

## CONHECIMENTOS E OPINIÕES DA POPULAÇÃO A RESPEITO DE DOENÇAS

Maria Ayrecila da Silva Novochadlo<sup>1</sup>

---

NOVOCHADLO, M. A. da S. Conhecimentos e opiniões da população a respeito de doenças. *Rev. Bras. Enf., Brasília, 37(2): 85-89, 1984.*

---

**RESUMO.** Foi realizado um levantamento dos conhecimentos e opiniões de uma população a respeito da etiologia e tratamento de doenças que ocorriam na própria comunidade (na região das palafitas, em São Luís, MA). Os resultados foram: as maiores porcentagens, 43,6% e 17,8%, referentes a conhecimentos corretos ou parcialmente corretos; 74,0% usaram para tratamento dessas doenças dos denominados remédios de farmácia, embora o local preferido para usá-los, bem como para outros tratamentos, fosse em casa (50,6%); 62,1% da população informaram ter sido o médico quem os tratara, embora 36,7% tenham dito que fora a família quem os tratara.

**ABSTRACT.** A survey of knowledge and opinions of population about etiology and treatment of diseases in the community ("palafitas" area of São Luís, MA) was done. The results were: the major percentile (43.6% and 17.8%) of correct or partial correct knowledge; 74.0% of the population used "pharmacy medicine" to treat the disease, although they prefer (50.6%) to be treated at home; 62.1% of population used medical treatment although 36.7% said that the family gave the treatment.

---

### INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos, a saúde da população continua desafiando os governos, quer dos países desenvolvidos, quer dos países em desenvolvimento. Várias estratégias, durante longos anos, foram discutidas e postas em prática, sem contudo terem conseguido combater as principais causas de morte devidas, principalmente, nos países em desenvolvimento, às doenças transmissíveis e ao mau saneamento ambiental.

"Se considerarmos, entretanto, as mudanças experimentadas no cenário da assistência à saúde, nesses últimos cinquenta anos, especialmente nos dois últimos decênios, observamos que chegamos a uma verdadeira revolução em matéria de estratégia para a assistência

à saúde, principalmente para populações de países mais pobres"<sup>2</sup>.

Essa nova estratégia, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e que foi reafirmada na Declaração Internacional de Alma-Ata<sup>3</sup>, consiste na promoção de cuidados primários de saúde que se supõe seja eficaz para a obtenção de melhores níveis sanitários para as populações, dos países em desenvolvimento, até o ano 2.000.

Entretanto, só com a mobilização do apoio popular, é possível transformar em realidade essas grandes metas da OMS e, um dos pontos de partida primordiais para esse trabalho é, sem dúvida, a análise das características da comunidade. Essa análise propicia, ainda, uma troca de conhecimentos, atitudes e comportamentos essenciais para a eficácia do trabalho em conjunto<sup>1,7,15</sup>.

---

1. Professor Assistente da Fundação Universidade do Maranhão, MA. COREn-MA 6368.

Ainda segundo a OMS<sup>9</sup>, os costumes e as crenças da coletividade influem no crescimento e desenvolvimento do ser humano, em todas as suas fases. Quando se produzem transformações tecnológicas rápidas, são requeridos reajustes nos sistemas educativos. A natureza é o grau desses reajustes afetam profundamente o indivíduo que está amadurecendo. Os esforços para melhorar a saúde não terão êxito se não forem levadas em consideração as características sociais e culturais das coletividades, onde eles vão ser realizados.

A abordagem comunitária efetiva, na enfermagem, tem cerca de sessenta anos. Atualmente, todos os olhares da equipe de saúde estão voltados para a abordagem comunitária, mas foi o enfermeiro de Saúde Pública, nos Estados Unidos, na década de vinte, o precursor deste tipo de trabalho, que é válido até hoje. Atualmente ele continua buscando maneiras novas de melhor contribuir com o seu conhecimentos e experiências profissionais<sup>16</sup>.

Apesar da enfermagem científica, desde os seus primórdios, se dedicar ao trabalho junto às comunidades mais pobres, onde a saúde sofre riscos maiores, houve um decréscimo, posteriormente, desta abordagem.

A enfermagem, agora, já dedicou demasiado número de anos a atividade predominantemente orientada para a satisfação das necessidades de alguns privilegiados. É necessário que os profissionais de saúde reconheçam e enfrentem o fato de os urgentes problemas de saúde da maioria da população guardarem relação com a pobreza, a infecção, a desnutrição e a subnutrição, a falta de água potável e os múltiplos riscos ambientais. E os enfermeiros de que o mundo necessita "são os que podem diagnosticar problemas de saúde comunitária e adotar medidas para proteger, proporcionar e monitorar a saúde geral da população, os que podem cuidar dos doentes ou dos incapazes e os que podem ensinar o próximo a cuidar de si. m

Nos últimos anos, os enfermeiros vêm participando de acalorados debates sobre a ampliação do papel do enfermeiro nos cuidados primários de saúde. Esta evolução de seu papel é essencial para a sobrevivência da enfermagem e para que ela continue sendo exequível e relevante como serviço para a população. Igualmente importante é o fato que os enfermeiros estejam preparados e dispostos para serem os agentes de mudanças que afetam tanto a si mesmos como a profissão, contribuindo, deste modo, para reformulações na prática e no exercício da enfermagem<sup>5</sup>.

## OBJETIVO

O objetivo específico deste trabalho foi fazer um levantamento dos conhecimentos e opiniões de uma população, a respeito da etiologia e do tratamento de doenças que ocorriam na própria comunidade.

## METODOLOGIA

### População e área

O presente estudo foi realizado, em janeiro e fevereiro de 1982, com uma população residente em regiões de mangues ou palafitas, como são denominadas as dos bairros da Camboa, Floresta, Liberdade e São Francisco, em São Luís, Maranhão.

O motivo da escolha destas regiões foi o seguinte: elas fazem parte de áreas selecionadas para a implantação da "Política Nacional de Erradicação de Sub-habitação" (PROMORAR), promovida pelo Ministério do Interior e, por se tratar de um projeto de desenvolvimento social, a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) integrou-se a ele e alguns de seus professores vêm desenvolvendo, já há algum tempo, como parte das atividades de extensão e pesquisa, estudos sobre a marginalidade social urbana em São Luís e a efetividade das políticas sociais <sup>12, 13, 14</sup>.

Em um primeiro levantamento e, diante dos primeiros resultados do estudo, definiu-se o problema sanitário da população-alvo e a falta de professores da área da saúde. Após os devidos trâmites administrativos, foi encaminhada ao coordenador do projeto uma representação de professores do Departamento de Saúde Pública, da referida Universidade, sendo um deles a autora do presente estudo.

### Amostra

A amostra para este estudo constituiu-se de quatrocentas unidades habitacionais selecionadas aleatoriamente, por sorteio, e que perfazem 10% da totalidade das unidades habitacionais dos bairros já citados.

## COLETA DE DADOS

### Instrumento

A coleta de dados para o diagnóstico da situação sócio-econômico-sanitária da população foi planejada em concordância com assessores do Banco Nacional da Habitação (BNH)

e planejada e executada por professores da UFMA que vêm atuando na área, e constitui-se da aplicação de um formulário na população total, isto é, sob a forma de censo, em 4.000 unidades habitacionais das áreas de palafitas já mencionadas.

O formulário constou, basicamente, de dados pertencentes a quatro itens e que foram selecionados pela equipe de professores já referida: — aspectos de interesse do BNH; — aspectos referentes à saúde da população; — aspectos referentes à problemática do aterro nas áreas; e — outros aspectos.

Os dados referentes aos aspectos de saúde foram planejados e modificados, principalmente, pela autora do presente estudo, sendo alguns aproveitados de um trabalho anterior realizado pelo grupo de professores e alunos que vinham atuando na área<sup>14</sup>.

### Técnica de coleta

O formulário foi aplicado na população da seguinte maneira: em primeiro lugar, foi feita a revisão pela população, através de seus líderes comunitários e pelos representantes de cada rua por ela escolhidos. Em seguida foram treinados 23 estudantes dos cursos de Serviço Social, Enfermagem, Filosofia, Engenharia e Direito, como voluntários da própria Universidade.

Esses estudantes mais o grupo de professores colheram os dados por meio de entrevista, efetuada com o chefe da família. Entendendo-se por chefe da família a pessoa adulta que assume predominantemente a responsabilidade econômica da família tendo, consequentemente, destacada influência nas decisões familiares.

### APURAÇÃO, UTILIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A apuração dos dados foi realizada manualmente.

Neste trabalho pretendeu-se estudar, apenas os conhecimentos e opiniões da população a respeito da etiologia e tratamento das doenças ocorridas naquela comunidade, conforme estudo anterior já citado<sup>14</sup>. Os outros dados, devido à sua extensão, serão posteriormente analisados e farão parte, brevemente, de um outro estudo que a autora e outros professores

da UFMA pretendem realizar com o fim de subsidiar um plano de saúde para a população em causa.

## RESULTADOS E COMENTÁRIOS

### Característica da população

#### Área da Camboa/Liberdade

A área da Camboa/Liberdade possui características geomorfológicas predominantes de mangues e aluviões e é habitualmente inundada pelas marés. Em sua maioria, as habitações são construídas sem as condições mínimas para que a população viva condignamente.

São pequenas casas de madeira ou taipa, cobertas de telha ou palha, construídas sobre estacas de madeira, no alagadiço, residem famílias com, em média, seis pessoas<sup>31</sup>, apresentando os seguintes problemas visualizados a grosso modo:

- Perigo de vida (afogamento), principalmente para as crianças;
- Destino inadequado de dejetos humanos ocasionando contaminação;
- Confinamento das pessoas das famílias.

Além disso, devido ao aterro feito pelo PROMORAR, as tubulações de água que já existiam, em algumas ruas, ficaram soterradas agravando seus problemas de falta de água.

Para resolver tal problema, a população escava o aterro, suspende os canos e retira a água, contaminando a água tratada com as águas residuárias e dejetos.

Para complicar a situação, algumas famílias criam animais, no fundo do quintal, próximo às fossas negras e à habitação.

A situação econômica dessas famílias é precária: 29% das pessoas trabalham em construção civil; 28% em biscates (barqueiros, vigias, etc.); 17% em serviços domésticos e 14% são pensionistas da previdência social ou aposentados. Com relação à renda, 63% dos que trabalham percebem de um a três salários-mínimos.

Quanto à educação, a região possui apenas duas escolas de primeiro e segundo graus e, de acordo com levantamentos anteriores, esse número é insuficiente para atender à população escolar.

Existem, na área, três igrejas católicas, um centro espírita e vários terreiros de mina\*.

\* *Terreiro de mina* — Lugar onde se realiza festa religiosa dos negros jeje-nagôs, mantida pelos seus descendentes.

## Área do São Francisco

O bairro de São Francisco é ligado, pela ponte sobre o rio Anil, ao centro urbano de São Luís. Antigamente era um bairro pobre, mas com a expansão imobiliária, por valorização dos terrenos após construção da ponte e a construção de ricas mansões e edifícios, a população foi tendo que se afastar para a margem da orla marítima, nos manguezais. A essa população juntou-se a de migrantes do interior do Estado, que vem à Capital a procura de emprego e melhoria da situação econômica<sup>14</sup>.

Nessa área as moradias são do mesmo tipo das existentes na área de Camboa/Liberdade. As condições sócio-econômicas, entretanto, são mais precárias: a população vive, em sua maioria, de prestação de serviços domésticos (empregadas domésticas), da construção civil e de biscates. O número de desempregados é muito grande e os que trabalham ganham, em média, de um a dois salários-mínimos<sup>14</sup>.

Quanto às agências religiosas, existem na área: uma igreja católica que, além da assistência religiosa promove cursos como de corte e costura, para empregos domésticos e para a formação de eletricitistas; quatro tendas espíritas e um terreiro de mina.

### Conhecimentos e opiniões da população a respeito das doenças

Os conhecimentos e opiniões da população a respeito da etiologia, tratamentos das doenças, bem como o local onde foram tratadas e as pessoas que as trataram, são conforme se segue:

Com relação aos conhecimentos empíricos ou populares da população, a respeito da etiologia das doenças, o pessoal de Saúde Pública, como em toda abordagem desse tipo deve, em primeiro lugar, identificá-los. Depois, sem desprezá-los, tentar integrá-los no seu trabalho educativo, aproveitando aqueles que não são prejudiciais, não dando importância aos considerados neutros e tentando corrigir os prejudiciais sem, entretanto, criar conflitos desnecessários<sup>11</sup>.

A população estudada apresentou três tipos de conhecimentos sobre a etiologia ou causas das doenças: os corretos (43,6%), os incorretos (38,6%) e os parcialmente corretos (17,8%).

Se considerarmos os corretos e parcialmente corretos somados, veremos que, a maioria (61,4%) da população tinha noções relativamente corretas a respeito das causas das doen-

ças. O trabalho educativo terá que ser, então, com relação a este aspecto, muito mais no sentido de valorizar o que a população já sabe, usando-se terminologia adequada, e educar para a mudança, apenas, dos conhecimentos incorretos ou prejudiciais, para que a população procure evitar, dentro do possível, doenças que lá ocorram. Dentre esses, os relativos à etiologia da asma (93,1%), do reumatismo (91,6%), das doenças dos rins (90,0%), das doenças do fígado (89,8%), da gripe (69,5%) ou das doenças do útero e dos ovários (59,0%).

Com relação aos tratamentos das doenças, um autor<sup>10</sup> diz ser espantoso o uso indiscriminado de remédios pelo povo, devendo não só se restringir o uso de drogas como, também, combater a automedicação através de campanhas de alcance popular, enfatizando os riscos e acidentes que podem resultar do uso de medicamentos.

Muitos remédios utilizados pela população, talvez tenham sido sem prescrição médica, alguns com inúmeras contra-indicações e efeitos colaterais, como, por exemplo: os antibióticos, os corticóides, alguns analgésicos e antitérmicos, os tranqüilizantes e os xaropes para tosse.

O uso de plantas para o tratamento de doenças é bastante difundido em todos os países do mundo.

A OMS tem incentivado e patrocinado estudos e pesquisas sobre a utilização de plantas medicinais<sup>10</sup>.

Alguns países, dentre eles o Brasil, vêm desenvolvendo estudos neste ramo. No Ceará e em São Paulo, enfermeiras realizaram trabalhos, nos quais relacionam as plantas utilizadas pela população nas práticas do cuidado à saúde<sup>4,8</sup>.

Na população em estudo, evidenciou-se o uso de plantas para o tratamento da diarreia, das doenças do fígado, da febre, da gripe, da enxaqueca, das doenças dos rins e do coração.

Quanto ao local e à pessoa que a população informou ter tratado das suas doenças, verifica-se o seguinte: as ciências sociais demonstram que uma população não é um elemento passivo nas suas relações com os serviços de saúde. Cada indivíduo traz algum conceito a respeito deles, tem noção de suas necessidades, das soluções que devem ser tomadas, critica a ação dos profissionais de saúde e, por fim, em última instância, é ele que decide se apoiar ou não aquele serviço, se aceitará ou não os conselhos ou determinações que lhe derem.

Com referência, especificamente, às ques-

tões de saúde e doença, o indivíduo tem suas próprias idéias. É o parente ou amigo quem faz o primeiro diagnóstico da sua doença, e é ele ou alguém da família que inicia contato com um médico somente depois de terem sido considerados ou experimentados processos alternativos. Assim, o primeiro ponto de referência para a identificação de uma doença e os primeiros passos para o seu tratamento são influenciados pela crença e práticas populares.

Talvez tenham sido esses fatores, provavelmente, que levaram metade (50,6%) da população a procurar mais tratamento em casa, mesmo usando remédio de farmácia, além dos caseiros, ao invés dos serviços de saúde (49,2%), o que seria mais correto, embora o médico tenha sido o mais citado (62,1%) como o responsável pelos tratamentos. É possível que tenha sido, também, porque algumas doenças que ocorreram não foram muito graves, e talvez algum médico tenha aconselhado o tratamento domiciliar. Deste modo, a população terá que ser educada para valorizar os serviços de saúde e usá-los.

## CONCLUSÕES

Os conhecimentos e opiniões da popula-

ção estudada, a respeito da etiologia e tratamento de doenças foram:

— As maiores porcentagens (43,6% e 17,8%, respectivamente) foram referentes a conhecimentos classificados como corretos ou parcialmente corretos;

— A maioria (74,0%) havia usado, para tratamento dessas doenças, dos denominados remédios de farmácia, embora o local preferido para usá-los, bem como para outros tratamentos, fosse em casa (50,6%); a porcentagem a seguir (14,9%), foi para aqueles que haviam usado, para as doenças referidas, dos denominados remédios caseiros, principalmente chás de plantas;

— A maior parcela (62,1%) da população informou, ainda, que fora o médico quem tratara das doenças mencionadas, embora uma parcela significativa, a seguir (36,9%) tenha dito que quem as tratara fora a família.

---

NOVOCHADLO, M. A. da S. Knowledge and opinions of population about disease. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília 37(2) : 85-89, 1984.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACUÑA, H. R. Participação da comunidade na saúde. *Saúde Mundo*. Genebra, :3-7 ago./set. 1977.
2. BACKETT, E. M. La cuestion de la política de salud: los cambios mas importantes en nuestra actitud frente a los problemas de salud. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, Washington, 82(2): 93-100, feb. 1977.
3. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, Alma-Ata (URSS), 6-12. Sept. 1978. *Atención primaria de salud*. Genebra, OMS/UNICEF, 1978, p. 7-15.
4. CUNHA, N. L. da & SABOIA, S. M. N. *Ervas, uma terapêutica no campo da enfermagem*. Fortaleza, 1981. p. 25-8. (Mimeografado).
5. FITZPATRICK, M. L. Nursing education and change. *Alumnae Mag.*, New York, 76 (1): 2-7, Jan. 1977.
6. LACAZ, C. da S. et alii. *Iatrofarmacogenia*. São Paulo, Guanabara-Koogan, 1980. p. 1-7.
7. LAMBO, T. A. O direito à saúde. *Saúde Mundo*, Genebra, : 3-4, jun. 1974.
8. MAHLER, H. Ação de reforma em enfermagem. *Saúde Mundo*. Genebra, : 2-3, dez. 1978.
9. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Desarrollo humano y salud pública*. Genebra, 1972. p. 11. (Informes Tecnicos, 485).
10. ——. *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional*. Genebra, 1978. p. 7-30.
11. PIOVESAN, A. *Antropologia*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da USP, 1959. p. 229-87.
12. SILVA, M. A. da et alii. *Uma experiência de investigação — ação junto a populações palafitadas de São Luís*. São Luís, Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais, Departamento de Serviço Social, 1981. 43 p.
13. ——. et alii. *A marginalidade social urbana em São Luís e a efetividade das políticas sociais*. São Luís, Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Sociais, Departamento de Serviço Social, 1980. 51 p.
14. ——. *Relatório de pesquisa realizada nas áreas de abrangência do PROMORAR — Comboa/Liberdade e de São Francisco*. São Luís, Universidade Federal do Maranhão, 1981. 55 p.
15. TENTORI, L. V. Extension de la cobertura, atención primaria de salud y participación de la comunidad: definiciones y conceptos operativos. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, Washington, 82(5): 392-4, mayo 1977.
16. TINKHAN, C. & VOORHIES, E. F. *Community health nursing: evolution and process*. New York, Appleton — Century — Crofts, 1972. p. 193-4.