sup> menciona que gerações mais jovens, com maior escolaridade valorizariam mais os conhecimentos da medicina oficial, tendendo a procurar o médico mais do que as pessoas idosas. O fato de que as mulheres, mães de família, geralmente mais atentas às questões de saúde, saibam reconhecer sintomas em seus filhos e parentes e possuam um repertório de doenças, conformê assinala Boltanski<sup>2</sup>, poderia explicar que no sexo feminino, de idade média, tenha havido, no presente trabalho, maior cotação para a freqüência e a gravidade de sintomas, do que no sexo masculino. Como era esperado, os sintomas relacionados a órgãos femininos receberam, das mulheres, escores mais altos.

Campbell<sup>3</sup>, estudando 13 condições indicativas de doenças, através de repostas de mães e suas crianças, observou que o status sócio-econômico influenciou a avaliação de sintomas pelas mães, o mesmo não ocorrendo com os filhos.

O clássico trabalho de Koos<sup>15</sup>, que se destinou a estudar, em entrevistados de três classes

sociais, de uma localidade rural dos EUA, o grau de reconhecimento de 17 sintomas como indicativos da assistência médica, poderia servir de cotejo no que tange às respostas segundo estratos sócio-econômico, não fosse o fato de o autor ter avaliado a atitude ("O que deve ser feito"), diante de cada sintoma e não apenas o conhecimento sobre gravidade. Nesse sentido, enquanto Koos<sup>15</sup> encontrou que na classe I (mais alta), o reconhecimento da importância de sintomas foi uniformemente elevada, a classe II mostrou menor sensibilidade e a classe III indiferença marcante a muitos sintomas, no presente trabalho, ao contrário, a relação gravidade com os estratos econômicos apresentou diminuição de sua valorização, com o aumento do nível, para 11 sintomas. Segundo Koos<sup>15</sup>, vários fatores estariam envolvidos na equação sintoma-assistência médica, como o receio, o custo da assistência, idade, experiências passadas, urgência do problema, cultura do grupo e outras necessidades dentro da escala de valores individuais ou familiares.

Utilizando a mesma lista de sintomas de Koos, em outra comunidade rural dos EUA, Smith e Kane<sup>26</sup> encontraram um maior reconhecimento da necessidade de cuidados médicos que a classe mais alta de Koos<sup>15</sup>. Além disso, verificaram que idade, renda e educação não apresentaram escores de percepção da gravidade que traduzissem diferenças estatisticamente significantes, havendo pouca influência da presença de doença crônica familiar e do uso de serviços de saúde locais.

Jenkins<sup>12</sup>, que empregou o diferencial semântico adaptado, testando a percepção e opiniões para câncer, poliomielite, tuberculose e doença mental, concluiu que as diferenças observadas entre as doenças não poderiam ser atribuídas à diversidade de características dos respondentes e sim à multiplicidade de vias pelas quais a amostra estudada considerou as doenças, em sua diferenciação interna.

Da análise desses trabalhos resulta a conclusão de que, quando os autores avaliam a percepção, na qual se incluem atitudes ou comportamentos diante de sintomas ou doenças, em geral, os fatores sócio-demográficos parecem não influenciar as respostas. No entanto, quando se trata de avaliar somente conhecimentos, ocorrem associações entre idade, sexo, renda, escolaridade, como foi observado no presente estudo, em que as tendências variaram para maior ou menor valorização da freqüência e gravidade entre os sintomas, segundo o sexo, idade e escolaridade, não podendo ser descartadas as influências culturais, ilustradas inclusive pelas expressões anteriormente citadas.

Algumas implicações e conclusões poderiam ser inferidas dos resultados obtidos. Até que ponto a atribuição de gravidade, principalmente para os cinco últimos sintomas da relação, não seria um dado preditivo implícito de alguma ação de saúde? Campbell<sup>3</sup> assim considerou, ao estudar sinais e sintomas como indicadores de doenças na criança. Na pesquisa sobre morbidade referida e procura de serviços, em elaboração, essa questão talvez fique esclarecida.

Outro fato a salientar diz respeito à subestimação de conhecimentos e da compreensão sobre saúde/doença dos doentes e população geral, por parte de profissionais de saúde, principalmente do médico. Tal preconceito costuma permear a relação médico-paciente, ainda mais com doentes de classes sociais baixas, condicionando escasso nível de informação e explicação da parte de médicos<sup>19,25</sup>.

Boltanski<sup>2</sup> chamou a atenção para o fato de que, quando os doentes sobem na hierarquia social, diminui a distância social entre o médico e seu doente, com o que a frequência e a qualidade do diálogo crescem. Em outros termos, a diferença de classe e de nível de instrução limitam, segundo o autor, a difusão do saber médi-

co. As razões dessa postura foram profundamente estudadas à luz da sociologia<sup>2,6,17</sup>, mas se referem essencialmente ao monopólio do saber e à autoridade conferida ao médico de dispor da doença e até mesmo do corpo de seus clientes, em graus inversamente proporcionais às suas classes sociais.

No caso de Botucatu, a reconhecida utilização de farmácias e de vários serviços públicos ou privados em expansão e, principalmente, a exposição à linguagem da medicina científica, no âmbito do hospital universitário, devem ter concorrido para a aquisição de conhecimentos bastante compatíveis com o "saber médico", no que tange aos sintomas selecionados, não devendo ser subestimados pelos profissionais e serviços de saúde; ao contrário, devem ser considerados em todos os níveis de assistência à saúde oferecidos no Município, suscitando melhor relacionamento, diálogo e repasse de informações, independentemente do estrato econômico da clientela.

Outro trabalho de natureza similar, realizado entre profissionais de saúde de Botucatu, encontra-se em sua fase final, cujos dados servirão para o cotejo com os resultados da presente pesquisa.

---

CARANDINA, L. & MAGALDI, C. [Analysis of standards of living and health in the urban population of Botucatu, S.Paulo State (Brazil). II - The population's knowledge and opinion on disease symptoms, 1983]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 23: 196-206, 1989.

**ABSTRACT:** It was verified the extent of the information of the urban population of Botucatu, SP (Brazil) on health questions. Knowledge and opinions about frequency and severity of thirteen symptoms and signs of disease were researched in 1005 families sampled. The answers were analyzed according to age, sex, level of education and socio-economic level. They showed a tendency compatible with scientific medical knowledge. In the comparison of the sexes, by age, (young adult) women gave more value to the frequency and severity of most of the symptoms than men. The high scores observed for severity showed a tendency to decrease with the increasing level of education for all the symptoms. There were variations among the symptoms in the appreciation of frequency according to the socio-economic level, with a tendency to a decrease in the high scores related to severity, according to the increase in socio-economic level. The degree of information observed in the population contradicts the prejudice, still existing in the medical area, about laymen's lack of knowledge. The hypothesis that the sample studied had access to several sources of information, among them the extensive local network of medical services, is put forward.

**KEYWORDS:** Knowledge, attitudes, practices. Disease (signs and symptoms). Health education. Attitude to health.

---

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BIZERRA, J.F. et al. A survey of what people know about Chagas disease. *Wld Hlth Forum*, 2:394-7, 1981.
2. BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1979.
3. CAMPBELL, J.D. Attribution of illness: another double standard. *J. Hlth soc. Behav.*, 16:114-26, 1975.
4. CARANDINA, L. et al. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, SP. I - Descrição do plano amostral e avaliação da amostra. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20:465-74, 1986.
5. CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1980.
6. DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo, Ed. Duas Cidades, 1976.

7. ELGEMAN, A. Considerações a respeito do instrumento de pesquisa e do comportamento pesquisado. In: *Ensaio 36. Os estados subjetivos: uma tentativa de classificação de seus relatos verbais*. São Paulo, Ed. Ática, 1978. p.106-34.
8. FUNDAÇÃO IBGE. *Sinopse preliminar do censo demográfico*. Rio de Janeiro, 1981. v.1, t.1, n.º 18.
9. FUNDAÇÃO SEADE. *Anuário estatístico do Estado de São Paulo*: 1985. São Paulo, 1986.
10. GOODMAN, L.A. Simultaneous confidence intervals for contrast among multinomial populations. *Ann. Math. Statist.*, 35:716-25, 1964.
11. HARDING, C.M. & O'LOONEY, B.A. Perceptions and beliefs about nine diseases. *Publ. Hlth*, 98: 284-93, 1984.
12. JENKINS, C.D. The semantic differential for health. A technique for measuring beliefs about diseases. *Publ. Hlth Rep.*, 81:549-58, 1966.
13. KERLINGER, F.N. *Foundations of behavioral research. Educational and psychological inquiry*. London, Holt Rinehart & Winston, 1972.
14. KIRSCHT, J.P. et al. A national study of health beliefs. *J. Hlth hum. Behav.*, 7:248-54, 1966.
15. KOOS, E.L. *The health of Regionville. What the people thought and did about it*. New York, Hafner Publ., 1967.
16. KROEGER, A. Errores de respuesta y otros problemas de las encuestas de salud mediante entrevista en los países en desarrollo. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, 100:253-82, 1986.
17. LOYOLA, M.A. Medicina popular. In: Guimarães, R., org. *Saúde e medicina no Brasil: contribuição para um debate*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978. p.225-37.
18. LOYOLA, M.A. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo, Difel Difusão Ed., 1984.
19. MCKINLAY, J.B. Who is really ignorant — physician or patient? *J. Hlth soc. Behav.*, 16:3-11, 1975.
20. MELLO, D.A. et al. Helmintoses intestinais. I - Conhecimentos, atitudes e percepção da população. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22:140-9, 1988.
21. NOVOCHADLO, M.A.S. Conhecimentos e opiniões da população a respeito de doenças. *Rev. bras. Enferm.*, Brasília, 37:85-9, 1984.
22. QUEIROZ, M.S. & CANESQUI, A.M. Contribuições da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 20:141-51, 1986.
23. OSGOOD, C.E. et al. *The measurement of meaning*. Chicago, Univ. Illinois Press, 1971.
24. SÁID, R.V.A. *A percepção popular da leishmaniose tegumentar americana*. Rio de Janeiro, 1984. [Dissertação de Mestrado — Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ].
25. SELIGMANN, A.W. et al. Level of medical information among clinic patients. *J. chron. Dis.*, 6:497-509, 1957.
26. SMITH JR., L. & KANE, R. Health knowledge and symptom perception: a study of a rural Kentucky country. *Soc. Sci. Med.* 4:557-67, 1970.
27. TEMPORÃO, J.G. *A propaganda de medicamentos e o mito da saúde*. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1986.

Recebido para publicação em 4/8/88.  
 Reapresentado em 25/1/89.  
 Aprovado para publicação em 3/3/89.