

## HELMINTOSES INTESTINAIS

### I. CONHECIMENTOS, ATITUDES E PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO

Dalva A. Mello\*\*  
Sérgio Pripas\*\*\*\*  
Marta Fucci\*\*\*\*  
Maria Cristina Santoro\*\*\*\*  
Elisete Silva Pedrazzani\*\*\*

---

MELLO, D. A. et al. Helmintoses intestinais. I — Conhecimentos, atitudes e percepção da população. *Rev. Saúde públ., S. Paulo, 22:140-9, 1988.*

**RESUMO:** Com o objetivo de coletar subsídios que norteassem parte de um programa de intervenção em helmintoses intestinais, foi realizada uma pesquisa, no Município de São Carlos, SP (Brasil), sobre conhecimentos, atitudes e percepção da população local, sobre o assunto. A pesquisa foi realizada com responsáveis por escolares, no período de três meses (1984-1985), por meio de questionário aplicado em uma amostra da população, correspondendo a 50% + 2 do universo de estudo. Os resultados mostraram que a população detém uma codificação para identificação de helmintoses, assim como conceitualização própria sobre sinais e sintomas, aspectos epidemiológicos e formas de tratamento. Esses achados são de fundamental importância para o planejamento das campanhas e projetos educacionais em verminoses.

**UNITERMOS:** Conhecimentos, atitudes e práticas. Helmintíase, prevenção e controle. Educação em saúde.

---

#### INTRODUÇÃO

As helmintoses intestinais constituem ainda importantes entidades mórbidas para o homem pois têm ampla distribuição geográfica, elevados índices de prevalência e em alguns casos morbidade significativa. Botero<sup>3,4</sup> (1979, 1981), fazendo uma revisão sobre o assunto na América Latina, conclui que a situação não se modificou nos últimos 50 anos e salienta que a distribuição geográfica desses parasitas se estende concomitantemente com o subdesenvolvimento. Esse autor ressalta que os índices de frequência das helmintoses intestinais constituem indicador socioeconômico das comunidades por onde se disseminam. Aguilar<sup>1</sup> (1981) apresenta dados da Divisão de Epidemiologia dos Serviços de Saúde da Guatemala que situam as helmintoses intestinais entre as 10 principais causas de morbidade e mortalidade geral do país. No Chile,

apesar de melhoria das condições de saneamento nos últimos dez anos, a prevalência em algumas regiões de importância econômica para o país, é bastante alta (Schenome e col.<sup>18</sup>, 1981).

No Brasil, o primeiro grande levantamento helmintológico data do período de 1916 a 1921 e foi realizado com o auxílio direto da Fundação Rockefeller<sup>8</sup>. Foram examinadas 77.436 amostras fecais de 10 Estados. Os percentuais de frequência total variaram entre 78,2% e 99,4%. Posteriormente, Pellon e Teixeira<sup>16</sup> (1950) realizaram novos levantamentos, desta vez com uma população definida. Foram examinados 440.786 escolares na faixa etária de 7 a 14 anos, em 11 unidades federativas. Os índices de prevalência situaram entre 19,9% e 98,84%. Posteriormente, Vinha<sup>19</sup> (1968) compilou dados de exames coprológicos realizados pelo Ministério da

---

\* Trabalho realizado com auxílio financeiro da FESIMA — Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico — CNPq. Processo n.º 406472/84-MP.

\*\* Centro de Pesquisa em Ciência e Tecnologia — Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico — Quadra 5, Bloco H, sala 803 — 70740 — Brasília, DF — Brasil.

\*\*\* Universidade Federal de São Carlos — Caixa Postal 676 — 13560 — São Carlos, SP — Brasil.

\*\*\*\* Centro de Saúde I — São Carlos — Rua Amadeu Amaral, s/n.º — 13560 — São Carlos, SP — Brasil.

Saúde em diferentes regiões do país. De um total de 55.735.755 exames, os resultados se distribuíram como segue: Ancilostomídeos — 27,7% a 28,8%; *A. lumbricoides* — 60,60% a 66,6% e *T. trichiura* — 35% a 38,4%. A avaliação feita por aquele autor é a de que no país existem cerca de 103,5 milhões de portadores de helmintos intestinais. Chieffi e col.<sup>6</sup> (1982), também compilando dados de 6.142.264 exames coprológicos, realizados nos laboratórios do Instituto Adolfo Lutz de São Paulo, no período de 1960-1979, verificaram os seguintes resultados: *A. lumbricoides* — 17,0% a 38,1%, *T. trichiura* — 10,4% a 23,6%, Ancilostomídeos — 9,2% a 23,6%, *S. stercoralis* — 2,8% a 6,6%.

Vinha<sup>20</sup> (1975) ressalta que a importância das helmintoses intestinais no Brasil não comporta contestação. Os índices são altos, há uma ampla distribuição geográfica da doença atingindo principalmente grupos da população de baixo padrão socioeconômico, os quais pagam maiores tributos de saúde e não usufruem de assistência médica e sanitária. Esse autor acrescenta ainda que — “A redução das condições físicas e de atividades de cada indivíduo parasitado representa uma perda óbvia previsível em dias de trabalho, capacidade para o aprendizado, atraso no desenvolvimento físico, mental e social” — e salienta que o binômio “verminose-nutrição” reforça a necessidade de programas contra esses helmintos, em comunidades assistidas oficialmente com enriquecimento alimentar (por exemplo, a merenda escolar), pois os distúrbios no metabolismo, resultantes das lesões intestinais, impedem absorção adequada dos nutrientes.

Botero<sup>3,4</sup> (1979, 1981) considera que, embora a erradicação das helmintoses seja complexa, devido aos múltiplos fatores que determinam sua prevalência, a melhoria das condições ambientais e pessoais aliadas ao tratamento de massa, periódico, seriam capazes de reduzir a prevalência. Salienta ainda que o custo do controle por meio de quimioterápicos é menor do que as clássicas medidas preconizadas.

Jancloes<sup>11</sup> (1979), trabalhando na República do Zaire (África), mostrou ser possível baixar os níveis de infecção por helmintoses intestinais com quimioterápicos. Esse autor mostra que as comunidades apreciam e participam de campanhas de massa bem conduzidas, uma vez que estas são motivos concretos para as pessoas se engajarem em ações educativas. No Japão, entretanto, o sucesso no

controle das geo-helmintoses foi obtido através de ações conjuntas que envolveram tratamento de massa, saneamento e atividades educativas amplas<sup>9</sup>.

Definir formas de intervenção para qualquer doença transmissível requer não apenas conhecimentos sobre o agente etiológico, fatores biológicos e ambientais como também sobre o hospedeiro humano. No caso das parasitoses intestinais, fatores humanos de grande complexidade intervêm em programas de controle e prevenção que se pretenda implantar em qualquer região. Na realidade, “eles representam a parte mais importante do ecossistema no qual circulam os parasitas... a comunidade deve ser informada sobre o problema e participar das soluções” (OMS<sup>15</sup>, 1981).

Dunn<sup>7</sup> (1979), Bizerra e col.<sup>2</sup> (1981) e Ogunmekan<sup>14</sup> (1983), trabalhando com parasitoses, consideram fundamental identificar aspectos do comportamento, percepção, atitudes, conhecimentos da população em relação ao assunto. Para esses autores, os dados obtidos são fundamentais para a planificação racional de eventuais programas de intervenção.

Diante da importância das helmintoses no Brasil como delineado acima, procurou-se desenvolver um projeto de pesquisa sobre intervenção, o qual foi conduzido em várias etapas. A primeira apresentada no presente trabalho, teve por objetivo o estudo de conhecimentos, atitudes e percepção da população sobre helmintoses intestinais.

## MATERIAL E MÉTODOS

### Descrição Geral da Localidade

O subdistrito de Santa Eudóxia, no Município de São Carlos, no Estado de São Paulo, está situado a 42 km via rodovia municipal, na direção noroeste de São Carlos. Este subdistrito é formado por uma vila com características rurais e algumas fazendas, tendo respectivamente uma população aproximada de 866 e 1.982 habitantes (censo 1980).

As atividades econômicas de sustentação da região são de caráter predominantemente agropecuária (cana, laranja, café, gado). Na vila há um comércio varejista, principalmente de produtos alimentícios. Em relação aos serviços públicos, Santa Eudóxia possui: uma agência bancária da Caixa Econômica Estadual; uma agência de correio; duas escolas (uma do Estado e outra do Município); uma

creche mantida pela igreja, Legião Brasileira de Assistência e voluntários da cidade; rede de água, luz e telefone; um posto de saúde com um agente e um servente residente na vila, e dois médicos de São Carlos que prestam serviços pela manhã, duas vezes por semana, em um período de duas horas cada; duas igrejas com um pároco em serviço temporário; e uma freira (residentes em São Carlos) que conduz trabalho de pastoral de jovens e catecismo uma vez por semana.

Inexiste no subdistrito rede de esgoto e qualquer forma de coleta de lixo. O destino dos dejetos é determinado por soluções individuais, na maioria das vezes inadequadas. A análise da água distribuída pela rede pública, realizada pelo Serviço Autônomo de Água e Esgoto de São Carlos (SAAE), indicou boas condições de potabilidade. O tratamento com cloro e fluor está dentro dos níveis recomendados pelos serviços de saneamento e a colimetria indicou ausência de contaminação fecal.

### População Estudada

A pesquisa sobre conhecimentos, atitudes e percepção da população de Santa Eudóxia, em relação aos helmintos intestinais, foi realizada em uma amostra aleatória simples das pessoas responsáveis (pai, mãe ou outro adulto) pelas crianças que freqüentam as escolas locais. Para este fim procedeu-se a um sorteio dos endereços dos alunos matriculados na vila, agrupando-se irmãos. Quando os endereços não eram localizados ou quando as pessoas haviam se mudado, outros sorteios eram realizados. A amostra definida em 174 endereços foi de 88 pessoas, correspondendo, portanto, a 50% mais 2, da amostra.

### Instrumento Utilizado para a Pesquisa

O instrumento utilizado para a pesquisa, constou de questionário com 23 perguntas abertas e fechadas (Anexo). Essas perguntas abordaram os seguintes aspectos sobre helmintoses intestinais: espécies, etiologia da verminose, aspecto do ciclo evolutivo de importância epidemiológica (fontes de infecção, porta de entrada, vias de eliminação, "habitat" do hospedeiro, sobrevida dentro e fora do hospedeiro), diagnóstico, sintomatologia, tratamento, importância e medidas preventivas. Algumas questões, embora formuladas de maneira diferente, tiveram o objetivo de obter informações sobre o mesmo assunto. Tal procedimento foi justificado no sentido de se ter

maior segurança nas respostas obtidas. Procurou-se ainda obter dos entrevistados informações quanto ao grau de instrução, idade, sexo e profissão.

O questionário foi aplicado pelos autores do projeto, nos meses de dezembro (1984), janeiro e fevereiro (1985), duas vezes por semana, em dias alternados pela manhã e no sábado à tarde. A duração de cada expediente de trabalho era em torno de três horas. Cada entrevistador conseguia abordar 3 a 4 pessoas por dia.

### RESULTADOS

As entrevistas foram realizadas com toda amostra definida, ou seja, 88 pessoas, entre as quais 32 eram responsáveis por alunos da escola municipal e 56 por alunos da escola estadual.

O grau de instrução dos entrevistados foi como segue: 17% eram analfabetos, 56% tinham primário incompleto e 26% primário completo. Quanto à ocupação: 75% desenvolviam atividade doméstica, 9% trabalhavam no campo, 7% no comércio e 9% em atividades diversas. Dos entrevistados, 97% foram mulheres e 2,2% homens. A média da faixa etária foi de 36,2 anos com amplitude de 15 a 63 anos. Todos moravam em casa com rede de água e fossa.

Entre os entrevistados, 82 pessoas conheciam helmintos. Essas pessoas codificavam as espécies da seguinte maneira: Lombriga — 54, Solitária — 29, Bicha — 21, Verme — 19, Oxiuros — 14, Amarelão — 5, Outros — 9. Mas todos desconheciam a palavra verminose.

Na Tabela 1 estão tabuladas as respostas das questões de 5 a 13, do questionário (Anexo), referentes a aspectos do ciclo evolutivo de importância epidemiológica. A primeira coluna dessa Tabela, que resume as respostas dadas às questões 5 e/ou 6, sobre as fontes de infecção, mostra que quatro elementos foram destacados pela população: terra — 68, alimentos sujos — 53, sujeira — 35, água — 23. A porta de entrada do parasita (questão 7), foi identificada pela maioria como sendo: pés — 47 e boca — 36. Em relação ao "habitat" dos helmintos (questões 8 e/ou 9), a maioria dos entrevistados identificou como sendo o intestino — 58 e a barriga — 26. Quanto às vias de eliminação e local de deposição dos vermes (questões 10 e 11), verifica-se (Tabela 1) que enquanto 48 pessoas

TABELA 1  
Conhecimentos (quantificados) de uma população rural sobre aspectos do ciclo evolutivo de helmintos intestinais de importância epidemiológica, Município de São Carlos, SP.

Aspectos do ciclo evolutivo de helmintos intestinais de importância epidemiológica						
Fontes de infecção	Porta de entrada	Habitat no homem	Vias de eliminação	Local de deposição dos vermes	Sobrevida	
					No homem	No exterior
Terra	Pés	Intestino	Fezes	Não sabe	Toda vida	Morre quando sai
Alimentos sujos	Boca	Barriga	Boca	No local em que defecou	Até tratar	Fica na terra vivo
Sujeira	Mão	Sangue	Ânus	Terra	1 ano	Passa à outra pessoa
Água	Pele	Corpo	Sangue	Alimentos	Não sabe	Não sabe
Ar	Nasce c/eles	Outros	Nariz	Fossa		
Insetos	Outros	Não sabe	Urina	Esgoto		
Não sabe	Não sabe		Não elimina			
			Não sabe			

afirmaram que os helmintos são eliminados pelas fezes — “as pessoas põem eles” — 34 desconheciam o destino deles; 66 não sabiam o local aonde eram depositados; e apenas 20 afirmaram que ficavam no local aonde a pessoa defecava. No que se refere à sobrevivência dos vermes dentro do organismo (questão 12), os dados mostram que: 46 pessoas responderam que eles acompanhavam o homem por toda a vida e 26 responderam que se houvesse tratamento adequado eles morreriam. Em relação ao que acontecia com os helmintos no ambiente externo (questão 13), 37 pessoas afirmaram que morriam, 15 que continuavam vivos e 21 nada sabiam.

Na Tabela 2 está a listagem dos dados (questões 14 e/ou 15), que indicam como as pessoas entrevistadas diagnosticam clinicamente as helmintoses intestinais (apenas 3 pessoas não responderam sobre o assunto). A causa dos sintomas relacionados à presença dos vermes (questão 16) foi identificada pelas pessoas como segue: 18 afirmaram que eles “tiram os alimentos que são ingeridos”; 14 que “prejudicam a saúde”; 52 não souberam responder a essa questão, e 4 atribuíram a fatores diversos não pertinentes ao assunto.

A atitude que os entrevistados tomam quando suspeitam que os filhos estão com vermes é a de procurar alguma forma de tratamento, seja através da medicina dos “doutores” ou da medicina popular. Nesse sentido, 56 pessoas responderam que levam os filhos ao posto de saúde da vila e/ou ao médico da cidade; 45 à benzedeira e 23 à farmácia. Em

TABELA 2

Sinais e sintomas listados pela população entrevistada para identificar doença por helmintos intestinais, Município de São Carlos, SP.

Tipos	Nomenclatura
Generais	Emagrecimento, fraqueza, desânimo, falta de desenvolvimento, alterações de facies (“olhos vidrados, mortos, luminosos”), dores nas juntas.
Pele	Manchas no rosto, coceira.
Sistema sangüíneo	Palidez, anemia, amarelo.
Sistema neuropsicomotor	Nervoso, tontura, irritabilidade, dor de cabeça, acesso, moleza, dorme muito, não consegue dormir direito.
Sistema digestivo	Dores de barriga, estômago e intestino, barriga estufada, falta de apetite, vontade de comer doce ou terra, intestino solto, apetite demais.

relação ao tratamento, 33 pessoas responderam que seus filhos já tomaram remédios de "doutor" mas apenas 6 se inteiraram sobre o tipo de medicamento. Muitas utilizam chás caseiros independentemente da receita médica. Os chás mencionados foram: Hortelã — 46; Erva Santa Maria — 21; Alho — 24; Poejo — 9. Na Tabela 3 estão listados esses chás e suas respectivas qualidades terapêuticas. Todos os entrevistados negaram o recurso de curandeiro para tratamento de verminose. No entanto, 22 pessoas responderam que usam ou já usaram "simpatias" buscando a cura das "bichas ou lombrigas" de seus filhos. A maioria não quis revelar essas "simpatias". Na Tabela 4 estão relatadas algumas dessas simpatias que foram descritas pelos entrevistados, e outras recomendações para cuidados com a criança com verminose.

TABELA 3

Identificação das qualidades dos chás utilizados pela população estudada, no tratamento de verminoses, Município de São Carlos, SP.

Sintomáticos		Vermífugos
Calmantes	Analgésico	
Hortelã	Erva doce	Erva de Santa Maria
Erva cidreira		Poejo
Licor de cacau		Jurubeba

Em relação às medidas preventivas (questão 21), 63 pessoas responderam que "sabe como não pegar verme", reconhecendo duas medidas básicas: 1) *cuidados higiênicos* — lavar os alimentos, as mãos, não andar descalço, manter as unhas curtas e a casa limpa; 2) *cuidados com a água* — ferver e/ou filtrar. Dos entrevistados, 25 desconheciam qualquer medida de prevenção. Quando se procurou verificar que atitudes tomam para prevenir a doença provocada por vermes (questão 22), responderam: não sabe — 26; é difícil de fazer qualquer coisa — 32; não faz nada — 8; usa água filtrada ou fervida — 7; lava sempre os alimentos — 3; faz limpeza na casa — 2; tenta fazer as crianças lavarem as mãos e/ou não andar no barro — 4; procura explicar e aconselhar as crianças sobre o assunto — 1.

A percepção sobre a importância da doença por vermes intestinais (questões 19, 20 e 23) foi respondida como segue: 66 pessoas consideraram que os vermes causam problemas e é uma doença ruim; 18 não perceberam como sendo um problema sério de saúde; e 4

TABELA 4

Relação de algumas simpatias descritas pela população entrevistada nesse trabalho, para o tratamento da criança com verme, Subdistrito de Santa Eudóxia do Município de São Carlos, SP.

- Orações (não se fala a estranhos).
- Quando a criança põe a lombriga pela primeira vez, pega terra e cobre ela.
- Chá de chifre de vaca e carneiro: tira a parte preta, usa a amarela. Essa simpatia acalma a criança.
- No tempo da seca, juntar 9 dentes de alho, 9 brotos de erva marsela, mais nove porções de chifre de vaca. Mistura tudo e esfrega do lado esquerdo.
- Ferver o cabelo da criança e dar como chá.
- Quando for a primeira vez, tirar toda a roupa e jogar na água corrente.
- Pegar a primeira bicha que a criança põe, lavar e torar. Fazer o chá e dar para a criança. Passa a vontade (desejo).
- Amarrar no pescoço ou no pulso, alho ou ainda esfregar o mesmo também na barriga.
- Fritar no óleo, alho com vinagre e fazer esfregação.
- Quando a criança fica assustada (nervosa ou inquieta) levar à benzedeira.
- A criança com bicha fica sempre com vontade de qualquer coisa (desejo). Não se pode desgostá-la senão ela morre. Tem que comprar e dar, o que ela tem vontade de comer.
- Se a criança com bicha coça o nariz, assusta-as. Então é preciso benzer para acalmar.

afirmaram que "isso é coisa simples, pois as pessoas já nascem com eles". Mesmo assim, 80 pessoas consideraram que é importante não pegar verme, 4 não souberam se é importante, 4 afirmaram que é coisa que todo mundo tem. As expressões mais comuns formuladas para explicar percepção da importância do problema, estão listadas na Tabela 5.

#### COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES

Dunn<sup>7</sup> (1979) afirma que o problema do comportamento humano, incluindo igualmente fatores culturais, sociais, psicológicos na pesquisa de doenças parasitárias, tem sido consideravelmente negligenciado. Esse autor recomenda que na planificação de pesquisas em doenças parasitárias é de grande utilidade considerar-se esses aspectos, pois permitirá uma planificação mais racional dos programas de controle.

Bizerra e col.<sup>2</sup> (1981) desenvolveram trabalho sobre conhecimentos e atitudes em uma população rural do interior do Estado de

TABELA 5

Expressões utilizadas pela população, para explicar a percepção que tem sobre a importância de doença causada por helmintos intestinais, Subdistrito de Santa Eudóxia do Município de São Carlos, SP.

Os vermes causam problema porque:

- Interfere na saúde.
- A pessoa fica doente.
- Prejudica o crescimento, o trabalho, os estudos e o corpo.
- A pessoa com verme não tem saúde.
- Pode levar à morte se não tratar.
- Acaba com a pessoa.
- A criança diminui, fica desanimada, indisposta, enfraquecida, pálida, nervosa, perde o apetite, fica com o estômago embrulhado.
- As pessoas ficam sem coragem.
- A pessoa fica com desejo (vontade).
- É um bicho que está dentro da gente.
- O verme come o que a gente come.

É importante não pegar verme:

- Para não ficar doente.
- Para ter saúde.
- Se pegar, destrói a pessoa.
- Se pegar, prejudica a saúde e o desenvolvimento.
- Não pegando verme, tem mais saúde.
- A criança que não tem essas coisas, fica sadia.
- Se pegar, não faz bem à pessoa.
- A criança tem mais saúde.
- Menos doença melhor.
- Menos médico melhor.
- Se pegar tem que fazer tratamento, tomar remédio.
- Se pegar, dá muito problema.
- Não é bom ficar doente.
- Se pegar, faz mal para a pessoa.
- Se pegar, fica doente.
- Uma criança sem verme fica corada, sadia.

Goiás, em Doença de Chagas. Os autores entrevistaram cerca de 159 pessoas no Município de Mambai, região endêmica, aonde estava implantado um núcleo de pesquisas desde 1973. Portanto, a comunidade local estava em contato com os técnicos que trabalhavam na região há cerca de 7 anos. A pesquisa teve origem quando foi constatada falta de participação da população, durante a fase de implantação do controle da endemia. Os resultados das entrevistas indicaram que, embora as pessoas reconhecessem que o barbeiro (vetor), pelo fato de “chupar o sangue”, poderia causar doença no homem, desconheciam, entretanto, qual a sua gravidade. Havia total ignorância e confusão sobre o assunto. Diante dos resultados obtidos, os autores con-

cluíram que deveria ser estabelecido um programa de educação da população, que tivesse por objetivo esclarecê-la sobre o problema, de tal forma que sua participação no trabalho de controle fosse efetiva. Esses autores foram enfáticos ao afirmar que: “o sucesso ou o fracasso do problema de controle da doença de Chagas, em Mambai, dependia amplamente de suporte e participação da população local em detectar e avisar de pronto a infestação das casas pelo barbeiro”. Porém, mais da metade da população desconhecia esse inseto.

Ogunmekan<sup>14</sup> (1983) trabalhando em Lagos (Nigéria) com malária, verificou a necessidade de identificar o universo de conhecimentos da população sobre essa parasitose, para implantar o programa de controle. Entrevistou 141 mulheres, sendo: 50% analfabetas, 33% escolaridade primária e 16% pós-primária. Dos entrevistados, 106 reconheciam que a malária tinha causas específicas, embora as desconhecêssem. Essas causas, supunham, eram diversas e ligadas a fatores ambientais tais como: trabalhar no sol, mudanças de temperatura, água suja; ou ainda a hábitos alimentares, comer alimentos estragados, excesso de óleo de palmeira. Só 52% acreditavam que a malária poderia ser espalhada por mosquitos e que as medidas preventivas estariam relacionadas com limpeza da água, drenagem de águas estagnadas ou ainda tomando medicamentos como a pirimetamina. O autor considerou que o nível de ignorância foi alto em relação a causa da doença e sugeriu que seria importante um programa de educação para a população, específico sobre o assunto.

Said<sup>17</sup> (1984) desenvolveu um trabalho sobre percepção popular sobre leishmaniose tegumentar americana, em uma localidade endêmica denominada Pau da Fome, no Estado do Rio de Janeiro. Os trabalhos sobre o controle e prevenção da doença na área já haviam sido iniciados em 1974, por vários órgãos governamentais (Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e Secretaria Municipal de Saúde). A autora trabalhou “qualitativamente” realizando entrevistas com gravadores em 34 moradores, mas sem critério amostral. Embora suas conclusões sejam confusas, é possível aceitar, no entanto, que “a percepção dos moradores em relação às lesões foi afetada pela intervenção médica, operada na área, provocando mudanças no comportamento dos mesmos em relação às lesões”. Não é possível, porém, avaliar até

que ponto as modificações foram “substantivas e definitivas”.

No trabalho aqui apresentado, foram analisados alguns aspectos sobre conhecimentos, atitudes e percepção de uma população rural do interior do Estado de São Paulo, em relação à helmintoses intestinais, com o objetivo de desenvolver um projeto de intervenção na área.

Os resultados obtidos mostram que a população tem uma codificação própria para nominar os helmintos intestinais: bicha, lombriga, bichinho miúdo, geográfico e solitária e outros. A Tabela 1, aonde estão os dados sobre aspectos da biologia desses helmintos voltados aos interesses da epidemiologia, indica que a população detém conhecimentos razoavelmente corretos sobre o assunto. Assim é que a maioria respondeu adequadamente em relação às fontes de infecção, porta de entrada (terra, alimentos sujos, sujeira, pés e boca). O “habitat” dos parasitas no homem também foi indicado de forma correta: intestino e barriga. No entanto, as pessoas desconheciam como se dava todo o trajeto dos vermes no organismo assim como as fases de desenvolvimento e reprodução (ciclo evolutivo). Embora 54,5% (48) dos entrevistados tenham afirmado que as fezes sejam as vias de eliminação dos vermes, não sabem, entretanto, identificar quais as formas que vão infectar o homem (ovo e/ou larva). As pessoas referiam sempre que “as crianças põem as bichas ou as lombrigas pelas fezes”. Mas 38,6% (34 pessoas) desconheciam se existiam vias de eliminação e 75% (66) não foram capazes de relacionar a eliminação dos vermes e a contaminação ambiental ou ainda contaminação fecal-solo-doença. Apenas 20 pessoas indicaram que os vermes “que é pnhado” ficam no local onde a criança defeca, 5 na terra, 4 nos alimentos, 2 na fossa e um no esgoto.

Há uma grande confusão e contradição na exposição que a população faz de seus conhecimentos sobre mecanismos de transmissão, como está explicitado na Tabela 1. Em momento algum é explicado como os vermes entram no corpo do homem. Ao estudar concepção popular, em Sobradinho, DF, sobre o ciclo de *Ascaris lumbricoides*, Ibañez-Novion<sup>10</sup> (1976) verificou que a lombriga é percebida como sendo “um bicho dotado de inteligência e intenções duvidosas ... aguçado gênio malicioso, podendo assim instalar-se no corpo humano enquanto a pessoa permanece

na ignorância do fato assim como da via de condições de seu acesso”.

As respostas referentes às fontes de infecção e contaminação do ambiente são dissociadas. Deve entretanto, ser aqui considerado que a população de Santa Eudóxia, de uma forma ou de outra, já teria absorvido alguns conhecimentos científicos sobre o assunto, através dos meios de comunicação que atingem a vila: televisão, jornal, rádio e outros. É possível, também, que os filhos, principalmente aqueles que freqüentam com assiduidade a escola, projetem seus conhecimentos, adquiridos na instituição, para os pais. Os livros didáticos de ciências, no primeiro grau, abordam alguns conteúdos sobre problemas de saúde.

Ibañez-Novion<sup>10</sup>, trabalhando com uma população de imigrantes na cidade satélite de Sobradinho, DF, sobre o impacto dos meios de comunicação, mostrou como as pessoas incorporam ou tomam emprestado idéias da “ciências dos doutores”. Há recodificação e novos conceitos de teorias e práticas de saúde, médicas e populares, em relação ao *A. lumbricoides*. Este autor verificou haver “superposição, combinação e adaptação de novas idéias da ciência dos doutores” aos conhecimentos integrantes no campo lógico da comunidade em estudo. Dessa forma, a noção de geração espontânea era intercalada com uma etapa intermediária que seria o ciclo na terra — “A lombriga só pode viver no corpo, quando expulsa, morre, ela não é causadora de doença, sua presença é normal” —. Mas, explica o autor, que a incorporação de novos conhecimentos se processa de forma lenta. Pode também estar diretamente relacionado com a idade como demonstrou Kar<sup>12</sup> (1981/82), ao estudar atitudes e comportamento de mulheres da Venezuela, em relação a concepção, com objetivo de subsidiar politicamente programas de controle de natalidade. Em geral, afirma aquele autor que a estratégia de mudança de atitudes e comportamento foi eficaz em mulheres jovens, as quais eram mais acessíveis às informações do que as mais velhas.

No estudo de Santa Eudóxia, apesar de se ter verificado que a população utiliza os serviços de Saúde (Posto de Saúde da vila e/ou médico da cidade) constatou-se também uma grande valorização da medicina popular, a exemplo do uso da benzedeira, de chás caseiros e simpatias, no tratamento das crianças com vermes (Tabelas 3 e 4). A população

mostrou habilidades em reconhecer as categorias de sinais e sintomas da doença por vermes intestinais (Tabela 2). Assim é que o diagnóstico clínico é feito acuradamente. Esse fato define a importância de como o problema é percebido e caracterizado pela população (Tabela 5). À exceção de 4 pessoas entrevistadas, que ainda acreditam em geração espontânea, a maioria (66) respondeu positivamente às perguntas: os vermes causam problemas?; é uma doença ruim?. As explicações foram diversas, mas precisas, concretas e objetivas.

As atitudes quanto às medidas preventivas, foram declinadas de acordo com aquelas recomendadas em manuais de saúde, livros, textos didáticos, mas reconhecidas de difícil prática. Dessa forma, quando se perguntou: você faz alguma coisa para não pegar vermes? — a maioria das respostas (71) foi negativa (não faz — 8; não sabe — 26; é difícil — 32; tenta fazer — 5). É possível concluir portanto, que houve apenas aquisição e repetição de conhecimentos da “ciência-dos-doutores”, mas não a “plena incorporação destes à lógica explicativa do universo cognitivo”<sup>14</sup>. A valorização desses conhecimentos não pareceu efetiva a ponto de despertar a consciência da população no sentido de levá-la a lutar pela solução do problema. Sente-se aqui que esta é ainda sujeito passivo na sociedade em que

vive. Aliás, “consciência e conhecimento se constroem, se estruturam e se enriquecem em cima de um processo de ação e reflexão. .” (Brandão<sup>5</sup>, 1984).

Dunn<sup>7</sup> (1979) afirma que “muitos tipos de comportamento podem influenciar sobre a epidemiologia e lutas desenvolvidas contra as doenças parasitárias”. Recomenda ainda que os métodos de controle não devem ser escolhidos apenas em função de considerações meramente técnicas e análises operacionais. É necessário compreender como as pessoas organizam e reorganizam seus conhecimentos e como os definem e interpretam.

Katz e Wallace<sup>13</sup> (1974) mencionam vários exemplos de dificuldades que programas diversos em saúde pública têm em ajustar teoria e prática. Para efetivar tais programas há necessidade de uma análise holística da sociedade à qual eles se propõem. Em outras palavras: “é preciso conhecer a realidade para poder transformá-la” (Brandão<sup>5</sup>, 1974).

#### AGRADECIMENTOS

À professora Célia Aparecida Masuccio Redondo, Coordenadora da Escola Parque de Santa Eudóxia, pelo apoio e ajuda, fundamental ao entrosamento da equipe de trabalho com a população local.

---

MELLO, D. A. et al. [Intestinal helminths in Brazil. I — Knowledge, attitudes and perception of population]. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22:140-9, 1988.

**ABSTRACT:** A research project into knowledge, attitudes and perception regarding human intestinal parasitic helminths was carried out in Brazil. The study was conducted by means of interviews with parents of scholars during three months (November and December/1984 and January/1985). The data collected included 88 interviewed. The results obtained showed that the population has an appropriate codification for the identification of parasitic helminths, and accumulated knowledge concerning clinical aspects of the disease. These results are useful for planning control programmes of intestinal parasites, based on community participation. Beside that they are also important as useful insights as a baseline for health education programmes.

**UNITERMS:** Knowledge, attitudes, practice. Helminthiasis, prevention and control. Health education.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGUILAR, F. J. Helminthiasis humanas transmitidas através del suelo en Guatemala. *Bol. chil. Parasit.*, **36**:6-9, 1981.
2. BIZERRA, J. F.; GAZZANA, M. R.; COSTA, C. H.; MELLO, D. A.; MARSDEN, P. D. A survey of what people know about Chagas disease. *Wld Hlth Forum*, **2**:394-7, 1981.
3. BOTERO, B. Posibilidades de control de las geohelmintiasis mediante tratamientos en masa. *Bol. Chil. Parasit.*, **34**:39-43, 1979.
4. BOTERO, D. Persistência de parasitoses intestinais endêmicas na América Latina. *Bol. Ofic. sanit. panamer.*, **60**:39-47, 1981.
5. BRANDÃO, C. R. Pesquisa participante. 4.<sup>a</sup> ed. São Paulo, Editora Brasiliense, 1984.
6. CHIEFFI, P. P.; WALDMAN, G. A.; WALDEMAN, C. C. S.; SAKATA, E. E.; GERBI, L. J.; ROCHA, A. B.; AGUIAR, P. R. Aspectos epidemiológicos das enteroparasitoses no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev. paul. Med.*, **99**:34-6, 1982.
7. DUNN, F. L. Le rôle du comportement dans la lutte contre les maladies parasitaires. *Bull. Org. mond. Santé*, **57**:887-902, 1979.
8. FUNDAÇÃO ROCKFELLER. *Relatório anual: 1922*. New York, N. Y., 1922 (n.º 536).
9. HAYASHI, S.; SUEMITSU, T.; KANII, C. Programa de control de las helmintiasis transmitidas através del suelo en Japón. *Bol. chil. Parasit.*, **36**:2-5, 1981.
10. IBAÑEZ-NOVION, M. A. O ciclo da lombriga (*Ascaris lumbricoides*). Uma nota em Etnoparasitologia. *Pesq. antropol.*, Brasília, **8**:1-4, 1976.
11. JANCLOES, M. F.; ERNEST, P.; THIENPONT, D. Mass control of Ascariasis with single oral doses of levamisole: a controlled comparison in 3,056 subjects between three incomplete populacion coverages. *Trop. geogr. Med.*, **31**:111-2, 1979.
12. KAR, S. B. Factors in consistency between attitudes and behavior: implications for policies and programs. *Int. Quart. community Hlth Educ.*, **2**:1-5, 1981/1982.
13. KATZ, S. H. & WALLACE, A. F. C. An anthropological perspective on behavior a disease. *Amer. J. publ. Hlth*, **64**:1050-2, 1974.
14. OGUNMEKAN, D. A. Control of malaria with special reference to socioeconomic factors. *Trop. Doctor*, **13**:185-6, 1983.
15. ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Groupe Scientifique de Infections Intestinales à Protozoaires et à Helminthes, Genève, 1980. *Rapport*. Genève, 1981. (Ser. Rap. Techn., 666).
16. PELLON, B. & TEIXEIRA, I. Distribuição geográfica de esquistossomose no Brasil. [Apresentado ao 8.º Congresso Brasileiro de Higiene, Recife, 1950].
17. SAID, R. V. A. A percepção popular da leishmaniose tegumentar americana. Rio de Janeiro, 1984. [Dissertação de Mestrado — Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ].
18. SCHENONE, H.; ROJAS, A.; GALDANES, M.; VILLAROEL, F.; HERNANDEZ, E. G.; CUEVA, R.; ORFALI, A.; PRIETRO, R.; ANGULO, M.; ORTEGO, M. Panorama de las helmintiasis intestinales humanas transmitidas por el suelo en Chile (1970-1980). *Bol. chil. Parasit.*, **36**:9-13, 1981.
19. VINHA, C. Incidência de ancilostomídeos, *Ascaris* e *Trichiuris* no Brasil. *Rev. bras. Malar.*, **21**:549-57, 1969.
20. VINHA, C. Necessidade de uma política sanitária nacional para o combate às parasitoses intestinais. *Rev. Soc. bras. Med. trop.*, **10**:297-301, 1975.

Recebido para publicação em: 4/5/1987

Aprovado para publicação em: 17/11/1987

## A N E X O

Questionário aplicado a uma amostra da população do subdistrito de Santa Eudóxia, Município de São Carlos, SP, Brasil, sobre conhecimentos, atitudes e percepção em helmintos intestinais.

---

**Espécies de helmintos — Etiologia de verminose**


---

1. Conhece vermes, verminose, bichas, lombriga?
2. O que sabe sobre vermes?
3. O que causa verminose?
4. Conhece mais de um tipo de verme, verminose: Sim (    ) Não (    )

---

**Aspectos do ciclo evolutivo de importância epidemiológica**


---

5. Como a pessoa pega verme?
6. Aonde a pessoa adquire os vermes?
7. Como os vermes conseguem entrar na pessoa?
8. Depois que os vermes entram na pessoa, onde ficam?
9. Os tipos de germes que você falou ficam no mesmo lugar?
10. Qual o destino dos vermes dentro da pessoa?
11. Para aonde vão os vermes?
12. Os vermes vivem muito tempo na pessoa?
13. O que acontece com o verme fora do corpo?

---

**Diagnóstico e sintomatologia**


---

14. Sabe dizer quando está com verminose, verme, lombriga etc.?
15. O que a pessoa sente quando tem verminose, verme etc.?
16. Por que sente tudo isso?

---

**Tratamento**


---

17. O que faz quando você ou seu filho estão com vermes?  
— Vai ao médico e/ou Posto de Saúde: Sim (    ) Não (    ); curandeiro: Sim (    ) Não (    );  
benzedeira: Sim (    ) Não (    ); farmácia: Sim (    ) Não (    ).
18. Faz tratamento? Sim (    ) Não (    ) com que remédio: chás, simpatias, outros.

---

**Importância e medidas preventivas**


---

19. A verminose causa problema às pessoas? Sim (    ) Não (    ) Por que?
  20. A verminose é uma doença ruim para as pessoas? Sim (    ) Não (    ) Por que?
  21. Você sabe como não pegar verme?
  22. Você faz alguma coisa para não pegar verme?
  23. É importante não pegar verme? Sim (    ) Não (    ) Por que?
-