

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE E DE VIDA DA POPULAÇÃO URBANA DE BOTUCATU, SP (BRASIL). III — CONHECIMENTOS E OPINIÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A RESPEITO DE SINTOMAS DE DOENÇAS, 1984*

Cecília Magaldi**
Luana Carandina**
Rosângela Maria Giarola**

MAGALDI, C. et al. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, SP (Brasil). III — Conhecimentos e opiniões dos profissionais de saúde a respeito de sintomas de doenças, 1984. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 24: 119-27, 1990.

RESUMO: Foram estudados os conhecimentos e opiniões dos profissionais de saúde do Município de Botucatu, SP (Brasil), acerca da frequência e gravidade de treze sintomas e sinais de doenças, visando à comparação com as opiniões emitidas pela população urbana do Município. Foram entrevistados 435 profissionais de saúde ativos (médicos, enfermeiros, auxiliares e atendentes de enfermagem e outros), a maioria do sexo feminino, com idade de 25 a 44 anos. A categoria de atendentes foi a mais numerosa. De modo geral, os cinco últimos sintomas da relação constante do formulário — sangue no escarro, sangramento vaginal, caroço no seio, acessos e sangue na urina, foram considerados menos frequentes e mais graves, comparativamente aos oito primeiros: falta de ar, febre, fraqueza, dor nas costas, dor no peito, dor de cabeça, tosse e diarreia. Dentre as categorias, os médicos diferenciaram-se atribuindo, com menor frequência, escores altos para a frequência e gravidade. Os clínicos valorizaram mais do que os cirurgiões, esses dois fatores, para quase todos os sintomas. O cotejo com a opinião dos leigos entrevistados revelou semelhanças nas tendências, embora tenha havido, por parte destes, maior valorização da frequência e gravidade.

DESCRITORES: Conhecimentos, atitudes e prática. Doença (sinais e sintomas). Ocupações em saúde. Educação em saúde.

INTRODUÇÃO

Em pesquisa anterior², parte do projeto que visa à análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, foram avaliados os conhecimentos e opiniões da população amostrada, sobre treze sintomas e sinais de doenças. Foi observado que, a respeito da frequência e gravidade desses sintomas, a amostra populacional manifestou tendências compatíveis com o senso comum da medicina ou a "razão científica".

Por outro lado, se na literatura médica há trabalhos afins ao citado^{1, 7, 8, 9, 11}, não se encontram pesquisas que visem à avaliação de opiniões sobre sintomas, entre profissionais de saúde.

Um estudo nesse sentido poderia dar indícios de algumas variáveis associadas às tendências encontradas nas respostas.

Assim, o presente trabalho propõe-se a verificar se a existência ou não de formação específica de categorias profissionais, o local de trabalho, a

duração da prática (tempo de formação) e a especialização médica condicionam padrões diferentes quanto aos conhecimentos e opiniões sobre sintomas e sinais de doença. Além disso, objetiva comparar essas opiniões com as emitidas pela população urbana de Botucatu.

MATERIAL E MÉTODOS

O Município de Botucatu, situado na região centro-sul do Estado de São Paulo, possuía segundo o Censo Demográfico de 1980⁴, 64.476 habitantes (90,4% na zona urbana). Contava, em 1984, com dois hospitais gerais (filantrópicos), um hospital universitário (UNESP), um hospital psiquiátrico estadual, quatro centros de saúde, um ambulatório do INAMPS, um do Funrural e 34 farmácias, além de consultórios médicos particulares.

No período de outubro a dezembro de 1984, foi aplicado, aos profissionais de saúde em atividade, um formulário que continha 13 sintomas e sinais de doenças^{***}, a respeito dos quais foram estabelecidos dois fatores avaliativos: frequência e

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

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

*** 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 e sangue na urina.

gravidade. As opiniões dos profissionais foram anotadas, para cada sintoma, em escala de adjetivos bipolares, com sete intervalos, separados por pontos conforme Osgood e col.¹⁰, 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 utilizado foi o mesmo aplicado anteriormente em amostra populacional urbana, acrescido de um cabeçalho para a anotação dos seguintes dados pré-codificados: idade, sexo, profissão, ocupação, especialidade, tempo de formação e principal local de trabalho, sem identificação do nome do profissional.

Foram utilizadas quatro entrevistadoras (treinadas e supervisionadas por uma equipe de auxiliares de pesquisas populacionais), que deveriam conseguir o preenchimento do formulário no ato ou recolhê-lo até 24 horas depois. Realizaram, no máximo, três tentativas para conseguir a entrevista. Estabeleceu-se que o formulário fosse respondido no sentido descendente (do 1º ao 13º sintoma).

À época havia 664 profissionais de saúde elegíveis em atividade, dos quais 485 estavam disponíveis para entrevista (73,0%). Foram excluídos das entrevistas os médicos residentes e docentes da Faculdade de Medicina de Botucatu, os profissionais que estavam trabalhando em período noturno, na época, e os que estavam em gozo de férias ou licença. Os psicólogos também foram excluídos em virtude da concomitância de aplicação de formulário sobre saúde mental, objeto de outro projeto de pesquisa.

No estudo, considerou-se a ocupação, e não a profissão, tendo em vista a não coincidência das duas variáveis, em diversos casos. Os médicos foram classificados em duas sub-categorias: clínicos e cirurgiões, incluindo-se os patologistas com os clínicos. Dois médicos sanitaristas foram alocados em "outros profissionais", por serem diretores de serviços.

Os escores atribuídos para frequência e gravidade foram assim classificados: escores 1 e 2 - *baixos*; 3 a 5 - *médios* e 6 e 7 - *altos*.

Após a codificação dos escores, as respostas e as variáveis foram processadas em terminal da PRO-DESP, junto ao Centro de Computação e Informática (CCI) da Reitoria da UNESP, segundo o programa "Statistical Package of Social Sciences SPSS".

Para análise estatística de alguns resultados, foi utilizado o teste de Goodman para contrastes entre proporções binominais⁵, com nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Entrevistaram-se, em seus locais de trabalho, 435 profissionais, sendo 50 médicos, 20 enfermeiros, 45 auxiliares de enfermagem, 295 atendentes de enfermagem e 25 outros profissionais (assistentes sociais, visitantes domiciliares, educadores, nutricionistas e diretores técnicos de Centros de Saúde).

As entrevistas realizadas, no total, corresponderam a 89,6%. A taxa de recusas foi de 3,4%, principalmente por parte de médicos, enquanto que os 7,0% não entrevistados referiram-se a profissionais não localizados após três tentativas.

As taxas de cobertura por categorias foram: 100% para atendentes e para outros profissionais; 97,8% para auxiliares de enfermagem; 80,0% para enfermeiros e 52,6% para médicos.

Entre os 435 profissionais de saúde entrevistados, 46,2% tinham idade de 25 a 34 anos e 34,7% de 35 a 44 anos. Os mais jovens atingiram 6,9% e os de idade superior a 45 anos chegaram a 12,3%. Quanto ao sexo, 73,3% eram mulheres, devido ao grande contingente de atendentes de enfermagem (67,8% do total de entrevistados).

TABELA 1

Distribuição de profissionais de saúde segundo a ocupação e tempo de formação. Botucatu, 1984.

Tempo Formação	Ocupação					Total Nº	Total %
	Médicos	Enfermeiros	Auxiliar Enfermagem	Atendente Enfermagem	Outros Profissionais		
Menos de 1 ano	-	3	-	10	1	14	(3,3)
1 a 4 anos	7	6	6	43	3	65	(14,9)
5 a 9 anos	13	5	24	151	10	203	(46,7)
10 a 14 anos	15	3	9	42	6	75	(17,2)
15 a 19 anos	8	1	3	29	4	45	(10,3)
Mais de 20 anos	7	1	1	10	1	20	(4,6)
S/ informação	-	1	2	10	-	13	(3,0)
Total (Nº e %)	50(11,5)	20(4,6)	45(10,4)	295(67,8)	25(5,7)	435	(100,0)

A Tabela 1 mostra a distribuição dos profissionais segundo a ocupação e o tempo de formação. Predominou a categoria dos atendentes e, em relação ao tempo de formação, 46,7% tinham de 5 a 9 anos de formados, seguindo-se (17,2%) os formados de 10 a 14 anos e os de 1 a 4 anos (14,9%).

Para frequência (Tabela 2), os maiores percentuais de escores altos relacionaram-se a dor de cabeça, febre, dor nas costas e tosse e os menores corresponderam a sangue no escarro, sangue na urina

e sangramento vaginal. Quanto aos escores médios os maiores percentuais foram atribuídos à dor no peito, falta de ar, acessos, caroço no seio e fraqueza. Para a gravidade (Tabela 3), predominaram maiores percentuais de escores altos para sangue no escarro, caroço no seio, dor no peito, falta de ar, acessos, febre, sangue na urina e sangramento vaginal. Entre os escores médios, destacam-se os percentuais atribuídos à tosse, dor nas costas, dor de cabeça e fraqueza. De modo geral, os cinco últimos sintomas foram avaliados como menos frequen-

TABELA 2

Distribuição percentual de escores atribuídos* à frequência de sintomas e sinais por todos os profissionais de saúde **. Botucatu, 1984.

Sintomas e sinais	Escore Atribuídos				
	Baixos	Médios	Altos	S/ informação	Total
Falta de ar	13,1	52,0	34,7	0,2	100,0
Febre	10,3	35,2	54,5	-	100,0
Fraqueza	12,0	46,0	42,0	-	100,0
Dor nas costas	11,0	41,4	47,1	0,5	100,0
Dor no peito	22,1	53,8	24,1	-	100,0
Dor de cabeça	2,3	23,2	74,3	0,2	100,0
Tosse	9,7	44,8	45,0	0,5	100,0
Diarréia	16,1	44,2	39,5	0,2	100,0
Sangue no escarro	72,9	22,1	4,8	0,2	100,0
Sangramento vaginal	49,0	38,6	12,4	-	100,0
Caroço no seio	39,8	46,4	13,8	-	100,0
Acessos	32,6	49,7	17,7	-	100,0
Sangue na urina	50,6	39,1	10,3	-	100,0

* B = 1 e 2

M = 3 a 5

A = 6 e 7

** N = 435

TABELA 3

Distribuição percentual de escores atribuídos* à gravidade de sintomas e sinais por todos os profissionais de saúde **. Botucatu, 1984.

Sintomas e sinais	Escore Atribuídos				
	Baixos	Médios	Altos	S/ informação	Total
Falta de ar	9,2	40,5	50,3	-	100,0
Febre	9,4	40,9	49,5	0,2	100,0
Fraqueza	18,6	53,2	28,0	0,2	100,0
Dor nas costas	26,2	54,9	18,4	0,5	100,0
Dor no peito	10,8	37,7	51,3	0,2	100,0
Dor de cabeça	17,5	53,5	28,5	0,5	100,0
Tosse	27,8	58,9	13,3	-	100,0
Diarréia	13,8	43,0	43,2	-	100,0
Sangue no escarro	9,0	19,0	72,0	-	100,0
Sangramento vaginal	13,1	40,2	46,2	0,5	100,0
Caroço no seio	7,6	25,1	67,1	0,2	100,0
Acessos	9,7	40,7	49,6	-	100,0
Sangue na urina	11,3	41,6	46,9	0,2	100,0

* B = 1 e 2

M = 3 a 5

A = 6 e 7

** N = 435

tes e mais graves, ao contrário dos oito primeiros, ressaltada a dor no peito quanto à gravidade.

As opiniões dos atendentes (categoria mais numerosa) quanto à frequência, conforme a Tabela 4, parecem reproduzir as respostas do conjunto, o mesmo ocorrendo com as opiniões sobre a gravidade, como mostra a Tabela 5.

Nas Tabelas 6 e 7 encontram-se as proporções de escores altos, em relação ao total de escores, res-

pectivamente para frequência e gravidade, segundo as categorias profissionais. Os valores percentuais submetidos ao teste de Goodman⁵ mostraram diferenças estatisticamente significantes (a nível $G_{crit} = 2,81$) para frequência, entre a categoria médica e as categorias dos atendentes e de enfermeiros, para o grupo de sintomas de 1 a 8. No grupo de sintomas de 9 a 13, houve diferença significativa apenas entre atendentes e médicos. Quanto à gravidade, houve diferença significativa entre a categoria médica e o conjunto das demais, para os dois

TABELA 4

Distribuição percentual de escores atribuídos* à frequência de sintomas e sinais por atendentes de enfermagem **. Botucatu, 1984.

Sintomas e sinais	Escore Atribuídos				
	Baixos	Médios	Altos	S/ informação	Total
Falta de ar	12,9	48,5	38,6	-	100,0
Febre	9,8	35,3	54,9	-	100,0
Fraqueza	13,6	41,7	44,7	-	100,0
Dor nas costas	11,9	39,7	47,7	0,7	100,0
Dor no peito	22,4	50,8	26,8	-	100,0
Dor de cabeça	2,4	20,7	76,9	-	100,0
Tosse	7,8	41,4	50,5	0,3	100,0
Diarréia	14,6	47,5	37,6	0,3	100,0
Sangue no escarro	69,8	24,1	5,8	0,3	100,0
Sangramento vaginal	52,2	34,6	13,2	-	100,0
Caroço no seio	40,7	42,0	17,3	-	100,0
Acessos	32,2	46,8	21,0	-	100,0
Sangue na urina	50,2	38,3	11,5	-	100,0

* B = 1 e 2

M = 3 a 5

A = 6 e 7

** N = 295

TABELA 5

Distribuição percentual de escores atribuídos* à gravidade de sintomas e sinais por atendentes de enfermagem **. Botucatu, 1984.

Sintomas e sinais	Escore Atribuídos				
	Baixos	Médios	Altos	S/ informação	Total
Falta de ar	7,5	35,6	56,9	-	100,0
Febre	9,5	37,3	52,9	0,3	100,0
Fraqueza	15,6	50,2	33,9	0,3	100,0
Dor nas costas	21,7	54,6	23,4	0,3	100,0
Dor no peito	9,2	35,3	55,2	0,3	100,0
Dor de cabeça	15,3	51,2	33,2	0,3	100,0
Tosse	25,4	58,3	16,3	-	100,0
Diarréia	12,9	39,0	48,1	-	100,0
Sangue no escarro	8,5	17,3	74,2	-	100,0
Sangramento vaginal	10,8	37,7	50,8	0,7	100,0
Caroço no seio	6,4	21,7	71,6	0,3	100,0
Acessos	6,8	35,9	57,3	-	100,0
Sangue na urina	9,5	40,0	50,2	0,3	100,0

* B = 1 e 2

M = 3 a 5

A = 6 e 7

** N = 295

TABELA 6

Distribuição percentual de escores altos* de freqüência atribuídos a dois grupos de sintomas e sinais** em relação ao total de escores, segundo a categoria dos profissionais de saúde. Botucatu, 1984.

Categoria Profissional	Escore Atribuídos			
	Sintomas de 1 a 8 % escores altos	Total de escores	Sintomas de 9 a 13 % escores altos	Total de escores
Médicos	35,4	398	6,4	250
Enfermeiros	53,1	160	16,0	100
Auxiliares de enfermagem	42,8	360	8,4	225
Atendentes de enfermagem	47,3	2.356	13,8	1.474
Outros	38,7	199	2,4	125

* Escores: 6 e 7

** Sintomas de 1 a 8: falta de ar, febre, fraqueza, dor nas costas, dor no peito, dor de cabeça, tosse e diarreia.
Sintomas de 9 a 13: sangue no escarro, sangramento vaginal, caroço no seio, acessos e sangue na urina.

TABELA 7

Distribuição percentual de escores altos* de gravidade atribuídos a dois grupos de sintomas e sinais** em relação ao total de escores, segundo a categoria dos profissionais de saúde. Botucatu, 1984.

Categoria Profissional	Escore Atribuídos			
	Sintomas de 1 a 8 % de escores altos	Total de escores	Sintomas de 9 a 13 % de escores altos	Total de escores
Médicos	10,2	400	26,0	250
Enfermeiros	41,2	160	64,0	100
Auxiliares de enfermagem	34,8	359	56,4	225
Atendentes de enfermagem	40,1	2.355	61,0	1.471
Outros	26,6	199	58,4	125

* Escores: 6 e 7

** Sintomas de 1 a 8: falta de ar, febre, fraqueza, dor nas costas, dor no peito, dor de cabeça, tosse e diarreia.
Sintomas de 9 a 13: sangue no escarro, sangramento vaginal, caroço no seio, acessos e sangue na urina.

grupos de sintomas ($G_{crit} = 2,81$).

Em relação aos médicos, segundo especialidades, verifica-se, na Tabela 8, que os clínicos atribuíram maior freqüência para os oito primeiros sintomas, do que os cirurgiões.

Destacam-se os maiores percentuais de escores altos para dor de cabeça e febre, entre os clínicos e dor nas costas e dor de cabeça, entre os cirurgiões. Considerando-se os escores altos e médios, clínicos e cirurgiões equivaleram-se para falta de ar, dor nas costas e dor no peito. Com relação aos cinco últimos sintomas, os menores percentuais de freqüência alta foram atribuídos a sangue no escarro, caroço no seio e sangue na urina, pelos cirurgiões, e a sangue no escarro, caroço no seio e sangramento vaginal, pelos clínicos. Estes valorizaram algo mais que os cirurgiões a freqüência (alta e média) de sangue no escarro, acessos e sangue na urina. Já os cirurgiões cotaram, mais que os clínicos, a freqüência alta e média de sangramento vaginal e caroço no seio.

Segundo a Tabela 9, clínicos e cirurgiões atribuíram alta gravidade para sangue no escarro, caroço no seio e dor no peito, não conferindo escores altos para fraqueza e dor nas costas. De modo geral, os clínicos tenderam a atribuir mais do que os cirurgiões, escores altos para todos os sintomas, salvo os dois últimos citados. Levando-se em conta os escores médios e altos, os clínicos mantiveram essa tendência para todos os sintomas, exceção feita para sangramento vaginal e caroço no seio, em relação aos quais os escores médios e altos dos cirurgiões alcançaram maiores taxas.

DISCUSSÃO

Deve-se a Jenkins⁷ a adaptação vantajosa da escala de adjetivos bipolares de Osgood e col.¹⁰ à área de saúde, porquanto confere maior facilidade de aplicação em inquiridos de opinião. A utilização dessa escala, em trabalho anterior², comprovou essa vantagem.

Quanto à cobertura obtida, vale salientar que

TABELA 8

Distribuição percentual de escores atribuídos à frequência de sintomas e sinais pelos médicos, segundo especialidades*. Botucatu, 1984.

Sintomas e sinais	Especialidades							
	Cirúrgicas				Clínicas			
	Escore				Escore			
	Baixos	Médios	Altos	Total	Baixos	Médios	Altos	Total
Falta de ar	11,5	57,7	30,8	100,0	12,5	50,0	37,5	100,0
Febre	19,3	53,8	26,9	100,0	12,5	37,5	50,0	100,0
Fraqueza	15,4	57,7	26,9	100,0	4,2	58,3	37,5	100,0
Dor nas costas	7,7	38,5	53,8	100,0	8,4	50,0	41,6	100,0
Dor no peito	19,2	61,6	19,2	100,0	20,8	50,0	29,2	100,0
Dor de cabeça**	3,8	42,3	50,0	96,1	4,2	37,5	58,3	100,0
Tosse**	26,9	53,8	15,4	96,1	16,6	54,2	29,2	100,0
Diarréia	38,5	38,5	23,0	100,0	33,3	29,2	37,5	100,0
Sangue no escarro	96,2	3,8	-	100,0	75,0	25,0	-	100,0
Sangramento vaginal	42,3	34,6	23,1	100,0	66,6	29,2	4,2	100,0
Caroço no seio	34,6	65,4	-	100,0	70,8	29,2	-	100,0
Acessos	38,5	53,8	7,7	100,0	25,0	58,4	16,6	100,0
Sangue na urina	53,8	42,4	3,8	100,0	50,0	46,6	8,4	100,0

* N = 50 (sendo 24 clínicos e 26 cirurgiões)

** = sem informação (3,8)

B = 1 e 2

M = 3 a 5

A = 6 e 7

TABELA 9

Distribuição percentual de escores atribuídos à gravidade de sintomas e sinais pelos médicos, segundo especialidades*. Botucatu, 1984.

Sintomas e sinais	Especialidades							
	Cirúrgicas				Clínicas			
	Escore				Escore			
	Baixos	Médios	Altos	Total	Baixos	Médios	Altos	Total
Falta de ar	38,5	50,0	11,5	100,0	12,6	66,6	20,8	100,0
Febre	34,6	61,6	3,8	100,0	12,6	-66,6	20,8	100,0
Fraqueza	57,7	42,3	-	100,0	41,6	58,4	-	100,0
Dor nas costas	61,5	38,5	-	100,0	54,2	45,8	-	100,0
Dor no peito	34,6	46,2	19,2	100,0	25,0	41,6	33,4	100,0
Dor de cabeça	30,8	65,4	3,8	100,0	37,6	41,6	20,8	100,0
Tosse	57,7	38,5	3,8	100,0	41,6	54,2	4,2	100,0
Diarréia	38,5	50,0	11,5	100,0	25,0	62,5	12,5	100,0
Sangue no escarro	26,9	30,8	42,3	100,0	25,0	25,0	50,0	100,0
Sangramento vaginal	23,1	69,2	7,7	100,0	37,5	33,3	29,2	100,0
Caroço no seio	15,4	57,7	26,9	100,0	29,2	25,0	45,8	100,0
Acessos	34,6	65,4	-	100,0	25,0	45,8	29,2	100,0
Sangue na urina	26,9	69,3	3,8	100,0	25,0	45,0	29,0	100,0

* N = 50

B = 1 e 2

M = 3 a 5

A = 6 e 7

foi alta em todas as categorias, salvo a dos médicos. Em relação à não resposta destes, de 47,4%, a literatura disponível, por sinal escassa, mostra perdas elevadas quando os questionários são envi-

ados pelo correio⁶, em comparação com o preenchimento durante a entrevista previamente agendada, como o observado por Donnangelo³, que obteve 74,0% de respostas, em pesquisa por amostragem

entre médicos da Região da Grande São Paulo, em 1980-1981. Apesar dos cuidados tomados, neste trabalho, no sentido de utilizar o universo disponível desses profissionais e o recurso dos retornos, quase sempre superiores a três, a não realização da entrevista no ato da apresentação do formulário, frente à alegação de "falta de tempo", parece ser a principal responsável pela perda registrada. Não pode ser desprezado, em alguns casos, o desinteresse em colaborar como fator subjacente à alegação da falta de tempo.

As características do universo estudado, em que predominaram o sexo feminino e a categoria de atendentes, podem ter contribuído em algumas tendências verificadas. O tempo de exercício profissional que, para a maioria, foi superior a 5 anos, pode conferir maior consistência às opiniões emitidas. Elegeu-se a ocupação, ao invés da profissão, em virtude da observação freqüente de desvio de função como por exemplo professoras e contadores trabalhando como auxiliares ou atendentes de enfermagem. O principal local de trabalho foi desprezado como variável de análise, dada a rotatividade dos profissionais entre os vários serviços e em diversas áreas do mesmo serviço, como por exemplo, no Hospital das Clínicas e nos Centros de Saúde. No caso dos médicos, em geral, não houve local claramente expresso como principal.

Era esperado que as respostas dos atendentes (Tabelas 4 e 5) fossem semelhantes às do conjunto

(Tabelas 2 e 3), face à predominância dessa categoria. Entretanto, a análise estatística das proporções (Tabelas 6 e 7) permite algumas considerações. Assim, no caso da gravidade, para os dois grupos de sintomas, a categoria de atendentes mostrou semelhança com todas as demais categorias, salvo a dos médicos. Quanto à freqüência, no primeiro grupo de sintomas, houve semelhança dos atendentes com enfermeiros, ambas as categorias divergindo da tendência revelada pelos médicos; no segundo grupo, tal diferença ocorreu apenas entre atendentes e médicos. As diferenças verificadas poderiam ser explicadas pelo distanciamento dos conhecimentos específicos (sobre doenças), da categoria médica em relação às demais categorias, principalmente a dos atendentes. Tal distanciamento dá-se tanto em nível de formação profissional, que nem ocorre no caso dos atendentes, como durante a prática e o convívio em equipe, nas instituições de saúde. Em outras palavras, o saber médico nem sempre é transmitido a outros profissionais de saúde.

A tendência dos clínicos em atribuir maiores escores para freqüência, do que os cirurgiões, poderia ser explicada pelo fato de serem aqueles (incluindo-se os pediatras), os mais procurados em primeira instância, pelos doentes. Esta hipótese, entretanto, é questionável quando são considerados os escores médios juntamente com os altos, que se equivaleram entre clínicos e cirurgiões, para falta de ar, dor nas costas e no peito, o que seria explica-

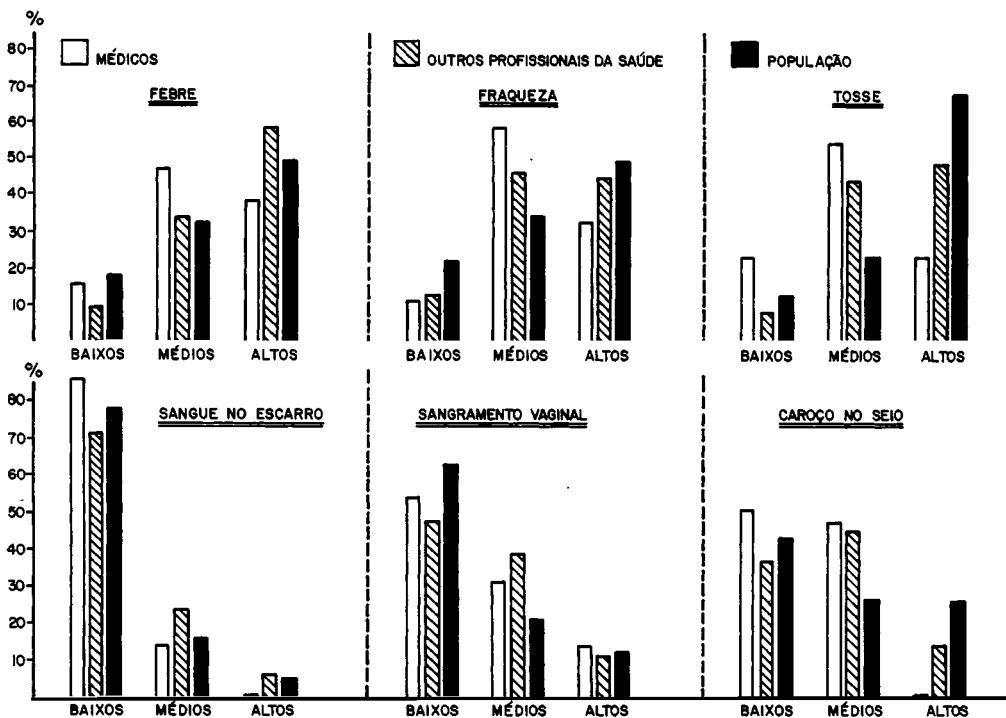


Fig. 1 — Percentuais e escores atribuídos à freqüência de seis sintomas, por médicos, outros profissionais de saúde e população. Botucatu, 1983/1984.

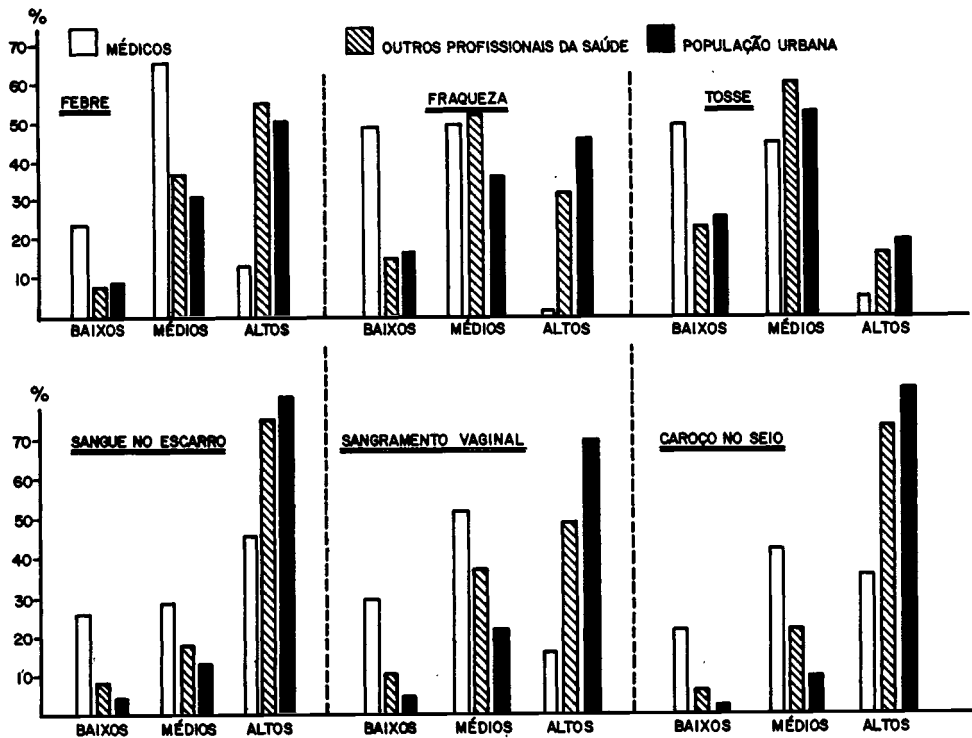


Fig. 2 — Percentuais e escores atribuídos à gravidade de seis sintomas, por médicos, outros profissionais de saúde e população. Botucatu, 1983/1984.

do pela prática algumas vezes indiferenciada da medicina, em cidades do interior. Por outro lado, os cirurgiões atribuíram mais vezes escores altos e médios para sangramento vaginal e caroço no seio, afecções não atendidas, em geral, pelos clínicos, mas de preferência por ginecologistas que estão incluídos no grupo de cirurgiões. Ademais, é sabido que a maioria dos clínicos gerais não costuma incluir, no exame físico, o exame das mamas e genitais femininos, fato que denota a pouca preocupação e importância que a formação médica, em geral, confere às práticas preventivas (diagnóstico precoce).

As hipóteses explanatórias referentes à influência do tipo de prática, nas tendências das opiniões sobre frequência, repetem-se no caso da gravidade. Como a maioria dos médicos entrevistados contava com tempo de formação entre 5 e 15 anos, é de se supor que as semelhanças e diferenças encontradas nas opiniões não devam ocorrer por conta desta variável.

Para comparação de opiniões sobre frequência e gravidade, obtidas tanto da população² como de profissionais de saúde, subdivididos em dois grupos: médicos e outros profissionais, elegeram-se seis sintomas que mais representaram as principais tendências, nos dois blocos de sintomas de 1 a 8 e de 9 a 13. Pela Figura 1 fica patente que tanto os

profissionais como a população conferiram frequências maiores para febre, fraqueza e tosse, e menores para sangue no escarro, sangramento vaginal e caroço no seio. Observa-se maior concordância nos escores altos entre a população e os outros profissionais, cuja maioria é formada pelos atendentes, que carecem de uma profissionalização formal, isto é, em geral têm apenas treinamento prático, sem subsídios teóricos sistematizados, em relação às doenças.

Já, quanto à gravidade, conforme a Figura 2, os profissionais de saúde e a população concordaram em atribuir escores menores aos três primeiros sintomas, em relação aos três últimos. Novamente, observa-se aproximação entre população e outros profissionais, reforçando a hipótese explicativa atrás levantada.

Foi comentado em trabalho anterior², que os leigos, desde que tenham acesso não-formal as fontes de informação em saúde, demonstram tendência de opiniões, a respeito de sintomas, não muito diferentes do "saber médico". Esta constatação parece reforçada pelo estudo comparativo das Figuras 1 e 2. Pode-se especular, no entanto, sobre uma exceção — a fraqueza, que não recebeu nenhum escore de alta gravidade por parte dos médicos, ao contrário dos demais profissionais e da população. A respeito desse sintoma, ainda que não se tenha proposto

um estudo sobre representação social ou cultural, considerando-se as observações feitas por entrevistados, em trabalho anterior², admite-se a possibilidade de concepções diferentes sobre a fraqueza, entre o "saber médico" e o "saber leigo".

A semelhança de opiniões dos outros profissio-

nais de saúde, mais especificamente dos atendentes de enfermagem, com as da população, constatada neste trabalho, levanta a necessidade de aprofundamento de conteúdo, durante o treinamento e a reciclagem desses profissionais, visando à melhoria da qualidade da assistência cada vez mais compartilhada entre os membros da equipe de saúde.

MAGALDI, C. et al. [Analysis of standards of living and health in the urban population of Botucatu, S. Paulo State (Brazil). III — Health professionals' knowledge of and opinions about symptoms of diseases, 1984]. *Rev. Saúde públ., S. Paulo*, 24: 119-27, 1990.

ABSTRACT: The knowledge and opinions of health professionals of Botucatu about the frequency and severity of thirteen symptoms and signs of diseases were studied with a view to comparing them with the opinions of Botucatu's urban population. Four hundred and thirty-five active health professionals (physicians, nurses, nurse aides, health workers (orderlies) and others were interviewed. Most of them were women, with ages ranging from 25 to 44. The health workers (orderlies) were the most numerous category. In general, the last five symptoms included in the form: bloody sputum, vaginal bleeding, breast lump, seizures and bloody urine, were considered less frequent and more serious as compared with the first eight symptoms: shortness of breath, fever, weakness, back pain (backache), chest pain, headache, cough and diarrhoea. Among the categories, the physicians differed from the other categories in less frequently attributing high scores to frequency and severity. The clinicians gave more value to these two factors than the surgeons for almost all symptoms. The comparison with the opinions of the laymen interviewed showed similar tendencies although the laymen regarded frequency and severity as more significant.

KEYWORDS: Knowledge, attitudes, practice. Disease (signs and symptoms). Health occupations. Health education.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAMPBELL, J. D. Atributions of illness: another double standard. *J. Hlth soc. Behav.*, 16: 114-26, 1975.
- 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 a respeito de sintomas de doenças, 1983. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 23: 196-206, 1989.
- DONNANGELO, M. C. F. Condições do exercício profissional da medicina na Área Metropolitana de São Paulo; Relatório de Pesquisa. São Paulo, CREMESP, 1981.
- FUNDAÇÃO IBGE. *Sinopse preliminar do censo demográfico*. São Paulo. Rio de Janeiro, 1981 v.1, t.1, nº 18.
- GOODMAN, L. A. Simultaneous confidence intervals for contrast among multinomial populations. *Ann. math. Statist.*, 35: 716-25, 1964.
- GULLEN, W. H. & GARRISON, G. E. Factors influencing physician's response to mailed questionnaires. *Hlth Serv. Rep.*, 88: 510-4, 1973.
- JENKINS, C. D. The semantic differential for health. A technique for measuring beliefs about diseases. *Publ. Hlth Rep.*, 81: 549-58, 1966.
- KIRSCHT, J. P. et al. A national study of health beliefs. *J. Hlth hum. Behav.*, 7: 248-54, 1966.
- KOOS, E. L. *The health of Regionville: what the people thought and did about it*. New York, Hafner Publ., 1967.
- OSGOOD, C.E. et al. *The measurement of meaning*. Chicago, University of Illinois Press, 1971.
- SMITH Jr., L. & KAHLE, R. Health knowledge and symptom perceptions: a study of a rural Kentucky country. *Soc. Sci. Med.*, 4: 557-67, 1970.

Recebido para publicação em 12/7/1989
Reapresentado em 27/12/1989
Aprovado para publicação em 5/2/1990