

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

POS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CRENÇAS DAS MÃES EM

RELAÇÃO À VACINAÇÃO

POR

SILVIA LÚCIA FERREIRA

FLORIANÓPOLIS - SC

1983

Esta dissertação foi julgada *A.*dequada para a obtenção do título de MESTRE EM CIÊNCIAS DA ENFERMAGEM - OPÇÃO SAÚDE DO ADULTO, *A.*provada, em sua forma final, pelo Programa de Pós-Graduação.

Eloita P. Neves

Dra. Eloita Pereira Neves
(Orientadora)

Dr. Lucía Hisako Takase Gonçalves

Dra. Lucia Hisako Takase Gonçalves
(Coordenadora do Curso)

Apresentação perante a banca examinadora composta dos professores:

Eloita P. Neves

Dra. Eloita Pereira Neves - Presidente

Maria de Lourdes

Dra. Maria de Lourdes de Souza - Examinadora

Dr. Aroldo Rodrigues

Dr. Aroldo Rodrigues - Examinador

À minha filha NADJA
companheira inseparável
de grandes sonhos.

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que acreditaram e contribuíram para a realização deste trabalho, registro os meus agradecimentos e especialmente:

À Dra. ELOITA PEREIRA NEVES, pela orientação segura e encorajadora.

Ao prof. CRISTIANO JOSÉ CASTRO DE ALMEIDA CUNHA pelo empenho no tratamento estatístico dos dados e pela presença amiga em todos os momentos deste trabalho.

À Dra. MARIA DE LOURDES DE SOUZA pela valiosa colaboração na discussão e análise dos resultados.

À Dra. LÚCIA TAKASE GONÇALVES, Coordenadora do Curso de Mestrado, pela atenção e disponibilidade.

Às professoras DENISE P. PIRES e ELIANA MARILIA FARIA, que assumiram parte da minha carga de trabalho permitindo que se realizasse a coleta de dados.

À VERA INGRID HOBOLD, pela colaboração na revisão das referências bibliográficas.

A ROGÉRIO ANTONIO KOERICH que esteve ao meu lado to
das as horas.

Aos colegas de Mestrado: MARIA DAS NEVES A. CARTAXO,
JURACY N. FARIAS, EDILZA R. SCHMITZ, ANA MARIA PEREI
RA NUNES, MIRIAM S. BORENSTEIN, JONAS S. SPRIGIGO
e COLETA ALTOFF pela convivência amiga nestes anos
de luta.

Aos professores e funcionários do Departamento de
Enfermagem da UFPel e UFSC pela colaboração amiga
e incentivo.

Às enfermeiras, auxiliares e atendentes de Enfermam
gem do Setor de Vacinação do Centro de Saúde de Floo
rianópolis por facilitarem a coleta de dados.

Às colegas que participaram como validadoras do
CMRV pela análise crítica e sugestões.

SUMÁRIO

CAPÍTULO

1 - INTRODUÇÃO	8
1.1 - Objetivos	14
1.2 - Definição de termos	15
1.3 - Suporte teórico	17
2 - REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 - Aspectos teóricos sobre o comportamento preventivo em saúde	22
2.2 - Estudos que utilizaram o MCS.....	25
2.3 - Outros trabalhos sobre comportamento em saúde	38
3 - METODOLOGIA	42
3.1 - Tipo de estudo	42
3.2 - Local do estudo	42
3.3 - População e amostra	43
3.4 - Instrumento para coleta de dados	43
3.4.1 - Procedimentos para aperfeiçoamen- to do instrumento de coleta de dados	45
3.4.2 - Validação aparente e de conteúdo.	46
3.4.3 - Distribuição dos escores	50
3.5 - Estudo piloto	50

3.5.1 - Confiabilidade do instrumento...	51
3.6 - Procedimentos	52
3.6.1 - Coleta de dados	52
3.6.2 - Análise dos dados	52
3.6.3 - Forma de apresentação dos resultados	54
4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
4.1 - Dados descritivos dos sujeitos da amostra	56
4.1.1 - Idade	56
4.1.2 - Estado conjugal	57
4.1.3 - Condições de escolaridade	58
4.1.4 - Renda mensal familiar	59
4.1.5 - Estado vacinal e conhecimento sobre as doenças	60
4.2 - Classificação dos sujeitos em relação a importância das variáveis do Modelo de Crenças em Saúde	61
4.2.1 - Susceptibilidade percebida.....	61
4.2.2 - Gravidade percebida	66
4.2.3 - Benefícios percebidos	70
4.2.4 - Eventos motivadores	73
4.2.5 - Barreiras percebidas	76
4.3 - Relação entre a escolaridade e renda mensal familiar com as variáveis do MCS.	79
5 - RESUMO DOS RESULTADOS, CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES, CONTRIBUIÇÃO, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES.....	80
5.1 - Resumo dos resultados	81

5.2 - Conclusões	83
5.3 - Limitações	84
5.4 - Contribuição	85
5.5 - Implicações	87
5.6 - Recomendações	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
ANEXOS	101
1. Guia para validação do instrumento CMRV...	102
2. Resultado da validação aparente e de conteúdo	113
3. CMRV - forma final	114

RESUMO

Este é um estudo exploratório descritivo cujo objetivo principal foi identificar a importância das variáveis do Modelo de Crenças em Saúde (MCS) de Rosenstock, no comportamento de mães que iniciaram a vacinação básica dos filhos. As variáveis do MCS incluem: a) susceptibilidade percebida; b) gravidade percebida; c) benefícios percebidos; d) barreiras percebidas; e e) eventos motivadores.

Foi desenvolvido o instrumento Crenças das Mães em Relação a Vacinação (CMRV), determinada a validade aparente e de conteúdo por um grupo de 13 peritos e a confiabilidade pelo método de consistência interna de cada subescada. Foram obtidos coeficientes alfa de 0.65; 0.47; 0.40; 0.59; e 0.58 para as cinco subescalas respectivamente, e coeficiente de correlação ítem.subescala na sua maioria, acima de 0.30.

A amostra foi composta por 80 mães alfabetizadas que iniciaram a vacinação dos filhos no Centro de Saúde de Florianópolis.SC e o tipo de amostragem foi não probabilística, propositada. A análise dos dados foi feita com base nos escores médios das variáveis por indivíduo, permitindo a classificação das respostas nos níveis de muita, média, pouca importância e irrelevante.

Foram obtidos os seguintes resultados: a) não foi identificada relação significativa entre a escolaridade e

a renda mensal familiar com as variáveis do modelo; b) em relação à susceptibilidade, gravidade e benefícios percebidos a maioria das respostas dos sujeitos foram classificadas no nível de muita importância; c) para a variável eventos motivadores, percentagens equivalentes classificaram as respostas nos níveis de alta e média importância; e d) na variável barreiras percebidas a maioria das respostas dos sujeitos foram classificadas no nível de pouca importância. Considerando as limitações conclui-se que estes resultados são compatíveis com a previsão do modelo utilizado.

Com base nos resultados também discute-se qualitativamente os itens de cada subescala e apresentam-se as implicações e recomendações para o desenvolvimento de trabalhos futuros.

ABSTRACT

This is an exploratory descriptive study which aim was to identify the importance of Rosenstock's Health Belief Model (HBM) variables on the preventive health behavior of mothers who are beginning their children's basic vaccination. The HBM variables include: a) perceived susceptibility; b) perceived seriousness; c) cues to action; d) perceived benefits; and e) perceived barriers.

It was devised an instrument called Crenças das Mães em Relação a Vacinação (CMRV-Mothers Beliefs Regarding Vaccination); it was determined face and content validity by a group of 13 experts, and reliability through internal consistence of each subscale. The following alpha coefficients were obtained in the five subscales, respectively as follows: 0.65; 0.47; 0.40; 0.59; and 0.58. The item subscale correlation coefficients were in its majority above 0.30.

The nonprobabilistic sample was composed by 80 mothers who came for their childrens at a community Health Service in Florianópolis-SC Brasil. The analysis of data was based on mean scores of subjects in each variable allowing for classification of responses as highly important, fairly important, slightly important and irrelevant.

The following results were obtained: a) There

was no significant relationship found between educational level and monthly income with the variables in the Health Belief Model; b) the variables susceptibility, seriousness and perceived benefits were all rated as highly important; c) cues to action were equally divided between the levels of highly important and fairly important; d) the variable barriers was classified by the majority of subjects responses as slightly important.

Taking into consideration the limitations of this study it was concluded that the results were consistent with the prediction in the model utilized.

Based on the findings it was presented a qualitative discussion on the items of each subscale as well as a report of the implications and recommendations for further studies related to this theme.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

Nos últimos 50 anos, a vacinação teve sucesso excepcional em países desenvolvidos, no controle da difteria, coqueluche, tétano, poliomielite, sarampo e tuberculose, diminuindo os índices de mortalidade infantil. Nos países da América do Norte, Europa, Rússia e Oceania a taxa de mortalidade na faixa de 1 a 4 anos é 1 para cada mil crianças nascidas vivas (OPAS/OMS, 1979: 6).

Nos países em vias de desenvolvimento essa taxa ainda é muito elevada; a cobertura vacinal nestes países é baixa; nem sequer 10% dos 80 milhões de crianças que nascem anualmente tem acesso aos recursos da imunização.

Das seis doenças infecto-contagiosas mencionadas, as que causam maior mortalidade são o sarampo, a coqueluche e o tétano. As duas primeiras que ceifam a vida de crianças não imunizadas tem percentagens de casos mortais compreendidas entre 1 e 10% - o dado mais alto ocorre entre as crianças menores e mais mal nutridas - o tétano neo-natal afeta provavelmente menos de 2% das crianças nascidas, nos países em desenvolvimento, de mães sem imunização, porém mata de 70 a 90% das crianças atingidas pela doença. A morbidade e mortalidade causadas pela difteria são muito difíceis de determinar com precisão mas se estima que a doença causa anualmente mais de 100 mil mortes entre as crianças menores de 5 anos (OPAS/OMS, 1979: 3).

Para MAHLFR (1977: 3) esta situação de saúde está relacionada aos seguintes aspectos: 1) o público e os profissionais de saúde não se dão conta dos custos dessas doenças em termos de saúde e de vidas, nem de como tem sido eficaz a vacinação para diminuir este custo; 2) não existe um contato satisfatório entre os serviços de saúde e as mães para que as vacinas sejam aplicadas na idade correta; 3) os requisitos técnicos de um programa nacional de vacinação exigem técnicas de planejamento, administração e supervisão no campo da prática que podem não ter sido ainda adquiridos pelos serviços básicos de saúde. Por outro lado, CASTRO (1981: 712) argumenta que apesar de ter havido um avanço dos conhecimentos científicos na prevenção das moléstias infecto-contagiosas como raios X em massa, vacinações e outros e um crescimento rápido e desordenado das cidades, não houve, nos países em desenvolvimento avanço correspondente na infra-estrutura dos serviços básicos à população. A deficiência ou inexistência de suprimento de água, canalização de esgotos, coleta de lixo, acrescida das péssimas condições de higiene, habitação, alimentação e trabalho, propiciou o surgimento de epidemias com aumento das taxas de morbidade e mortalidade. Em todas as capitais brasileiras, o índice de mortalidade infantil atinge níveis assustadores, traduzindo as péssimas condições de vida da população em geral e das crianças em particular. Recife e Terezina atingiram em 1974 respectivamente os índices de mortalidade de 256 e 90 por 1.000 crianças nascidas vivas (CDQV, (1979: 17).

Além de toda esta infra-estrutura sócio-econômica de

terminando os níveis de saúde das populações ressaltasse algumas características dos programas de saúde: os programas de controle de doenças transmissíveis nos países da América Latina foram por muito tempo, dirigidos às enfermidades endêmicas que podiam causar morte ou incapacitar a força de trabalho economicamente produtiva. No Brasil, estes programas concentraram-se no combate às endemias e saneamento dos portos e núcleos urbanos mais importantes como São Paulo, Rio de Janeiro e Santos. Estes núcleos estavam ligados às atividades de comércio, financiamento, transporte e exportação cafeeira. Além disso, havia necessidade de se proporcionarem boas condições sanitárias locais para as relações comerciais com o exterior e para atrair imigrantes que constituiriam a mão de obra indispensável à formação do mercado de trabalho capitalista. A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) criado em convênio com o governo americano, durante a 2^a guerra mundial, teve grande atuação na prestação de assistência médica - sanitária no país, dando cobertura em áreas econômica e militarmente estratégicas, tais como as áreas de produção de borracha na Amazonia (OGUISSO, 1980: 147-154; MELO, 1981: 23-30)

Vários outros planos inicialmente propostos não tiveram sucesso, como afirma MELO (1981: 28), basicamente, por não levarem-se em conta outras características, dentre as quais a falta de estudo das variáveis de natureza econômica, desconhecendo as diferenças regionais, ignorando-se a diversidade dos problemas urbanos e rurais, omitindo-se a importância da desigualdade de distribuição social e demográfica da renda,

esquecendo-se a dependência do setor de saúde em relação a to dos os demais setores de atividades sociais e econômicas.

Moldado com as mesmas características dos outros programas de saúde, surgem as campanhas de imunização contra febre amarela, malária e varíola em 1904. Somente a partir de 1975, com a Lei 7.259, o Programa Nacional de Imunizações torna-se obrigatório, ligado ao recebimento do salário família (MINISTÉRIO DA SAÚDE : 1976: 245 - 252). Atualmente, também a aceitação do fato de que simultaneamente podem administrar-se antígenos de vacinas múltiplas, sem reduzir de maneira significativa a proteção, aliado à obrigatoriedade, tem permitido aumentar a cobertura através de esquemas simplificados. Mesmo assim observa-se que apesar da crescente melhoria na percentagem de crianças que receberam a vacina tríplice (DPT) este total representa apenas 50% da população infantil estimada para 1979. Para a vacina Sabin o índice atingido em relação à mesma população foi de 48,6% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1980 : 79).

Estes índices nos levam a crer que devem existir vários fatores ligados a esta situação. Por que apesar de existirem vacinas grátis, programas estruturados e campanhas de vacinação os índices de doenças infecto-contagiosas preveniveis através da imunoprofilaxia continuam altos?

Para ROSENSTOCK (1974 : 324) todo programa de saúde que precisa obter a cooperação do cliente, independente do mesmo estar assintomático, com alguns sintomas ou mesmo doente, leva a algumas perguntas de como o povo se comporta, o porquê deste comportamento e como ele pode ser modificado.

O comportamento preventivo em saúde é evidenciado através da prática de atividades que o indivíduo acredita serem benéficas para se manter sadio. Essas atividades poderão prevenir a doença ou detectá-la em um estágio assintomático. O comportamento em saúde, como todo comportamento humano, é imensamente complexo. Um simples ato de escovar os dentes ou tomar um analgésico para dor de cabeça é o resultado de influências passadas e presentes provenientes de várias fontes. HOCHBAUM (1974: 55) afirma que o comportamento em saúde é motivado primariamente por um desejo de proteger-se contra as ameaças à sua saúde e segurança. Importa pouco se uma ameaça é real ou imaginária porque o homem age não de acordo com que as coisas são mas de acordo como ele percebe as coisas. Para se tomar uma decisão particular em saúde vai depender se a pessoa percebe ou não uma doença como ameaça.

Apesar da percepção desta ameaça, na prática ao analisarmos o processo de tomada de decisões em saúde, constatamos que existe uma inconsistência entre os conhecimentos (o que se sabe), as atitudes (o que se sente), e a prática ou comportamento preventivo (o que se faz). Para CANDEIAS & MARCONDES (1976:64) é comum encontrarmos indivíduos que tiveram acesso a conhecimentos científicos, consideram-nos relevantes para a manutenção da saúde mas adotam um comportamento inconsistente.

O reforço, a aquisição ou mudança do comportamento que leve o indivíduo a um nível melhor de saúde é objetivo da educação em saúde. Nos setores de vacinação é o pessoal da enfermagem responsável pelas orientações prestadas referen-

tes à vacinação. Essas informações, como a maioria de todas as outras áreas da Saúde Pública não são fundamentadas em modelos comportamentais. ROSENSTOCK (1974:470) afirma que a prática da educação em saúde se baseia em fragmentos de modelos, contidos nas frases: "Comecem onde o povo estiver", "participação da comunidade", "respeito às crenças e valores da comunidade" que revelam idéias teóricas, que se fossem desenvolvidas, talvez pudessem fornecer ao educador uma base científica para o seu trabalho. O autor coloca também que qualquer teoria é melhor que nenhuma porque as proposições podem ser testadas, mesmo sendo falsas.

Na nossa prática profissional seguidamente surge uma questão: Por que nem todas as mães vacinam os filhos? É possível que existam fatores ligados ao comportamento que funcionem como barreiras para a ação quando fatores situacionais, como acesso aos serviços de saúde, custo e outros, não existem.

Parece-nos pois fundamental que estudos na área do comportamento em saúde sejam realizados para que possam surgir propostas científicas de modelos comportamentais adaptados à nossa realidade e que estes modelos quando aplicados forneçam uma base teórica para os programas de educação em saúde.

Procurando uma possível resposta para nossa questão, iniciamos por tentar entender o comportamento das mães que vacinam. Quais as crenças que estas mães possuem sobre vacinação que interferem de forma positiva para que as vacinas sejam aplicadas? Optamos por aplicação de um modelo comportamental, porque entendemos que para uma teoria comportamental ser de valor para a Saúde Pública ela deve ser testada em situação real

onde sofre intervenção de fatores situacionais. A maior contribuição da prática é a operacionalização dos conceitos. Outro motivo que interferiu na nossa opção foi o fato de não ter sido encontrado na revisão bibliográfica, trabalhos feitos no Brasil que utilizaram modelos comportamentais para fundamentar a prática de saúde.

Este trabalho está baseado na teoria do *Comportamento Preventivo* de Irwin Rosenstock. O autor propõe o *Modelo de Crenças em Saúde* (MCS) para operacionalizar a teoria.

O Modelo (MCS) em termos de dimensão inclui duas classes de variáveis: 1) o estado psicológico de alerta para agir (susceptibilidade e gravidade percebidas) e 2) o grau com que uma ação é acreditada como benéfica para reduzir a ameaça à saúde (benefícios menos barreiras e eventos motivadores).

Entendemos que os resultados deste estudo não poderão ser generalizados para as mães que não vacinam mas é possível que eles ofereçam algum subsídio para um melhor entendimento do comportamento dessas mães.

O B J E T I V O

Identificar a importância das variáveis do *Modelo de Crenças em Saúde* no comportamento preventivo das mães que iniciam a vacinação básica dos filhos.

DEFINIÇÃO DE TERMOS

IMPORTÂNCIA

Definição teórica: refere-se à posição que cada variável do *Modelo de Crenças em Saúde* ocupa em relação ao comportamento preventivo das mães que iniciam a vacinação básica.

Definição operacional: escore médio obtido pelos sujeitos em cada sub-escala de acordo com a pontuação atribuída pela pesquisadora descrita no item 3.6.2.

VARIÁVEIS DO MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE (MCS)

Definição teórica: conjunto de atributos do *Modelo de Crenças em Saúde*, desenvolvido por I. Rosenstock para explicar o *comportamento preventivo em saúde*. Tais atributos são definidas a seguir:

1) Susceptibilidade percebida

Definição teórica: risco subjetivo que o indivíduo acredita ter, para contrair uma determinada condição.

Definição operacional: respostas às questões 1, 2 e 3 do Questionário de Crenças das Mães em Relação à Vacinação (CMRV), quantificadas de acordo com a distribuição descrita no item 3.6.2.

2) Gravidade percebida

Definição teórica: Grau de comprometimento físico e

emocional que o indivíduo acredita que uma determinada condição de doença lhe causará.

Definição operacional: respostas à questão 4 do Questionário Crenças das mães em relação a Vacinação (CMRV) quantificadas de acordo com a distribuição descrita no item 3.6.2.

3) Benefícios percebidos

Definição teórica: conjunto de atividades consideradas benéficas pelo indivíduo para reduzir a susceptibilidade e gravidade a uma determinada condição que afete a saúde.

Definição operacional: respostas às questões de 11 a 14 do CMRV, quantificadas de acordo com a distribuição descrita no item 3.6.2.

4) Barreiras percebidas

Definição teórica: impedimentos situacionais e psicológicos que dificultam ou impedem a ação preventiva.

Definição operacional: respostas às questões de 21a a 29 do CMRV, quantificadas de acordo com a distribuição descrita no item 3.6.2.

5) Eventos motivadores

Definição teórica: fatores que direcionam a ação preventiva: Podem ser externos (interação interpessoal, comunicação de massa) e internos (percepção do estado corporal).

Definição operacional: respostas às questões de 15 a 20 do CMRV, quantificadas de acordo com a distribuição descrita no item 3.6.2.

COMPORTAMENTO PREVENTIVO DAS MÃES

Refere-se a procura do Serviço de Imunização pelas mães para iniciar a vacinação dos filhos.

VACINAÇÃO BÁSICA

Refere-se ao esquema de aplicação das vacinas constantes do esquema básico de vacinação e iniciada aos 2 meses, com as vacinas Tríplice e Sabin, de acordo com a portaria nº 452 de 06/12/75, do Ministério da Saúde.

S U P O R T E T E Ó R I C O

A teoria do *Comportamento em Saúde* foi desenvolvida na década de 1950. O propósito desta teoria foi criar um suporte para tentar explicar o comportamento relacionado à saúde e unificar as descobertas relatadas, sobre outras investigações na área.

O *Modelo de Crenças em Saúde* (MCS) de Irvin Rosentock descreve algumas variáveis que contribuíram significativamente para o entendimento do comportamento na área da saúde. Este modelo inclui duas classes de variáveis: 1) o estado psicológico de alerta para agir; 2) o grau com que uma determinada ação é acreditada como benéfica para reduzir a ameaça à saúde. As variáveis que compõem o Modelo são as seguintes:

1) *Susceptibilidade percebida* - predisposição interior ou risco objetivo de contrair uma determinada condição. Existem vários níveis de susceptibilidade para cada indivíduo relacionado às doenças. Existem pessoas que não aceitam qualquer possibilidade de contrair uma doença, os que se veem constantemente ameaçados e os que acreditam que a sua susceptibilidade pessoal é variável.

2) *Gravidade percebida* - a gravidade pode ser julgada pelo grau de comprometimento emocional criado pela força da doença, como também pelos tipos de dificuldades que o indivíduo acredita que uma determinada condição de doença lhe causará. Um indivíduo pode perceber o problema em termos de consequências médicas ou clínicas como redução das suas funções físicas ou mentais por um longo período de tempo ou incapacidade permanente. A gravidade percebida, para outros, pode incluir outras implicações tais como: os efeitos da doença no seu trabalho, vida familiar e relações sociais.

3) *Benefícios e barreiras percebidas para ação* - A aceitação de susceptibilidade e gravidade à uma doença produz uma força levando à ação mas não define o curso particular da ação a ser tomada. Uma alternativa será considerada benéfica se conduzir a uma redução de susceptibilidade e gravidade de uma determinada doença. Por outro lado, um indivíduo pode crer que uma determinada ação é efetiva para reduzir a ameaça da doença mas ao mesmo tempo pode percebê-la como inconveniente,

cara, desagradável, dolorosa. Esses aspectos negativos servem como barreiras e criam motivos para que estas ações sejam evitadas. Se o estado de alerta para a ação é alto e os aspectos negativos são percebidos como baixos a ação é tomada. Se ao contrário, o estado de alerta é baixo e os aspectos negativos são percebidos como fortes, estes funcionam como barreiras e evitam que a ação seja tomada.

4) - **Eventos motivadores** - Os níveis de susceptibilidade, gravidade, barreiras e benefícios percebidos geram energia e força para a ação. Entretanto, estas combinações podem não resultar em ação a não ser que ocorra algum evento estimulador que ponha em movimento o processo. Na área da saúde tais eventos ou caminhos podem ser internos (percepção do estado corporal) e externos (impacto dos meios de comunicação, recebimento de alguma notícia de doença e/ou orientação de profissionais da saúde).

A intensidade requerida por estes eventos para acionar um comportamento preventivo varia de acordo com os níveis de alerta. Um estado de alerta baixo, devido à baixa aceitação de susceptibilidade e gravidade necessita de estímulo mais intenso. Ao contrário, se existe alta prontidão ou alerta para a ação o estímulo necessário para acionar um comportamento preventivo é baixo.

A figura 1 sumariza o **Modelo de Crenças em Saúde (MCS)**.

FIGURA 1

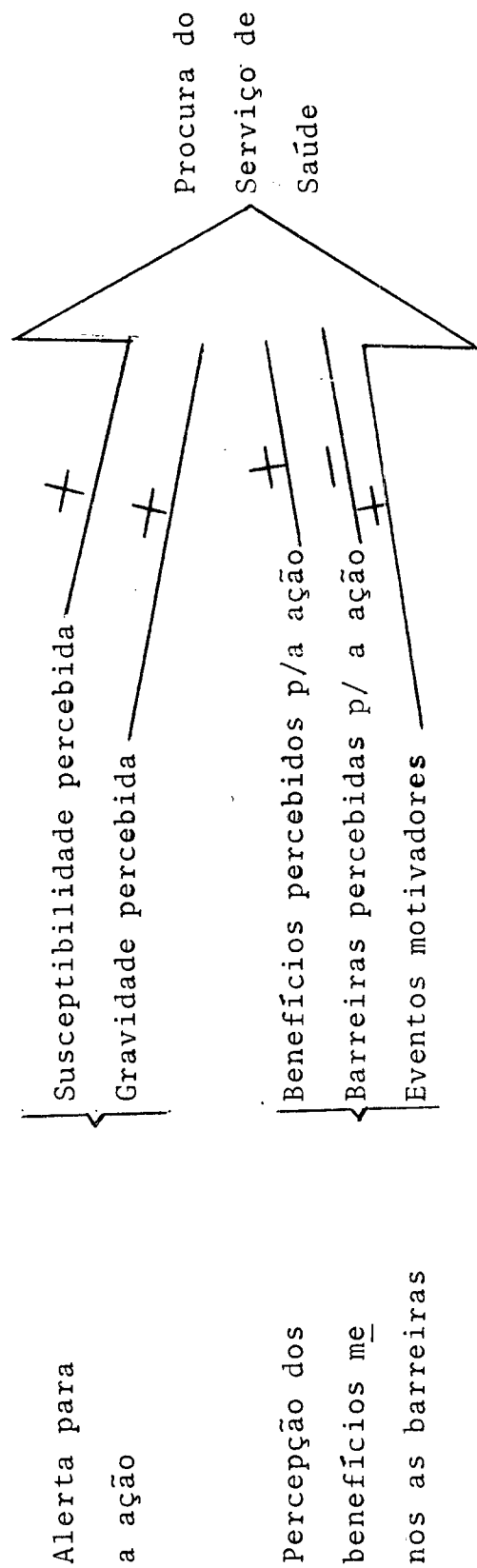


FIGURA - 1 Representação esquemática ds variáveis do Modelo de Crenças em Saúde de Rosenstock (traduzido e transcrito sem autorização da autora).

In: BARRET, M.B. The health behavior of persons utilizing diagnostic cancer screening. Chicago 1979:20.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DA
LITERATURA

Neste capítulo, serão apresentados e discutidos: alguns aspectos teóricos sobre o *Comportamento Preventivo em Saúde* (CPS), os estudos que utilizaram o *Modelo de Crenças em Saúde*. (MCS) e outros estudos sobre o *Comportamento em Saúde*.

2.1 - Aspectos teórico sobre o *Comportamento Preventivo em Saúde*. (CPS).

MARCONDES & SOSSAI (1977) identificam dois tipos de fatores que condicionam os níveis de saúde. O primeiro, abrange o nível sócio-econômico, as condições de habitação, influências ecológicas, a hereditariedade. O segundo grupo refere-se ao comportamento do indivíduo. Citam ainda que quando os serviços de saúde atuam apenas no sentido de modificar as condições do meio, a melhoria dos níveis de saúde não ocorre tão rápida e eficientemente como quando levados em conta os fatores comportamentais.

Os comportamentos, assim como as atitudes e intenções segundo FISHBEIN & AJZEN (1975: 578) são determinados pelo conjunto de crenças formadas sobre um determinado objeto a partir da observação direta ou informações recebidas por recursos externos ou por várias formas de processo de inferência. A Figura 2 traduzida do livro *Beliefs, Attitudes, Intentions and Behavior* ilustra este conceito.

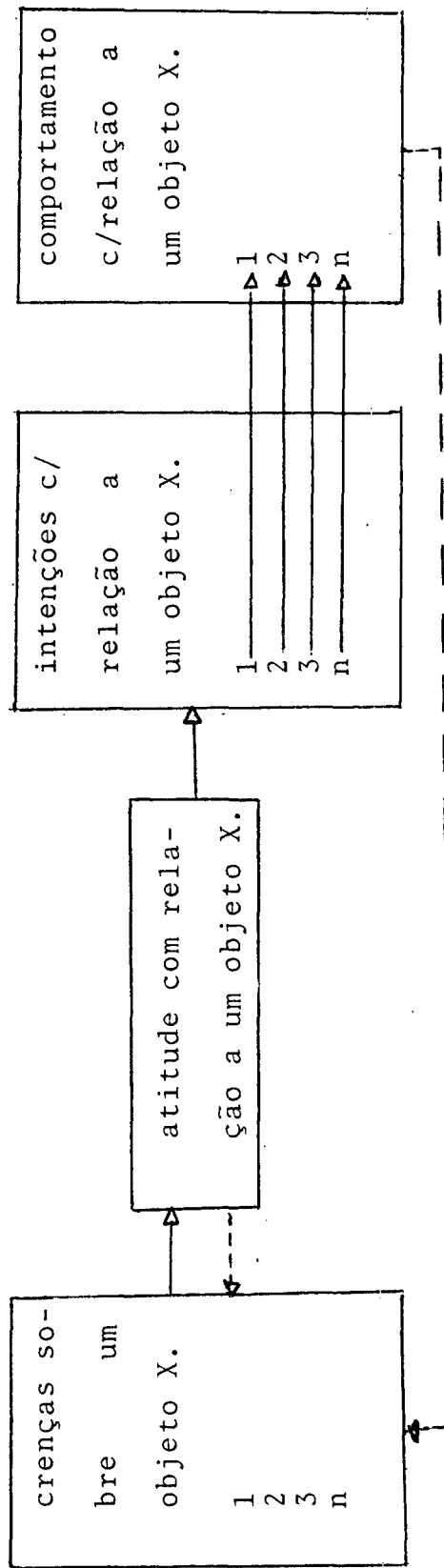


FIGURA 2 - Representação esquemática do quadro de referência conceitual relativa a crenças, atitudes intenções e comportamento. (traduzido e transcrito sem autorização da editora).

In: FISHBEIN.M. & AZJEN, I. Belief, attitude, intention and behavior, Massachusetts, Addison-Wesley Publishing 1975, p.15.

O *Comportamento Preventivo em Saúde* (CPS) para KALS, COBB & MICH (1966:246) é evidenciado através da prática de atividades que o indivíduo acredita serem benéficas para se manter sadio. Essas atividades visam evitar a doença ou detectá-la em um estágio assintomático. HOCBAUM (1974:55) argumenta que o *comportamento em saúde* é motivado principalmente por um desejo de proteger-se contra as ameaças a sua saúde e segurança. Existem inúmeros fatores que diariamente ameaçam a vida do homem mas a percepção da ameaça geralmente é latente, ela está abaixo do limiar da consciência. Sob o impacto de eventos especiais como morte, doença, epidemia, a ameaça é repentinamente trazida até o nível consciente e a ação preventiva poderá ser tomada.

A teoria do *Comportamento Preventivo em Saúde* (CPS) surgiu na década de 1950 e o desenvolvimento do MCS, cresceu concomitantemente. ROSENSTOCK (1974): relata que nesta época apesar da Saúde Pública já estar orientada para a prevenção de doenças era evidente a resistência do povo para as medidas preventivas de detecção precoce de doenças, apesar destas serem quase sem despesas ou a custo muito baixo. A teoria de Kurt Lewin serviu como suporte para o desenvolvimento do MCS. Para o autor o meio psicológico do indivíduo é composto de regiões, algumas com valencia positiva outras com valencia negativa e áreas com valencia neutra. As doenças são representadas como região de valencia negativa, portanto deveria ser esperada uma força movendo o indivíduo para longe desta região, a menos que agindo desta forma a pessoa entrasse em uma região de valencia negativa ainda maior.

Visando a operacionalização dos conceitos do MCS, vários trabalhos na área de saúde foram desenvolvidos e serão relatados a seguir.

2.2 - ESTUDOS QUE UTILIZARAM O MCS

KIRSCHT et alii (1966) desenvolveram em 1963 um estudo exploratório sobre crenças em saúde abrangendo quatro problemas de saúde: cancer, tuberculose, cárie dentária e doença gengival. Os dados foram colhidos através de entrevistas a 1493 adultos, com mais de 24 anos, residentes em áreas urbana, suburbana e rural dos Estados Unidos da América do Norte.

O instrumento de coleta de dados, desenvolvido pelos autores compunha-se de duas partes: a 1ª uma escala tipo Likert graduada em cinco categorias de respostas, para identificar o interesse ou preocupação com os problemas pesquisados. Na segunda parte os respondentes eram perguntados se concordavam ou discordavam com uma série de emoções expressas nos itens do instrumento.

Com respeito à comparação de crenças entre gravidade e probabilidade de contrair doenças as questões foram distribuídas de duas formas: metade dos entrevistados respondiam sobre si mesmo enquanto metade respondia por alguém (homem ou mulher) de sua idade.

Foram encontrados os seguintes resultados:

- a) Quanto à susceptibilidade e gravidade percebida

das em relação aos quatro problemas de saúde, o cancer foi visto como a doença mais séria e provável de ocorrer; a tuberculose embora considerada como séria não é vista como provável de acontecer enquanto que a cárie dentária e a doença gengival também são percebidas como condições sérias mas pouco prováveis de ocorrerem. Com respeito à comparação entre gravidade e probabilidade de contrair essas doenças, os resultados de auto percepção revelaram que para todas as doenças, a maioria das pessoas referiram que os outros são mais prováveis de contrair do que eles mesmos. No entanto, a maior diferença ocorreu entre o câncer e a doença gengival.

b) Quanto às emoções sobre as doenças pesquisadas, 31% dos respondentes selecionaram para o cancer as categorias mais extremas de inquietude, comparada com a doenças dentárias com 25%. A tuberculose também foi identificada nestas categorias por 11% dos respondentes.

c) Quanto às crenças referentes aos benefícios da detecção precoce ou seja, as medidas que pudessem ser tomadas para prevenir essas doenças, apenas 5% acreditavam que nada pode prevenir a doença dental, sendo que a escovação e a visita ao dentista foram citadas como medidas preventivas por alguns respondentes. Com respeito às medidas para prevenir a tuberculose, 15% dos respondentes referiram evitar o contágio, respirar ar puro e adotar uma dieta balanceada. Foram também incluídos os exames médicos periódicos. Com relação ao cancer, 44% dos sujeitos relataram que nada poderia

ser feito para preveni-lo. Dentre os que citaram medidas preventivas 21% indicaram evitar o uso de fumo e 50% indicaram testes de diagnóstico precoce e exames médicos periódicos.

Outro estudo foi realizado por JENKINS (1966) com o objetivo de verificar as crenças sobre tuberculose, poliomelite, cancer e doença mental.

A amostra foi composta de 436 pessoas com idade entre 20 e 39 anos num município do Estado da Flórida. Esta amostra foi distribuída da seguinte forma: 202 homens e 234 mulheres sendo que 12% eram negros, 12% branco de língua espanhola e 76% brancos de língua inglesa.

O instrumento utilizado foi a escala *Semantic Differential for Health* adaptada por Patrick & Johnson da escala *Semantic Differential* de Osgood Suci e Tannenbaum.

A análise das respostas sugeriu que as doenças são percebidas de maneira sistematicamente diferente e que o instrumento utilizado era sensível a estas diferenças.

Foram encontrados os seguintes resultados:

a) quanto ao número de pessoas que cada doença pode atacar, dos 436 respondentes, 49% acreditavam que o cancer tem o maior índice de ataque; 35% tuberculose, 29% doença mental e 28% poliomelite. Essas respostas foram correlacionadas com "qual a chance que você tem de pegar essas doenças"? A maioria dos sujeitos, 33% acreditava que tinha grande chance de contrair cancer. A probabilidade de contrair poliomelite e tuberculose obteve igual percentagem, 16%. Ape

nas 12% dos sujeitos acreditavam que tinham chance de contrair doença mental;

b) Quanto ao tipo de pessoa que cada doença pode atacar, a poliomelite foi indicada como doenças de crianças e pré-adolescentes; a tuberculose foi vista como atacando principalmente adultos jovens; a doença mental foi vista como doença de adulto enquanto que o cancer foi percebido como atacando principalmente adultos com idade mais avançada. A maioria dos sujeitos acreditavam que qualquer das quatro doenças atingem sem levar em conta se as vítimas são boas ou ruins.

c) Para verificar a *gravidade da doença* foram investigadas: a quantidade de dor, grau de recuperação possível e chance de morte. Todas as quatro doenças foram percebidas como sendo significativamente diferentes umas das outras em termos de quantidade de dor que elas causam. O cancer foi visto como a mais dolorosa de todas essas doenças por mais de 50% dos sujeitos seguido da poliomelite 37%; tuberculose 7%; e 3% a doença mental. A recuperação total foi mais frequentemente associada com tuberculose e doença mental. A doença indicada como aquela que geralmente causa óbito foi o cancer, seguido da poliomelite e tuberculose.

d) Quanto a possibilidade do homem compreender e prevenir essas doenças a poliomelite foi considerada como a mais fácil de prevenir seguida da tuberculose. A doença mental

foi vista como mais difícil do que a tuberculose e o cancer foi indicado por 2/3 dos sujeitos.

Também em relação a exames preventivos de cancer BARRET (1979) realizou um estudo descritivo para investigar a predominância das variáveis do *Modelo de crenças em Saúde* (MCS) na população que utilizava as clínicas de diagnóstico precoce de cancer. A hipótese estatística postulava que não haveria predominância das variáveis do MCS na população alvo.

A amostra era constituída de 186 pessoas sendo 98 do sexo masculino e 88 do sexo feminino. Para a coleta de dados foi utilizada uma escala tipo Likert elaborada pela autora a partir das variáveis do MCS e da revisão de literatura. Foram atribuídos escores para as opções de respostas sendo o valor quatro para as respostas altamente positivas em relação à variável e o valor um para as respostas de baixa influência em relação à variável. A validade e a confiabilidade do instrumento não foram relatados no estudo.

A predominância das variáveis foi determinada através da média dos escores obtidos pelos sujeitos em cada variável. Foram encontrados os seguintes resultados: a) com relação a variável *susceptibilidade percebida* os indivíduos obtiveram uma média de 3,12 indicando que os sujeitos se sentiam com alta susceptibilidade em relação ao cancer; b) Para a variável *gravidade percebida* foi obtido uma média de 3,37 confirmando resultados de outros estudos que identificaram o cancer como sendo uma doença grave; c) quanto a

variável *benefícios percebidos X barreiras* para a ação de prevenir a doença foi obtida uma média de 3.0; d) *os eventos motivadores* obtiveram uma média de 2,47. A hipótese formulada foi rejeitada uma vez que os resultados evidenciaram a influência das variáveis no comportamento das pessoas que utilizaram as clínicas de diagnósticos precoce de câncer.

Outro estudo foi realizado por KEGELES (1963) utilizando o MCS para verificar os motivos que levavam os empregados da Endicott Johnson Corporation a procurar assistência dentária preventiva.

Foram utilizadas duas amostras: a primeira consistia de todos os empregados com cargo de gerencia ou supervisão (N=50) e a segunda consistia de empregados sem cargos de supervisão ou gerencia (N= 380). Foi utilizada a técnica de entrevista e cada entrevistado tinha entre 45 e 90 minutos para responder livremente. O material coletado foi codificado e colocado em cartões para análise computadorizada. Foram encontrados os seguintes resultados: Todos os sujeitos da amostra já tinham visitado o dentista em algum período de sua vida: sessenta por cento visitou o dentista no ano anterior ao estudo; 24% fizeram pelo menos duas visitas durante o período de um ano e 5% indicou que a última visita tinham sido há três anos. Os 43% sujeitos entrevistados foram classificados em termos de procura orientada para a prevenção ou para o alívio de sintomas. Do total de sujeitos, 81 não se enquadravam em nenhuma classificação, sendo excluídos do estudo.

Em relação aos entrevistados que faziam visita odontológica preventiva foram encontrados os seguintes resultados:

Quase 2/3 das pessoas acreditavam ser altamente susceptíveis a problemas dentários, mais de 2/3 percebiam os problemas dentários como graves e quase 2/3 acreditavam nos benefícios trazidos pelas visitas.

Dentre as barreiras identificadas sobressairam o medo da dor, ansiedade a respeito do tratamento e sentimentos negativos em relação ao profissional. Foi também investigado se o status sócio-econômico estaria relacionado com a procura da assistência dentária quando o custo do tratamento era eliminado. Foram considerados como variáveis sócio-econômicas o nível de escolaridade, a renda mensal e o cargo (supervisor ou não). Dois terços dos sujeitos que possuíam curso ginasial completo fizeram visitas preventivas comparados com aproximadamente metade daqueles com nível educacional abaixo do ginasial; 2/3 daqueles com altos salários também fizeram prevenção comparados com metade com baixos salários, enquanto que 90% do grupo de supervisores fizeram visitas comparadas com metade dos que não tinham cargo supervisores. Também utilizando o MCS, STILMAN (1977) fez um estudo com 122 mulheres para investigar as crenças sobre cancer de mamas e a prática de autoexame. Do modelo de crenças em Saúde (MCS) foram estudadas apenas as variáveis *susceptibilidade*, *gravidade* e *benefícios percebidos*. O instrumento, desenvolvido pela autora a partir da revisão de literatura continha cinco partes: a primeira, envolvendo conhecimentos sobre cancer de mama; a segunda, uma escala tipo Likert visando identificar o susceptibilidade percebida para o câncer de mama e as barreiras percebidas para o auto exame de mamas (AEM). A 2ª, 3ª e 4ª partes mediam e qualificavam o comportamento referente ao AEM para os praticantes e

a 5ª parte identificava as características sócio demográficas. Foi determinada a validade aparente e de conteúdo, através de juízes. A confiabilidade não é relatada no estudo.

A autora encontra os seguintes resultados: a) em relação ao conhecimento 97% dos sujeitos selecionados acreditavam que os nódulos mamários não são malignos; 92% acreditavam que a idade em que as mulheres tinham mais chance de desenvolverem câncer de mama situava-se entre 30 e 40 anos; setenta e oito por cento dos respondentes sabiam sobre a relação da ocorrência em mulheres cujos parentes tiveram câncer de mama. Vinte e três por cento tinham conhecimento de que as mulheres casadas que não possuem filhos e as mulheres em condições de pós menopausa tem mais probabilidade de adquirir ~~cancer~~ câncer mamário; b) em relação as crenças, 87% obtiveram altos escores em *susceptibilidade percebida* e 97% também obtiveram altos escores em *benefícios percebidos*; c) Quanto à prática ao AEM obteve um escore médio de 2,54 significando de baixo a moderado nível de prática ; d) Quanto à relação entre as variáveis foi observado que 24% dos sujeitos classificados com alto escore em *susceptibilidade* e 27% com alto escore em *gravidade* não praticavam o AEM.

HALLAL (1982) também realizou estudo relacionado à prática do auto exame de mamas (AEM). O autor relaciona as variáveis do MCS com os construtos locus de controle e auto-conceito.

O construto LOCUS de controle refere-se à percepção das pessoas a respeito da fonte de controle, se própria do sujeito (interna) ou se pertencente a algum elemento fora de

si próprio (externo). De acordo com este construto as pessoas tenderiam a perceber num extremo o controle sobre as ocorrências de maneira geral dependentes das suas próprias capacidades ou esforços e no outro extremo, como dependentes de outras pessoas, de entidades, do acaso, todas fora do seu próprio controle.

O construto auto-conceito indica que aquilo que o individuo pensa e como ele se comporta são largamente determinados pelas percepções de si mesmo. Uma pessoa com auto conceito elevado poderia ser mais facilmente conscientizada. A preocupação com a saúde poderia incluir atitudes positivas a respeito de bons hábitos de saúde, incluindo os comportamentos de detecção precoce, como o auto exame de mamas (AEM). Uma pessoa com auto conceito elevado provavelmente irá encarar o toque do corpo para o AEM como algo não embaraçoso.

Este estudo propôs as seguintes hipóteses: H_1 - Os escores das crenças em saúde de mulheres adultas que praticam o AEM devem ser mais altos do que os escores das que não praticam; H_2 - Os escores de locus de controle em saúde em mulheres adultas que praticam o AEM refletirão um maior grau de internalidade do que os escores das que não praticam; H_3 Os escores de auto conceito de mulheres que praticam o AEM devem ser maiores, isto é, devem refletir planos mais elevados do que os escores das que não praticam.

A amostra foi constituída de 207 mulheres com mais de 18 anos, provindas de diversas classes sociais de uma importante cidade do Leste dos Estados Unidos.

Quatro questionários foram utilizados para a cole-

ta de dados: 1) *Health Belief Model Questionnaire* (HBMQ) desenvolvido por Stillman em 1977, composto de duas partes: a primeira, com quatro questões mediam o conhecimento sobre o cancer de mama; a segunda, uma escala tipo Likert media as variáveis susceptibilidade e benefícios percebidos. A validade aparente foi determinada por juizes. A confiabilidade não foi determinada. 2) *Multidimensional Health Locus of Control Scale* desenvolvido por Wallston, Wallston e De Vellis (1978), possuindo três subescala. Cada subescala era uma escala tipo Likert que era respondida num contínuo que variava da concordancia completa à discordância. Foi determinada a validade preditiva e a confiabilidade através do teste-reteste obtendo -se 0,68, 0,74 e 0,68 para a três sub-escalas respectivamente. 3) *Tennessee Self Concept Scale* (TSCS) desenvolvido por Fitts em 1965 com 100 itens auto-descritivos. Foi determinada validade de conteúdo por 7 juizes e confiabilidade através do teste-reteste obtendo-se de 0.80 a 0.92. 4) Questionário sobre Informações Gerais, modificado do instrumento de Stillman (1977), para identificação sócio-demográfica.

Foram obtidos os seguintes resultados: Na amostra total de 207 mulheres, 80% indicaram que praticavam o AEM e 20% nunca o praticavam. A amostra foi dividida em dois grupos: praticantes e não praticantes. Os dados foram analisados estatisticamente utilizando-se os cálculos de média, desvio padrão, regressão múltipla e correlação momento-produto de Pearson.

A hipótese 1 foi sustentada com base na correlação positiva, significativa a nível de 1% entre as crenças em saú

de e a prática do AEM. A hipótese 2 foi rejeitada pois não houve correlação entre a prática de AEM e os escores indicativos de internalidade. A hipótese 3 foi sustentada com base na correlação positiva, significativa a nível de 1% em contrada entre os altos escores de auto conceito e a prática de AEM.

A partir de cálculos de correlação momento produto de Pearson foram identificadas várias correlações, entre as sub-escalas de cada instrumento. Os escores das sub-escalas do Instrumento de crenças em Saúde (ICS) correlacionaram-se positivamente com todas as sub-escalas de auto conceito, significando que sentimentos positivos sobre si mesmo possivelmente influíram para o reforço do comportamento preventivo.

WATTS (1982) desenvolveu um estudo com o objetivo de determinar se a disfunção sexual ocasionada pelo uso das drogas era percebida como barreira para a participação no Programa de Hipertensos. As áreas investigadas foram: a) o funcionamento sexual de clientes hipertensos tratados com medicação, comparadas a pacientes não hipertensos; b) as crenças em saúde dos hipertensos; c) a associação entre nível de função sexual e o tipo de droga utilizada; d) a relação entre o nível de funções sexual e a aceitação aos regimes terapêuticos. Foram propostas as hipóteses: H_1 -Clientes hipertensos relatam níveis mais baixos de funcionamento sexual do que os não hipertensos; H_2 -Clientes hipertensos relatam níveis mais baixos de funcionamento sexual nos componentes do ato sexual do que os não hipertensos; H_3 -As crenças

em saúde dos homens hipertensos identificam mais problemas sexuais relacionado às drogas do que as mulheres; H₄ - O uso de drogas mais complexas prescritas para hipertensos podem estar associadas com baixos níveis de funcionamento sexual; H₅ - Os relatos de níveis baixos de funcionamento sexual estão associados com baixa aceitação dos regimes terapêuticos.

A amostra consistiu de 84 clientes em uso de tratamento antihipertensivo e um grupo controle com 84 pacientes não hipertensos com idade entre 20 e 65 anos. Os dados foram coletados através dos instrumentos: a) *The Sexual Functioning Questionnaire* (SFQ) com validade de conteúdo e confiabilidade determinados. O coeficiente de confiabilidade obtido através do Teste-reteste com intervalo de 72 hs foi 0.83 e o coeficiente alfa, pelo método de consistência interna foi 0.55 para o teste e 0.65 para o reteste.; 2) *Personal Health Beliefs Survey* (PHBS) com confiabilidade determinada para cada item entre 0.41 e 0.45; 3) *The Four Item Compliance* desenvolvido por Chwalow, com coeficiente de confiabilidade de 0.92 determinado pelo método de consistência interna.

A análise estatística foi efetuada através dos cálculos de média, análise de variância, qui-quadrado e coeficiente de contingência e foram obtidos os seguintes resultados: 1) A hipótese 1 foi confirmada. A média total obtida nos escores de funcionamento sexual para hipertensos e grupo controle foi 60.17 e 64.95 respectivamente; 2) A hipótese 2 foi confirmada para desejo, orgasmo e não confirmada para excitação; 3) A hipótese 3 foi confirmada. Quarenta e três por cento dos homens hipertensos comparados com 17% de mulheres relatam o

aparecimento de problemas sexuais em suas vidas. Quanto às crenças não existe significancia entre homens e mulheres. O estudo indicou que a hipertensão é *percebida como grave* (60%); a dor de cabeça nem sempre avisa impedindo uma crise (62%) e pressão alta prejudica o coração (98%). O total do grupo (100%) reconheceu a contra indicação do sal na dieta e necessidade do tratamento (96%). Quanto às *barreiras*, mais homens (30%) do que as mulheres (14%) relatam que os medicamentos hipertensivos causam problema de saúde; 4) A hipótese 4 foi confirmada; 71% dos sujeitos em uso de drogas complexas relatam baixos níveis de funcionamento sexual comparados com 65% dos sujeitos com drogas moderadas e 50% com drogas simples que relatam alto grau de funcionamento sexual; 5) A hipótese 5 não foi confirmada. Tanto os sujeitos com alto funcionamento sexual (69%) quanto os sujeitos com baixo funcionamento sexual (65%), relatam aceitação aos regimes terapêuticos.

Em resumo verifica-se que diversos autores citados neste trabalho e que fizeram estudo com o MCS ressaltam a utilidade deste modelo para explicar o *comportamento preventivo em saúde*.

Finalmente salientamos a necessidade de discussão aprofundada e da aplicação deste e de outros modelos comportamentais para que a educação em saúde, como proposta de mudança seja melhor fundamentada cientificamente.

2.3 - OUTROS TRABALHOS SOBRE COMPORTAMENTO EM SAÚDE

COSTA & ALMEIDA(1980) realizaram um estudo exploratório nas Unidades de Saúde Governamentais para verificar a correção das informações prestadas nos setores de vacinação quanto ao número de doses necessárias, reações naturais, cuidados com a criança e retorno.

O instrumento de coleta de dados foi um formulário, desenvolvido pelos autores e preenchido através de observação direta. Dos nove vacinadores observados nas quatro instituições, dois eram auxiliares de enfermagem e os demais atendentes. Foi verificada uma alta percentagem em relação à ausência das orientações que deveriam ser dadas: 87,87% quanto a proteção conferida pelas vacinas; 44,24% no que se refere ao número de doses necessárias; 79,79% quanto as reações naturais de vacina e 67,41% sobre os cuidados à criança. Também foi verificado que as instruções dadas nem sempre eram corretas: Nas 495 vacinas observadas correspondiam a orientações corretas: 10,99% quanto à proteção conferida; 49,29% para o número de doses necessárias; 10% para as reações naturais das vacinas e 11,91% para os cuidados à criança.

Quanto às orientações em relação ao retorno das crianças, 88,89% das mães foram instruídas para voltar; no entanto as percentagens de orientações incorretas em relação ao prazo da volta, anotações por escrito, importância da conservação da carteira de vacinação, foram relevantes como as de

mais orientações.

Também em relação ao componente cognitivo como fator de mudança de comportamento em saúde, FERREIRA(1981) realizou um estudo exploratório entre academicos e professores do curso de graduação em odontologia para identificar o comportamento preventivo nesta população em relação aos seguintes aspectos: utilização do fluor, técnica de higiene bucal, utilização de alimentos quanto à cariogenicidade e visita para assistência odontológica preventiva.

O instrumento para coleta de dados foi um formulário com duas partes: uma destinada à caracterização geral da população e a segunda, para identificar o uso das medidas preventivas.

Foram encontrados os seguintes resultados: 80,0% dos professores e 91,0% dos alunos não usavam o fluor como profilaxia de cárie dentária apesar desta substancia já ter sido demonstrada como eficaz e apesar dessas pessoas terem o conhecimento técnico suficiente para adotarem este comportamento. Com respeito à escovação foi verificado que 97,0 % dos academicos escovam os dentes três ou mais vezes ao dia e 82,0% dos professores o fazem com uma frequência equivalente. Quanto ao uso de revelador de placa 52,0% dos professores e 90,0% dos alunos não a usam.

Também foram verificados recursos auxiliares de higiene como palito, tipo de dentríficio e fio dental não havendo diferenças entre os dois grupos.

Quanto à periodicidade de visitas odontológicas , 42,0% dos professores e 34% dos academicos fizeram visitas

profiláticas.

A autora conclui que embora a condição dos dois grupos permita acesso ao conhecimento técnico científico diferenciado, este fato, não condiciona à aplicabilidade prática desses conhecimentos.

CAPÍTULO - 3

METODOLOGIA

Este capítulo especifica o tipo de pesquisa desenvolvida; descreve as características gerais da instituição estudada; apresenta os procedimentos e critérios utilizados para a seleção da população amostral; relata os vários passos utilizados no processo de desenvolvimento do questionário *Crenças das Mães em Relação à Vacinação (CMRV)*; identifica os procedimentos de coleta de dados e descreve a metodologia estatística empregada no tratamento dos dados.

3.1 - Tipo de estudo

Este é um estudo exploratório-descritivo que visa identificar a importância das variáveis do *Modelo de Crenças em Saúde (MCS)* no comportamento preventivo de mães que iniciam a vacinação básica dos filhos, como também identifica a relação da renda mensal familiar e nível de escolaridade dessas mães com as variáveis do modelo.

3.2 - Local do estudo

O presente estudo foi realizado no Centro de Saúde da cidade de Florianópolis, SC que é uma instituição de caráter governamental, ligada ao Departamento de Saúde Pública (DSP). Este serve de campo de estágio recebendo alunos de cursos técnicos e superior da área da saúde. A escolha do presente local deve-se ao fato de ser centralizado, oferecer ao público várias opções nos programas de saúde desenvolvidos ,

permitindo desta forma, maior demanda em comparação com os postos de saúde.

3.3 - População e amostra

A população deste estudo foi composta por mães que levam seus filhos para iniciarem a vacinação básica aos dois meses de idade. A amostra foi obtida durante os meses de setembro e outubro de 1982. Para a seleção da amostra foram estabelecidos os seguintes critérios: as mães deveriam ser alfabetizadas e estarem orientadas, isto é, entender e responder as perguntas feitas pela entrevistadora.

A amostra foi composta de 80 sujeitos. O tipo de amostragem foi não probabilística propositada.

3.4 - Instrumento para coleta de dados

O MCS foi idealizado na década de 50. Desde esta época, segundo CUMMINGS et alii (1978:394) tem sido dada mais atenção ao desenvolvimento dos conceitos ou variáveis contidas no modelo do que ao desenvolvimento de instrumentos válidos e confiáveis para medir essas variáveis.

Da revisão bibliográfica feita, apenas os estudos de CUMMINGS et alii (1978), DIELMAN et alii (1980) WATTS (1982) e MAIMAN et alii (1977) que utilizaram o MCS relatam validade e confiabilidade dos instrumentos por eles utilizados. No entanto, não foi encontrado dentre estes, algum instrumento cujo

conteúdo pudesse ser utilizado no presente estudo.

Optou-se por desenvolver um instrumento com base no modelo teórico, formulando-se questões para medir cada variável do referido Modelo. Com base na revisão de literatura e na experiência da pesquisadora foram estabelecidos os seguintes conteúdos para serem explorados em cada variável:

- 1 - **Susceptibilidade percebida** em relação à difteria, coqueluche, tétano e poliomelite, incluindo:
 - . faixa etária das pessoas vulneráveis
 - . chance do filho contrair essas doenças
 - . classificação destas doenças em relação à frequência que ocorrem.

- 2 - **Gravidade percebida** em relação à difteria, coqueluche, tétano e poliomelite, incluindo:
 - . percepção da gravidade
 - . quantidade de dor
 - . necessidade de hospitalização
 - . chance de morte
 - . chance de contágio
 - . chance de provocar defeito físico

- 3 - **Benefícios percebidos** em relação ao ato de vacinar os filhos, incluindo:
 - . melhora do estado geral
 - . proteção específica

- . recebimento do salário-família.

4 - **Barreiras percebidas** em relação ao ato de vacinar os filhos, incluindo:

- . medo da dor e dos efeitos da vacina
- . doença da criança
- . esquecimento, distância, falta de tempo, falta de dinheiro para transporte
- . falta de orientação.

5 - **Eventos motivadores** para a vacinação, incluindo:

- . conselho do pediatra, amigos e parentes
- . leitura de jornais, revistas e folhetos da maternidade
- . propaganda em cartazes, rádio e TV.

3.4.1 - **Procedimentos** para aperfeiçoamento do instrumento de coleta de dados.

O instrumento Crenças das Mães em Relação à Vacinação (CMRV) após ser modificado cinco vezes porque não atendia aos objetivos propostos, foi aplicado a quatro mães visando testar a adequação da linguagem e clareza dos ítems. Após feitas as modificações, o instrumento foi enviado aos peritos para validação aparente e de conteúdo.

3.4.2 - Validação aparente e de conteúdo

Para participar da validação aparente e de conteúdo do instrumento (CMRV) foram convidados 13 peritos, todos enfermeiros, com experiência em Saúde Pública. Foi estipulado um nível de concordância de 80% entre os validadores para que uma questão permanecesse no instrumento.

Cada validador recebeu uma carta contendo informações gerais sobre o instrumento, um guia para validação e o CMRV - forma 5 (anexo 1). Das correspondências enviadas, nove foram devolvidas, indicando um retorno de 69%. A análise procedida pelos validadores indicou os itens que necessitavam de revisão quanto a clareza de linguagem e adequabilidade dos termos e opção de respostas conforme demonstra o Quadro 3 (Anexo 2).

O CMRV, forma seis, que foi reconstruído acatando-se as sugestões dos peritos, continha na primeira parte questões para identificação das características sócio-demográficas além das 25 questões referentes a variáveis do MCS. A forma seis do CMRV foi aplicada a três mães para readequação dos itens ao nível de compreensão dos sujeitos da população alvo deste estudo.

Verificou-se que as opções oferecidas não se adequavam às respostas das mães. Por outro lado a forma redacional dos itens dificultava a compreensão e eram necessárias várias explicações para que os mesmos fossem entendidos. Assim, reformulou-se novamente o CMRV pensando-se que a nova forma deveria a

tender aos objetivos da pesquisa e possibilitar sua aplicação no menor espaço de tempo possível para não haver interferência na rotina de atendimentos do setor de vacinação.

Todas as reformulações feitas após a validação dos peritos guardaram relação com o conteúdo anterior, tendo sido feitas modificações substanciais no que se referia à forma e clareza dos itens.

Após essas reformulações o CMRV-forma 7 foi aplicado aos sujeitos em um estudo piloto tendo sido considerado em condições para sua aplicação em sua forma final à população amostral após determinação da confiabilidade.

O CMRV na sua forma final, (anexo 3), manteve a primeira parte, referente às características sócio-demográficas e a segunda, à caracterização das variáveis do MCS. Para cada variável foi construída uma sub-escala ou seja, foram agrupadas as questões relacionadas àquelas variáveis conforme consta do Quadro 1.

QUADRO I

DISTRIBUIÇÃO AS QUESTÕES EM CADA SUB-ESCALA DO CMRV -forma final

SUB-ESCALA	VARIÁVEL	QUESTÕES
1	SUSCEPTIBILIDADE PERCEBIDA	1, 2 e 3
2	GRAVIDADE PERCEBIDA	4,5,6,7,8,9 e 10
3	BENEFÍCIOS PERCEBIDOS	11,12,13 e 14
4	EVENTOS MOTIVADORES	15,16,17,18,19 e 20
5	BARREIRAS PERCEBIDAS	21,22, 23, 24, 25, 26,27,28 e 29.

As questões 1,2,3 e 4 contêm quatro itens cada, referentes à difteria, coqueluche, tétano e poliomelite, o que totalizou no CMRV forma final, 41 itens.

3.4.3 - Distribuição dos escores

O CMRV foi construído para ser aplicado às mães, utilizando-se a técnica da entrevista. A pergunta era feita à mãe e pedia-se para que esta escolhesse uma opção que expressasse melhor o seu sentimento em relação ao conteúdo do item.

Para cada item a partir do item 3 inclusive, existiam quatro opções de respostas às quais foram atribuídos os seguintes escores: sim= 3; às vezes= 2; não= 1 e não sei =zero. Os itens 1 e 2 tinham designativos diferentes mas mantiveram os mesmos escores.

3.5 - Estudo Piloto

O estudo piloto teve como objetivos:

- . identificação das dificuldades da entrevista, aplicação e preenchimento do instrumento;
- . determinação da confiabilidade do instrumento;
- . treinamento da própria pesquisadora sobre a técnica da entrevista.

O estudo piloto foi realizado com 30 (trinta) mães

todas selecionadas de acordo com os critérios estabelecidos, para a amostra.

Os dados foram coletados pela pesquisadora quando as mães levavam os filhos para iniciarem a vacinação básica. Após a pesquisadora informar a mãe sobre os objetivos do estudo e obter o seu consentimento, era iniciada a entrevista. As três primeiras entrevistas foram excluídas porque foi observado que havia dificuldade das mães lembrarem das opções de respostas. A partir daí optou-se por colocá-las em cartões e deixá-los em frente a entrevistada para que escolhesse sua resposta. Este procedimento foi mantido até o final do estudo total.

Como não houvesse modificações no procedimento de coleta de dados e na metodologia os 30 sujeitos foram utilizados para o estudo total.

A confiabilidade do instrumento foi determinada a partir do estudo piloto e será relatada a seguir.

3.5.1 - Confiabilidade do instrumento

Para determinar a confiabilidade do instrumento foi utilizado o método de consistência interna sendo calculado o coeficiente alfa de Cronback para cada sub-escala. O programa utilizado foi o Program Testat de Rudner et alii adaptado por LORENZINI (1981).

A sub-escala um, referente à susceptibilidade percebida obteve coeficiente de 0,65; a sub-escala dois, referenen

te à gravidade percebida obteve 0,47; a três, referente aos benefícios percebidos obteve 0,40; a quatro, referente aos eventos motivadores obteve 0,59 e a sub-escala cinco, referente às barreiras percebidas obteve 0,58. De acordo com os cálculos obtidos a partir da fórmula de Sperman-Brown Prophecy, apresentada a seguir, se o número de itens das sub-escalas 1, 4 e 5 forem duplicados e triplicados os itens das sub-escalas 2 e 3 obter-se-ã um coeficiente de confiabilidade acima de 0,70.

Fórmula de Profecia de Sperman-Brown:

$$\text{Coeficiente de confiabilidade} = \frac{X \cdot (\text{Coef. de correlação})}{1 + \text{Coef. de correlação}}$$

onde X= nº de vezes que o instrumento precisa ser aumentado.

Os coeficientes de correlação item-subescala obtiveram em sua maioria escores acima de 0,30 o que segundo NUNNALLY (1970) é o mínimo aceitável para que um item seja mantido no instrumento.

Dois itens da subescala um, obtiveram correlação item subescala zero. Os mesmos não foram retirados do questionário porque representavam a crença ou quem sabe o próprio conhecimento que todas as mães tem sobre a pergunta: "Quais dessas pessoas pegam mais facilmente poliomelite? e coqueluche?" Todas as mães responderam crianças.

Os itens 6 e 32 também obtiveram baixos coeficientes de correlação item - total (0,03), optou-se por não excluí-los uma vez que este é um trabalho exploratório na área e que se propõe apresentar também uma discussão qualitativa dos resultados obtidos.

Para as questões 5,6,7,8,9 e 10, referentes à *gravidade percebida* apesar de terem sido mantidas no CMRV não foi verificado o coeficiente de confiabilidade e foram excluídas para o cálculo de classificação da variável descrito no item 3.6.2. Procedeu-se apenas a discussão dos resultados como forma de apreciar e enriquecer a variável em estudo.

A tabela 1 mostra a correlação item total obtida para os 35 itens do instrumento respondido por 30 sujeitos.

TABELA 1

CORRELAÇÃO ITEM TOTAL-SUBESCALA DOS 35 ITENS DO CMRV POR 30 SUJEITOS.

ITEM	CORR. ITEM TOTAL SUBESCALA	ITEM	CORR. ITEM TOTAL SUBESCALA
1	0,57	19	0,50
2	0,00	20	0,70
3	0,54	21	0,76
4	0,00	22	0,63
5	0,36	23	0,52
6	0,03	24	0,63
7	0,36	25	0,48
8	0,48	26	0,32
9	0,72	27	0,60
10	0,29	28	0,82
11	0,73	29	0,60
12	0,73	30	0,35
13	0,77	31	0,59
14	0,85	32	0,03
15	0,33	33	0,59
16	0,33	34	0,82
17	0,65	35	0,66
18	0,51		

3.6 - Procedimentos

3.6.1 - Coleta de dados

A coleta de dados foi efetuada nos meses de setembro e outubro pela autora do trabalho. A seleção da amostra obedeceu aos critérios descritos no item 3.3. As mães selecionadas eram informadas sobre o objetivo da pesquisa utilizando-se os dizeres previstos para o estabelecimento do rapport. O local da entrevista foi privativo, permanecendo apenas a mãe com a criança e a entrevistadora. Após o consentimento verbal da mãe, procedia-se inicialmente a levantamento dos dados sócio-demográficos. Em seguida era explicado o conteúdo dos itens seguintes e colocava-se sobre a mesa os cartões com as opções: "Sim", "Às vezes"; "Não" e "Não sei". Os itens eram perguntados à mãe que emitiam suas respostas de acordo com as opções oferecidas e estas eram assinaladas no questionário. Para as questões 1 e 2 cujas opções de respostas eram diferentes procedia-se à leitura das mesmas.

3.6.2 - Análise dos dados

Para a análise dos dados foi elaborado por Almeida Cunha um programa FORTRAN que fornece os escores médios das variáveis por indivíduo. Para a classificação dos sujeitos em relação a importância das variáveis foram estabelecidas escores médios que variavam de 3.00 - correspondente à opção

"Sim " até menor que um correspondente à opção "não sei", de acordo com o Quadro 2.

QUADRO 2

DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES PARA CLASSIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS SEGUNDO O GRAU DE IMPORTÂNCIA

ESCORE MÉDIO	CLASSIFICAÇÃO
3,00 a 2,34	muita importância
2,33 a 1,67	média importância
1,66 a 1,00	pouca importância
< 1,00	irrelevante

A resposta "não sei", associada ao valor zero não foi levada em consideração para o cálculo dos escores médios. Esta decisão justifica-se pelo fato de que a entrevistada não se achava em condições de opinar sobre o assunto e portanto aquele item não deveria influir na variável.

Nos casos em que o número de respostas " não sei" excede a 1/3 do número total de itens associados a variável, esta foi classificada como sendo irrelevante.

A saída do programa FORTRAN foi processada pelo Statistical Package for Social Sciences (SPSS) que forneceu também as frequências absolutas e relativas dos itens e do número de vezes em que uma variável é colocada em cada uma das classes.

O teste do qui-quadrado foi utilizado para verificar se existe relação entre a renda mensal familiar e o nível de escolaridade com as variáveis do MCS com um nível de significância de 1%.

As questões 5,6,7,8 , 9 e 10 referentes à *gravidade percebida* não foram incluídas para a classificação dos sujeitos em relação à importância das variáveis porque apenas qualificavam a variável. O tratamento estatístico utilizado para essas questões foi apenas a determinação das frequências relativas e absolutas.

A questão 2, que identificava a classificação da doença em relação à frequência que ocorre, foi excluída da discussão porque verificou-se que a opção de resposta "mais ou menos", não esclarecia ao entrevistado se correspondia à "mais ou menos comum" ou "mais ou menos rara". A questão 8 da 1ª parte do instrumento que identificava as pessoas que interferiram na decisão de vacinar os filhos, também foi retirada porque verificou-se que correspondia ao mesmo conteúdo explorado na variável *eventos motivadores*.

3.6.3. Forma de apresentação dos resultados

Os dados obtidos através de entrevista serão apresentados em tabelas com frequência absoluta e relativa.

Adota-se os títulos das tabelas na forma simplificada uma vez que a totalidade das observações foram obtidas no Centro de Saúde de Florianópolis no ano de 1982.

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

DOS RESULTADOS

O objetivo deste estudo foi identificar a importância das variáveis do *Modelo de Crenças em Saúde* (MCS) no comportamento preventivo das mães que iniciam a vacinação básica dos filhos. Verificou-se também se existe relação entre o nível de escolaridade e a renda mensal familiar com as variáveis do MCS.

Este capítulo apresenta os seguintes dados: características dos sujeitos que fizeram parte da população amostral; classificação das respostas dos sujeitos em relação à importância atribuída às variáveis; relação entre o nível de escolaridade e a renda mensal familiar com as variáveis do Modelo (MCS) e o percentual de respostas dos sujeitos em relação aos itens de cada variável.

4.1 - Dados descritivos dos sujeitos da amostra

Para as 80 mães entrevistadas foram examinadas as características referentes a: idade, estado civil, escolaridade e renda mensal familiar. Também foi explorado o estado vacinal e seu conhecimento sobre a difteria, coqueluche, tétano e poliomelite.

4.1.1 - Idade

De acordo com os dados da Tabela 2 observa-se que a maior percentagem de mães entrevistadas, 82,5%, pertence ao grupo etário de 20 a 39 anos e como era de se esperar apenas 3,8% possuíam mais de 40 anos. Uma percentagem re

lativamente alta, 13,7% foi verificada no grupo etário até 19 anos demonstrando a existência de mães bastante jovens que procuram vacinar seus filhos.

T A B E L A 2

**DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA
SEGUNDO O GRUPO ETÁRIO.**

GRUPO ETÁRIO	Nº	%
até 19	11	13,7
20 " 29	44	55,0
30 " 39	22	27,5
Mais de 40	3	3,8
T O T A L	80	100,0

4.1.2 - Estado conjugal

O estado conjugal como mostram os dados da Tabela 3 está distribuído com a maior percentagem no grupo de casadas, 76,2% seguindo-se as solteiras com 21,2%.

T A B E L A 3

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA
SEGUNDO O ESTADO CONJUGAL.

ESTADO CONJUGAL	Nº	%
Solteiras	17	21,2
Casadas	61	76,2
Separadas	1	1,3
Viúvas	1	1,3
T O T A L	80	100,0

4.1.3 - Condição de escolaridade

A condição de escolaridade de acordo com os dados da Tabela 4 indica que 43,8% das mães possuíam escolaridade primária completa ou incompleta havendo no entanto uma distribuição mais ou menos equitativa nos outros níveis. Constatou-se heterogeneidade da amostra apesar de não serem incluídas mães analfabetas neste estudo.

T A B E L A 4

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA
SEGUNDO A CONDIÇÃO DE ESCOLARIDADE.

CONDIÇÃO DE ESCOLARIDADE	Nº	%
Primário incompleto	20	25,0
Primário completo	15	18,8
Ginasial incompleto	13	16,2
Ginasial completo	7	8,7
Colegial incompleto	3	3,7
Colegial completo	9	11,2
Superior incompleto	5	6,4
Superior completo	8	10,0
T O T A L	80	100,0

4.1.4 - Renda mensal familiar

Os dados da Tabela 5 demonstram que 62,6% dos sujeitos ganham mais de 3 salários mínimos e que 37,4% ganha de 1 a 2,5 salários mínimos.

T A B E L A 5

**DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA
SEGUNDO A RENDA MENSAL FAMILIAR.**

*RENDA MENSAL FAMILIAR	Nº	%
Até 1 SM	8	10,0
1 " 2,5 SM	22	27,4
3 " 4,5 SM	25	31,3
5 e mais SM	25	31,3
T O T A L	80	100,0

* Calculado em salário mínimo (SM), equivalente a Cr\$ 16.638,00 em 1982.

4.1.5 - Estado vacinal e conhecimento sobre as doenças.

Com relação ao estado vacinal, 50,0% das mães afirmaram terem sido vacinadas quando crianças, apesar da grande maioria não lembrar as vacinas que recebeu; 35,0% disseram que não sabiam se tinham sido vacinadas e 15,0% afirmaram não

terem recebido nenhuma vacina na infância.

Quanto ao conhecimento das mães sobre as doenças da infância, apenas 7,5% não ouviram falar em difteria e 1,2% não ouviram falar em tétano enquanto que a totalidade das mães (100 %), afirmaram já terem ouvido falar em poliomete e coqueluche. As respostas negativas em relação ao item, "se as mães conheciam alguém que tivesse tido essas doenças distribuíram-se da seguinte forma: 91,3% responderam para a difteria; 71,3% para o tétano; 51,3% para a poliomete e 17,5% para a coqueluche. Observa-se pelos dados, que apesar das mães componentes da amostra já terem ouvido falar nessas doenças a incidência em pessoas conhecidas é maior para a coqueluche e menor para a difteria.

4.2 - Classificação dos sujeitos em relação à importância das Variáveis do Modelo de Crenças em Saúde (MCS).

4.2.1 - Susceptibilidade percebida

Na Tabela 6 apresenta-se a distribuição das respostas dos sujeitos em relação à importância atribuída a variável do MCS-susceptibilidade percebida, 97,6% dos sujeitos são classificados no nível de muita e média importância ou seja, as mães acham que os filhos são susceptíveis de contrair a difteria, coqueluche, tétano e poliomete. Observa-se que os dados encontrados estão concidentes com a previsão do

MCS e que resultados semelhantes foram encontrados por KEGELES (1963); STILLMAN (1977); BARRET (1979) em estudos realizados em outro país.

Assim sendo, na realidade local, ficou demonstrada a importância atribuída a esta variável do MCS pelos sujeitos deste estudo.

T A B E L A 6

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À VARIÁVEL SUSCEPTIBILIDADE PERCEBIDA.

IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À VARIÁVEL	Nº	%
Sem condições de opinar	1	1,2
Pouca	1	1,2
Média	30	37,6
Muita	48	60,0
T O T A L	80	100,0

Os dados da Tabela 7 demonstram a distribuição do número e percentagem dos sujeitos segundo a percepção sobre as pessoas mais susceptíveis à difteria, coqueluche, tétano e poliomelite.

Observa-se que, com excessão do tétano que obteve uma percentagem de 16,2% quanto à susceptibilidade em outras faixas etárias todas as outras foram consideradas como doenças que acometem crianças. Em relação ao tétano é interessante refletir sobre a possibilidade das respondentes terem recebido a vacina antitetânica no período pré-natal e terem sido orientadas somente em relação à profilaxia do tétano neonatal sem ter sido considerada a susceptibilidade do adulto.

JENKINS (1966) relata em seu estudo que os adultos se acham pouco susceptíveis à poliomelite possivelmente porque a denominação paralisia infantil já identifica a faixa etária própria da doença.

Na realidade local além deste indicativo observa-se que os cartazes e filmes utilizados como incentivos para a efetivação das vacinas nas campanhas de vacinação colocam a criança como o centro de informações. Também é possível que as mães reconheçam que as crianças são efetivamente mais vulneráveis do que os adultos como pode ser verificada na incidência dessas doenças.

T A B E L A 7

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA
SEGUNDO A PERCEPÇÃO SOBRE AS PESSOAS MAIS SUSCEPTÍVEIS À
DETERMINADAS DOENÇAS.

Doenças Pessoas mais susceptíveis	DIFTERIA		COQUELUCHE		TÉTANO		POLIOMELITE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	Crianças	78	97,6	78	97,6	67	83,8	79
Adolescentes	--	---	1	1,2	11	13,8	--	---
Adultos	1	1,2	1	1,2	1	1,2	--	---
Velhos	1	1,2	-	---	1	1,2	1	1,2
T O T A L	80	100,0	80	100,0	80	100,0	80	100,0

A Tabela 8 refere-se à percepção das mães quanto à chance do filho contrair difteria, coqueluche, tétano e poliomelite. Algumas mães acham prováveis e outras acham improvável que os filhos contraíam essas doenças.

Em relação à poliomelite muitas mães que admitiam a possibilidade do filho adquirir a doença geralmente diziam "Deus me livre" ou batiam na madeira três vezes*. Este comportamento é justificável pelo fato dessa doença deixar seqüela visível com a paralisia dos membros inferiores.

KIRSCHT (1966) observou com relação ao cancer, difteria, cárie e doença gengival que as pessoas referiram que outros tinham mais chance de contrair essas doenças do que elas mesmas. É possível que os mesmos sentimentos em relação aos filhos estejam presentes nas mães estudadas.

Em nossa experiência profissional, temos observado que muitas mães acreditam que os "pensamentos negativos" atraem males e perigos. O costume popular é salvaguardar os filhos desses pensamentos, como por exemplo a respeito do "mau olhado", não apenas adotando a negação como barreira como também com uso de "patuás", "bentinhos" e outros. Elas acreditam também que o fato de admitir a chance do filho ter a doença já estaria de certa forma contribuindo para que a mesma aparecesse.

É possível também que essas mães acreditem que vacinando os filhos eles estariam totalmente livres das doenças.

* Sinal de credence popular utilizado para isolar o corpo de possível dano.

T A B E L A 8

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A PERCEPÇÃO QUANTO A CHANCE DO FILHO CONTRAIR A DOENÇA.

Percepção da chance	DIFTERIA		COQUELUCHE		TÉTANO		POLIOMELITE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não sei	4	5,0	--	--	1	1,2	1	1,2
Não	22	27,5	10	12,5	29	36,3	39	48,8
Às vezes	13	16,2	13	16,2	17	21,2	8	10,0
Sim	41	51,3	57	71,3	33	41,3	32	40,0
T O T A L	80	100,0	80	100,0	80	100,0	80	100,0

4.2.2 - Gravidade Percebida

Em relação à importância atribuída à variável do MCS, gravidade percebida, observa-se na Tabela 9 que 98,0% das respostas dos sujeitos foram classificadas no nível de muita importância, sugerindo que as mães percebem a difteria, coqueluche, tétano e poliomelite como graves.

T A B E L A 9

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA
SEGUNDO A IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA A VARIÁVEL GRAVIDADE PERCEBIDA.

IMPORTÂNCIA DA VARIÁVEL	Nº	%
Sem condições de opinar	1	1,2
Pouca	-	---
Média	-	---
Muita	79	98,8
T O T A L	80	100,0

Conforme demonstra a Tabela 10, a difteria, coqueluche, tétano e poliomelite são percebidos como graves, por uma grande percentagem de sujeitos.

Os dados encontrados com relação à essa variável são coincidentes com previsão do MCS e com resultados dos trabalhos de KEGELES, (1966) e BARRET (1979).

T A B E L A 10

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A PERCEPÇÃO DA GRAVIDADE DAS DOENÇAS.

Percepção da Gravidade	Doenças		DIFTERIA		COQUELUCHE		TÉTANO		POLIOMELITE	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
	Não sei	1	1,2	-	-	-	-	-	-	-
Não	-	-	4	5,0	-	-	-	-	-	
Às vezes	1	1,2	9	11,2	3	3,7	2	2,5		
Sim	78	97,6	67	83,8	77	96,3	78	97,5		
T O T A L	80	100,0	80	100,0	80	100,0	80	100,0		

Os dados da Tabela 11 demonstram a percepção dos sujeitos quanto aos motivos que fazem uma doença ser grave.

"Deixar com defeito físico" obteve a maior distribuição seguindo-se de morte e risco de contágio. BECKER apud SOUZA (1982) afirma que "o medo da morte é natural e está presente em todos, pois trata-se de medo básico que influe em todos os demais. Um medo ao qual ninguém está imune por mais disfarçado que possa estar".

Os resultados deste estudo, indicando que a deficiência física atemoriza mais do que a morte pode estar ligado ao valor da "vida sadia" no contexto sócio-econômico, uma

vez que parece haver um estigma social em relação ao deficiente físico como se também fosse emocionalmente e intelectualmente incapaz.

T A B E L A 11

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A INTERPRETAÇÃO PERCEBIDA DA GRAVIDADE.

Opções de respostas.	Não sei		Não		Às vezes		Sim		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Interpret. da Gravidade:										
Causar morte	-	-	7	8,7	5	6,3	68	85,0	80	100,0
Deixar com defeito físico	-	-	-	-	4	5,0	76	95,0	80	100,0
Causar dor	-	-	16	20,0	28	35,0	36	45,0	80	100,0
Necessitar hospitalização.	-	-	2	2,5	21	26,2	57	71,3	80	100,0
Risco de contágio	-	-	3	3,7	12	15,0	65	81,3	80	100,0
Recuperação lenta	2	2,5	2	2,5	13	16,2	63	78,8	80	100,0

4.2.3 - *Benefícios percebidos*

Na Tabela 12 identifica-se a distribuição dos sujeitos em relação à importância atribuída à variável, benefícios percebidos para o ato de vacinar; 86,3% das respostas dos sujeitos são classificadas no nível de muita importância sugerindo que as mães percebem benefícios resultantes da aplicação das vacinas.

T A B E L A 12

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA A VARIÁVEL BENEFÍCIOS PERCEBIDOS.

IMPORTÂNCIA DE VARIÁVEL	Nº	%
Sem condição de opinar	2	2,5
Pouca	-	-
Média	9	11,2
Muita	69	86,3
T O T A L	80	100,0

Na Tabela 13 apresenta-se a distribuição de respostas dos sujeitos quanto a percepção dos benefícios da vacinação. A crença que com a aplicação das vacinas as "doenças dão mais fracas" obteve um percentual de 91,3%. A justificativa de muitas mães era que outros filhos ou conhecidos tinham adquirido o sarampo mesmo sendo vacinados. WESTRUPP, SOUZA e TEIXEIRA(1979) em estudo realizado em Florianópolis encontraram que de 326 crianças com até 4 anos de idade cujas mães informaram terem recebido as respectivas vacinas, 18,4% tiveram sarampo, 8,6% coqueluche e cerca de 1% difteria, tuberculose e poliomelite.

BOSKOVITZ (1974) relata em estudo feito que de 21 casos de sarampo referidos em crianças vacinadas, dez (48,0%) tiveram provavelmente uma reação vacinal uma vez que a ocorrência da doença foi relatada num período que variou entre 15 e 20 dias após a vacinação específica. O autor chama atenção para a possibilidade da vacinação ter coincidido com o período de incubação da doença. Dos 11 casos restantes, nove (43,0%) foram vacinadas em campanhas de multivacinação e duas (9,0%) é possível que não tenham recebido a vacina adequada. A OMS (1978) ressalta também o fato de incidência de doenças infecto-contagiosas ser mais alta entre os segmentos de baixo nível sócio econômico devido à diminuição de intensidade na resposta imunológica ocasionada pela desnutrição.

Quanto à crença que as vacinas evitam qualquer tipo de doença somente 17,5% disseram que não, enquanto que 78,8% responderam erroneamente sim e às vezes. Observa-se tam

bém que as mães acreditam que a vacina deixa as criança mais saudáveis. Poder-se-ia inferir que a falta de doença é percebida como um indicador de saúde. Com relação ao salário- família 12,5% das mães não reconhecem este benefício ligado a vacinação mesmo sendo instituído por lei.

T A B E L A 13

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A PERCEPÇÃO SOBRE OS BENEFÍCIOS DA VACINAÇÃO.

Opções de respostas	Não sei		Não		Às vezes		Sim		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ben.da Vacin.										
Evitam qualquer doença.	3	3,7	14	17,5	16	20,0	47	58,8	80	100,0
As doenças dão mais fraqueza.	1	1,2	1	1,2	5	6,3	73	91,3	80	100,0
Deixa a criança mais saudável.	2	2,5	-	-	10	12,5	68	85,0	80	100,0
Permite receber o salário família.	2	2,5	10	12,5	1	1,2	67	83,8	80	100,0

4.2.4 - *Eventos Motivadores*

Os dados da Tabela 14 mostram a distribuição dos sujeitos com relação à importância atribuída à variável eventos motivadores. Nota-se que os percentuais relativos aos níveis de muita e média importância, são bastantes aproximados não se podendo identificar predominância de um ou de outro nível.

Muitas mães afirmaram durante a entrevista que o maior incentivo para o fato de estar vacinando o filho provinha geralmente da experiência positiva que possuía com outros filhos vacinados. Algumas mães também identificavam os conhecimentos adquiridos na escola e ainda outras com nível mais elevado de escolaridade reconheciam a vacina como algo que fazia parte da vida normal de toda criança. BARRET (1979) encontra uma média baixa nesta variável para as pessoas que utilizavam as clínicas de diagnóstico precoce de cancer. Para ROSENSTOCK (1966) os eventos motivadores funcionam como a força capaz de direcionar a ação preventiva. A intensidade desta força varia com os níveis percebidos de gravidade, e susceptibilidade; quando estes são elevados, como é o caso no presente estudo a força necessária para ocasionar a ação preventiva é mínima. Justifica-se desta forma a tendência desta variável.

T A B E L A 14

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA
SEGUNDO A IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À VARIÁVEL EVENTOS MOTIVADORES.

IMPORTÂNCIA DAS VARIÁVEIS	Nº	%
Sem condições de opinar	2	2,5
Pouca	1	1,3
Média	38	47,5
Muita	39	48,7
T O T A L	80	100,0

A distribuição das respostas dos sujeitos sobre os eventos motivadores para a aplicação das vacinas na Tabela 15 demonstra que o "mêdo de perder o filho" obteve o maior percentual. ROSENSTOCK (1966) afirma que os eventos internos como o medo, a percepção ao estado corporal e outros atuam de forma significativa mesmo na ausência de eventos externos. Observa-se que os folhetos distribuídos na maternidade também foram indicados por grande parte das mães. Muitas dessas mães compareciam ao setor de vacinação com este folheto onde está impressa a época e o tipo de vacina para

o primeiro ano de vida. A propaganda em rádio e TV obteve um elevado percentual. Chama-se atenção para o poder de penetração destes veículos e a sua sub-utilização em educação para a saúde, no nosso meio.

Quanto a leitura em jornais e revistas, conselho do pediatra e conselho de amigos e parentes foram citados como fatores que interferiram de certa forma na decisão de vacinar os filhos.

T A B E L A 15

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A PERCEPÇÃO SOBRE OS EVENTOS MOTIVADORES PARA A APLICAÇÃO DAS VACINAS.

Opção de respostas	Não		Às vezes		Sim		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Eventos Motivadores								
Propaganda em rádio e TV	18	22,5	11	13,7	51	63,8	80	100,0
Conselho do pediatra	18	22,5	14	17,5	48	60,0	80	100,0
Conselho de amigos e parentes	19	23,7	22	27,5	39	48,8	80	100,0
Folhetos distribuídos na maternidade	9	11,3	3	3,7	68	85,0	80	100,0
Leitura em jornais e revistas	40	50,0	16	20,0	24	30,0	80	100,0
Medo de perder o filho	4	5,0	-	-	76	95,0	80	100,0

4.2.5 - *Barreiras Percebidas*

Com relação à distribuição das respostas dos sujeitos segundo a importância atribuída à variável barreiras percebidas, observa-se na Tabela 16 que 90,0% das respostas foram classificadas no nível de pouca importância. Este resultado sugere que as mães não reconhecem as barreiras estabelecidas neste estudo como impeditivas para vacinarem seus filhos. Estes dados estão coincidentes com a previsão do MCS.

Segundo este, quando não existem barreiras ou estas são percebidas como baixas, a ação preventiva poderá ser tomada. BARRET (1979) encontrou resultados semelhantes.

T A B E L A 16

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA À VARIÁVEL BARREIRAS PERCEBIDAS

IMPORTÂNCIA DAS VARIÁVEIS	Nº	%
Sem condição de opinar	2	2,5
Pouca	72	90,0
Média	6	7,5
Muita	-	-
T O T A L	80	100,0

Os dados da Tabela 17 demonstram a distribuição de respostas dos sujeitos segundo a percepção das barreiras para a aplicação das vacinas. Na discussão leva-se em conta a soma obtida entre os sujeitos que reconhecem "às vezes" as barreiras e os que admitem (Sim) que elas existem. Justifica-se tal procedimento para esta variável uma vez que em educação para a saúde devem ser levados em consideração os fatores que interferem mesmo em proporção pequena para que se concretize uma ação preventiva. Ressalta-se o fato de que ainda não foram feitos estudos que evidenciem os fatores de ordem sócio-cultural que interferem no Comportamento Preventivo. ROSENSTOCK (1966) chama atenção para que as barreiras sejam analisadas independentes, da intensidade com que atuam num programa de saúde.

O maior percentual encontrado foi para "doença da criança", 88,8% combinadas as respostas "Sim" e "Às vezes". Observa-se que alguns problemas de saúde como diarreia, vômitos, febre e outros já se constituem contra indicação para a vacinação. Verificou-se que o fato da criança estar doente aos dois meses constitui o maior impedimento para as mães que iniciaram a vacinação após os três meses. Seguiu-se como barreira a falta de dinheiro para transporte com 18,7%. Essa frequência é facilmente justificável já que 68,7% da amostra possui uma renda familiar mensal de até 4,5 salários mínimos. A distância da casa ao posto também foi indicada como barreira por 12,4% dos sujeitos.

Em relação à dor da aplicação, verificou-se que apesar da inoculação da vacina tríplice possivelmente se

constituir uma prática dolorosa por ser através de injeção intra-muscular este fato não se constitui barreira para a maioria das mães. A crença que a "vacina faz mal" se constitui barreira para 10,0% das mães entrevistadas.

Chama-se atenção para o fato de algumas mães relatarem que as principais barreiras eram: "falta de tempo", "distância", "esquecimento" e "falta de dinheiro para transporte" e que o principal motivo que as fazia vacinar os filhos era a exigência da creche para a qual a criança estava concorrendo à vaga.

T A B E L A 17

DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PERCENTAGEM DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A PERCEPÇÃO DAS BARREIRAS PARA A APLICAÇÃO DAS VACINAS.

Opções de respostas	Não		Às vezes		Sim		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Barreiras								
Medo que faça mal	72	90,0	7	8,8	1	1,2	80	100,0
Dor na aplicação	78	97,6	1	1,2	1	1,2	80	100,0
Falta de dinheiro p/transporte	65	81,3	10	12,5	5	6,2	80	100,0
Doença da criança(1)	8	10,0	22	27,5	49	61,3	80	100,0
Distância de casa ao posto	70	87,6	7	8,7	3	3,7	80	100,0
Falta de tempo	74	92,6	3	3,7	3	3,7	80	100,0
Falta de orientação	73	91,3	6	7,5	1	1,2	80	100,0
Medo dos efeitos	77	96,3	3	3,7	-	-	80	100,0
Esquecimento	72	90,0	4	5,0	4	5,0	80	100,0

(1) Excluído 1 sujeito (1,2%) correspondente a opção "não sei" por ser o único observado nesta coluna.

4.3 - Relação entre a escolaridade e a renda mensal familiar com as variáveis do MCS.

Através do teste qui-quadrado e com um nível de significância de 1% procurou-se verificar se havia relação entre a a escolaridade e a renda mensal familiar com as variáveis do MCS. Não foi constatada relação significativa entre essas variáveis ou seja, a percepção da susceptibilidade, gravidade, benefícios eventos motivadores e barreiras se comportam da mesma forma em todos os grupos independentes da escolaridade e renda mensal familiar na população deste estudo.

SOUZA (1978) identificou que quanto mais elevada a renda e o nível de escolaridade, tanto mais precocemente as gestantes iniciaram assistência pré-natal propiciando maior possibilidade de controle dos riscos gravídicos.

É possível que os resultados encontrados tenham sido influenciados pelos seguintes aspectos: o fato de ter se utilizado apenas em local para a coleta de dados; a homogeneidade da amostra já que muitas mães já eram clientes do Centro de Saúde participando nos programas do Pré-Natal ou vacinação de outros filhos. É também possível que independentemente das condições sócio-econômicas verificadas, as variáveis do MCS interfiram no comportamento preventivo em Saúde.

Na revisão bibliográfica não foram encontrados trabalhos utilizando o MCS que identificaram correlação com variáveis sócio demográficas.

CAPÍTULO 5

RESUMO DOS RESULTADOS, CONCLUSÕES LIMITAÇÕES,
CONTRIBUIÇÃO, IMPLICAÇÕES E RECOMENDAÇÕES

5.1 - RESUMO DOS RESULTADOS

1) Em relação às características sócio-demográficas:

- . dos 80 sujeitos da amostra, 68,7% tinham até 29 anos; 76,2% eram casados; 60,0% possuíam até o ginásial incompleto e 68,7% possuíam renda mensal familiar até 4,5 salários mínimos;

2) em relação às variáveis do MCS:

- . 60,8% das respostas dos sujeitos foram classificadas no nível de muita importância quanto à variável *susceptibilidade percebida*;
- . 98,8% das respostas dos sujeitos foram classificadas no nível de muita importância quanto à variável *gravidade percebida*;
- . 86,3% das respostas dos sujeitos foram classificadas no nível de muita importância quanto à variável *benefícios percebidos*;
- . 48,7% das respostas dos sujeitos foram classificadas no nível de muita importância e 47,5% no nível de média importância quanto à variável *eventos motivadores*;
- . 90,0% das respostas dos sujeitos foram classificadas no nível de pouca importância quanto à variável *barreiras percebidas*;

. não foi verificada relação significativa entre as variáveis do MCS e a escolaridade e renda mensal familiar dos sujeitos componentes da amostra.

5.2 - CONCLUSÕES

Com base nos resultados obtidos e consideradas as limitações do presente estudo, pode-se concluir que:

- 1) Os resultados encontrados no presente estudo estão consistentes com o preconizado no *Modelo de Crenças em Saúde* (MCS) de Irvin Rosenstock, ou seja:
 - . as variáveis *susceptibilidade, gravidade e benefícios percebidos* tiveram muita importância no comportamento preventivo das mães componentes da amostra, que iniciaram a vacinação básica dos filhos;
 - . a variável *eventos motivadores* teve muita e média importância;
 - . a variável *barreiras percebidas* teve pouca importância;
- 2) Não foi identificada relação significativa entre as variáveis do MCS e a renda mensal familiar e escolaridade nas mães que iniciaram a vacinação básica dos filhos.

5.3 - LIMITAÇÕES

Considera-se como limitações para o presente estudo:

- . o fato de não se poder generalizar os resultados obtidos já que a amostra é do tipo não probalístico propositada;
- . o estudo abrangeu a percepção de quatro doenças e duas vacinas o que dificultou a organização do questionário e o aprofundamento de alguns itens;
- . o reduzido número de itens em cada subescala que contribuiu para o baixo índice de confiabilidade da subescala;
- . a utilização do CMRV com itens que obtiveram correlação item-total subescala abaixo do limite mínimo de aceitação;
- . a inexistência de trabalhos similares feitos no Brasil, dificultando o aprofundamento da discussão dos resultados .

5.4 - C O N T R I B U I Ç Ã O

Este estudo tendo utilizado o Modelo Comportamental de Rosenstock, que visa explicar o *comportamento preventivo em saúde*, contribui de forma significativa nos seguintes aspectos:

- a) permite identificar algumas variáveis que interferem no comportamento das mães que vacinam os filhos;
- b) permite refletir sobre o comportamento das mães que não vacinam os filhos;
- c) oferece subsídios para que sejam discutidos os conteúdos das informações prestadas pelo pessoal de enfermagem nos setores de vacinação;
- d) identifica algumas barreiras para a vacinação possibilitando reflexão sobre a metodologia utilizada pelos programas de vacinação;
- e) utiliza um modelo comportamental para fundamentar a prática de saúde, oferecendo subsídios para pesquisas nas áreas de educação em saúde;

- f. justifica a criação ou adaptação de modelos comportamentais, de acordo com a realidade nacional, que possam fundamentar as práticas de saúde;
- g. permite que seja confirmada a aplicabilidade de modelos comportamentais na área de saúde.

5.5 - I M P L I C A Ç Õ E S

5.5.1 - Para a prática e para o ensino de enfermagem.

Acredita-se que a utilização de um modelo comportamental para fundamentar uma das práticas de saúde pública tem implicações profundas na prática e no ensino de enfermagem.

Observa-se que a educação em saúde é entendida como um processo de reforço, aquisição ou mudança de comportamento que leva o indivíduo a um nível melhor de saúde; no entanto, poucos são os trabalhos realizados que procuram entender como o povo se comporta em saúde e quais as causas deste comportamento.

Os programas preventivos incentivam na sua maior parte o componente cognitivo através da orientação individual, informação escrita e outros, deixando de considerar crenças, valores e outros componentes que determinam o comportamento. Verifica-se também que os "arquivos de faltosos" nos serviços de saúde pública, tornam-se cada vez mais numerosos e não são realizados estudos que identifiquem os fatores comportamentais ligados a essa problemática.

No ensino, ainda são poucas difundidas as noções sobre o comportamento em saúde e a utilização de modelos comportamentais para fundamentar as práticas em saúde.

Este estudo vai permitir que os conceitos aqui emi-

tidos sirvam como referencial teórico para o estudo das possíveis causas que interferem no comportamento preventivo em saúde.

5.6 - R E C O M E N D A Ç Õ E S

Considerando para o presente estudo os resultados e conclusões recomenda-se que:

a) em relação ao instrumento:

- . sejam reformulados os itens do CMRV que obtiveram coeficiente de correlação item subescala abaixo de 0,30 afim de aumentar sua confiabilidade;
- . sejam acrescentados mais itens em cada subescala afim de aumentar a confiabilidade;
- . sejam empregados outros métodos para determinar a confiabilidade do CMRV como a estabilidade através do teste-reteste;
- . sejam empregados outros métodos para determinar a validade preditiva e a de construto.

b) Em relação a outros estudos:

- . seja replicado o estudo utilizado o CMRV e os mesmos procedimentos de coleta e análise dos dados, com mães que não vacinam os filhos, visando verificar como

se comportam as variáveis do MCS, podendo assim determinar a validade de constructo.

- . seja realizados estudos com outras práticas de saúde utilizando o MCS para que o modelo possa se adequar à nossa realidade.
- . sejam realizados estudos exploratórios para identificar outros fatores que podem interferir no comportamento preventivo em saúde.
- . sejam realizados estudos explicativos para determinar a efetiva influência das variáveis do MCS no comportamento preventivo das mães quanto à vacinação, podendo desta forma determinar a validade preditiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARRET, M.B. The health behavior of person utilizing diagnostic cancer screening. Chicago, 1979. 66p. (A research paper presented to the graduate school, department of nursing in partial fulfillment of the requirements for the degree master of science).

BECKER, E. A negação da morte. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1976. Apud SOUZA, M.L. Mortalidade materna em Florianópolis-SC 1975 a 1979, obituário hospitalar. São Paulo, 1982, 135p. (Tese de Doutorado em Saúde Pública defendida na Faculdade de Saúde Pública).

BOSKOVITZ, E.P. et alii. Levantamento das características epidemiológicas do sarampo em São José do Rio Preto. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 8:181-6. 1974.

CANDEIAS, N.M.F. & MARCONDES, R.S. Diagnóstico em educação em saúde : um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 13:63-8, 1979.

CASTRO, A.L. A educação em saúde em relação à vacinação. In: FARHAT, C.K. Fundamentos e prática das imunizações. São Paulo, Medisa, 1981, cap. 64. 712p.

CENTRO DE DEFESA DA QUALIDADE DA VIDA. A situação da criança no Brasil. Rio de Janeiro, CDQV, 1979, 55p.

COSTA, J. & ALMEIDA, M.C.P. Orientações sobre vacinação infantil no momento da sua aplicação, Revista Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, 33:393-403, 1980.

CUMMINGS, K.M.; JETTE, A.M.; ROSENSTOCK, I.M. Construct Validation of the health belief model. Health Education Monographs, Oakland, 6 (4): 394:405, 1978.

DIELMAN, T.E. et alii. Dimensions of children's Health beliefs. Health Education Quarterly, 7(3): 218-238, 1980.

FERREIRA, C.E. Comportamento de professores e academicos de odontologia acerca de práticas preventivas de saúde bucal. Florianópolis, UFSC, 1981 (Tese de Mestrado em Ciências).

FISHBEIN, M. & AJZEN, I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Massachusetts, Addison-Wesley Publishing, 1975 578p.

- HALLAL, J.C. The relationships of health beliefs, health locus of control and self concept to the practice of breast self examination in adult human. Nursing Research, New York, 31 (3): 137-42, May/june, 1982.
- HOCHBAUM, G.M. Health behavior, basic concepts in health sciences series. Belmont, Wadsworth Publishing Company, 1974, 62p.
- JENKINS, D.C. The Semantic differential for health. A technique for measuring. Public Health Reports, Washington, 81(6):549-58, 1966.
- KALS, S.V.; COBB, S.; MICH, A.A. Health behavior, illness behavior and sick-role behavior. Archives of Environmental Health, Chicago, 12:531-41, april, 1966.
- KEGELES, S.S. Some motives for seeking preventive dental. The Journal of the American Dental Association, Chicago, 67 (1): 90-8, 1963.
- KIRSCHT, J.P. et alii. A national study of health beliefs. Journal of Health and Human Behavior, Fortwhorth, 7:248-54, 1966.
- LORENZINI, F. Programa computacional para o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach. Florianópolis, 1981 (Adaptado do livro: NUNNALLY, J.C. Psychometric theory, 1978).

MAHLER, H. Vacinar e proteger a criança. Saúde do Mundo, Genebra, 727p. fev/mar. 1977.

MAIMAN, L.A. et aliã. Scales for measuring health beliefs model dimensions: a test of predictive value, internal consistency and relationships among beliefs. Health Education Monographs, Oakland, 5(3): 215-30, 1977.

MARCONDES, R.S. e SOSSAI, J.A. Educação em saúde pública, conceitos básicos. São Paulo. USP. 1977. n.p. (mimeografado).

MELO, C.G. O sistema de saúde em crise. 2 ed. São Paulo, Cebes-Hucitec., 1981, 205p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. F.SESP. Normas e condições para o desenvolvimento do programa nacional de imunizações, Boletim Epidemiológico, Rio de Janeiro, 8(25):245-52 sem. 49/50, 1976.

Programa Nacional de imunizações - resultados observados em 1977. Boletim Epidemiológico, Rio de Janeiro, 12(9):77-80, sem 17/18, 1980.

NUNNALLY, I.C. Introducción a la medición psicológica. Argentina, Centro Regional de Ayuda Técnica, 1964, 619p.

OGUISSO, T. Repercussão do sistema nacional de saúde nos modelos assistenciais. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 14(2): 147-64, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Grupo científico sobre imunodeficiência. Washington, Organização Panamericana da Saúde, 1977, 32 p. (Informes Técnicos, 630).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. A saúde das crianças no mundo: necessidades e problemas. Washington, OMS/OPAS, 1979, 9p. (Publicação do Ano Internacional da criança, 3).

..... Proteção de todas as crianças contra as doenças evitáveis. Washington. OMS/OPAS, 1979, 5p. (Publicação do Ano Internacional da criança, 6).

ROSENSTOCK, I.M. Historical, origins of the health beliefs model. Health Education Monographs. Oakland, 2(4): 324-476, 1974.

..... Why people use health services. Milbank Memorial Found Quartely. New York, 64(3): 94-127, july, 1966.

STILLMAN, M. Women's health beliefs about breast cancer and breast self examination. Nursing Research. New York, 26 (2): 121-6, 1977.

WATTS, R.J. Sexual functioning, health beliefs and compliance with high blood pressure medications. Nursing Research. New York 31(5): 278-283, sept/oct, 1982.

WESTRUP, M.H.B.; SOUZA, M.L.; TEIXEIRA, S.A. Doenças preveníveis por vacinas em crianças de 0 a 12 anos, atendidas em Serviços de Saúde de Florianópolis, SC. Porto Alegre, 1982, 10f./ (Trabalho apresentado no XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem).

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BECKER, M.H. et alii. Compliance with a medical regimen for asthma: a test of the health belief model. Public Health Reports, Washington, 93(3): 268-77, 1978.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores sociais: tabelas selecionadas. Rio de Janeiro, 1979, 145p.

GLASSER, M.A. A study of the public's acceptance of the salk vaccine program. American Journal Public Health, Boston, 48:141-46, 1958.

HAEFNER, Don P. & KIRSCHT, J.P. Motivational and Behavioral effects of modifying health beliefs. Public Health Reports, Washington, 85(6): 478-84, June 1970.

KATATSKY, M.E. The health belief model as conceptual framework for explaining contraceptive compliance. Health Education Monographs, Oakland, 5(3): 232-43, 1977.

KIRSCHT, J.P. Research related to the modification of health beliefs. Health Education Monographs, Oakland, 2(4): 455-69. 1974.

L'ABBATE, S. & WESTPHAAL, M.F. Aplicação-teste da medida de atitude à área de atuação de um centro de saúde do município de São Paulo, Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, 13: 69-69, 1979.

LANGLIE, J.K. Social networks, health beliefs and preventive health behavior. Journal of Health and Social Behavior, Fortworth, 18: 244-60, 1977.

MAIMAN, L.A. et alii. The health beliefs model: origins and correlates in psychological theory. Health Education Monographs, Oakland, 2(4): 348-52, 1974.

MARCONDES, R.S. Educação em saúde pública, conceituações, objetivos e princípios, São Paulo, USP. 1974. n.p. (mimeografado).

ROSENSTOCK, I.N. et alii. Why people fail to seek poliomyelitis vaccination. Public Health Reports, Washington, 74(2): 98-103, feb, 1959.

SOUZA, M.L. Alguns aspectos básicos da assistência pré-natal em Florianópolis, SC. São Paulo, USP. 1978. 79p. (Tese de Mestrado em Saúde Pública defendida na Faculdade de Saúde Pública).

STERNICK, C. Características técnicas de um instrumento de medi-
da. Arquivo Brasileiro de Psicologia Aplicada, Rio de Janei-
ro, 28(1): 48-67, jan/mar. 1976.

SUCHMAN, E.A. Health attitudes and behavior. Archives Environmental
Health, Chicago, 20 (1): 105-10, 1970.

WHEELER, J.R.C. & RUNDALL, T.G. Secondary preventive health
behavior. Health Education Quartely, 7(4): 234-62, 1980.

A N E X O S

ANEXO 1

Florianópolis, 8 de maio de 1982

Prezado (a) colega:

Sou professora do Departamento de Enfermagem e atuo na área materno-infantil. Como parte da fase de elaboração da minha dissertação de mestrado estou desenvolvendo uma escala para identificar as crenças das mães sobre a vacinação básica.

Sabendo que sua experiência e conhecimento está ligada à minha área de estudo, solicito sua colaboração para participar como validadora desta escala. Considero imprescindível sua colaboração para o enriquecimento do meu trabalho e me comprometo a compartilhar os resultados obtidos, se for do seu interesse.

Envio-lhe em anexo, cópia da escala. comentários sobre o seu conteúdo e instruções a serem seguidas para a validação da mesma, bem como, um envelope selado, para o retorno do guia de validação, devidamente preenchido, que solicitaria o fizesse sem falta até o dia 1º de junho do corrente ano.

Desde já, agradeço sua colaboração e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos nos seguintes endereços:

1. Rua Madre Benvenuta, 115 - Bloco D
Apto. 404 - 88.000 - Florianópolis - SC
Trindade
2. Departamento de Enfermagem - CCS
UFSC - Trindade
Tel.: 33-1000 - Ramal 480 ou 399

Profa. Sílvia Lúcia Ferreira

COMENTÁRIOS SOBRE O CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

O instrumento CMRV (crenças das mães com relação à vacinação) será preenchida por um entrevistador que questionará a mãe sobre suas crenças e anotará na escala uma das opções que se adapte a resposta.

Segundo o modelo de crenças em saúde (Health Beliefs Model) de I. Rosenstock, para uma pessoa evitar uma doença, ou seja, adotar um determinado comportamento preventivo ela precisa acreditar:

- a) que é suscetível à doença (itens 1 a 5)
- b) que a doença é grave (itens 6 a 10)
- c) que a ação preventiva lhe trará benefícios e terá poucas barreiras (itens 11 a 17)
- d) e que a direção da ação preventiva (o que fazer?) será determinada por eventos motivadores externos, (rádio, TV, revistas, cartazes...) e internos (percepção do estado corporal...) itens 18 a 22)

Por exemplo: Se uma mulher faz o diagnóstico precoce de câncer uterino é provável, segundo este modelo, que ela se acha muito suscetível, que acredite que o câncer é uma doença grave e que os exames são acessíveis, não são dolorosos, etc. É também possível que ela tenha chegado ao serviço de saúde motivada por outros fatores além desses como TV, rádio, etc.

O nosso objetivo é verificar a relação de cada um destes fatores com o comportamento preventivo da mãe, ou seja, o ato de levar o filho para iniciar a vacinação básica.

GUIA PARA VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO CMRV

Após a leitura dos itens, por favor registre seus comentários neste guia.

1. Os itens de 1 a 5 parecem medir susceptibilidade percebida? (condição interna de se contrair uma doença)

SIM () NÃO ()

Sugestões _____

2. Os itens de 6 a 10 parecem medir a gravidade percebida? (seriedade da doença)

SIM () NÃO ()

Sugestões _____

3. Os itens 11 a 17 parecem medir os benefícios e barreiras da ação preventiva?

SIM () NÃO ()

Sugestões _____

4. Os itens 18 a 22 parecem medir os eventos motivadores da ação preventiva?

SIM () NÃO ()

Sugestões _____

5. Itens cujo conteúdo parece medir as variáveis do modelo de crenças mas não estão escritos de forma clara e nem permite fácil compreensão.

Nº de itens	Sugestões
_____	_____
_____	_____
_____	_____

6. Itens que não deveriam aparecer no instrumento porque são irrelevantes.

Nº de itens	Sugestões
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7. Caso não concorde com as opções de respostas oferecidas, ou seja, nenhum, regular e muito, comente e dê sugestões.

8. O instrumento como um todo apresenta clareza e facilidade de compreensão

SIM () NÃO ()

Sugestões _____

INSTRUMENTOS PARA MEDIR AS CRENÇAS DAS MÃES EM RELAÇÃO À VACINAÇÃO
(CMRV)

Caracterização Demográfica

Nº de Ordem _____ Data ____/____/____.
Entrevistador _____

Estabelecimento do Rapport

Meu nome é e sou enfermeira. Nós sabemos que diariamente muitas crianças em todos os lugares "pegam" doenças que poderiam ser evitadas se elas fossem vacinadas. Pensamos que algumas mães não levam os filhos para vacinar porque tem fortes motivos para isso. Nós não sabemos que motivos são esses e fica difícil achar uma maneira de melhorar a situação. É por isso que estamos fazendo este estudo: para saber o que as mães pensam das vacinas e a partir disto tentar modificar as coisas para melhor. Se a senhora aceitar colaborar vai estar nos ajudando muito.

Seu nome não será identificado, apenas suas respostas. Gostaria que a senhora respondesse realmente aquilo que sente em relação às perguntas.

I. Identificação

idade da mãe _____

estado civil _____

nº de filhos _____ Idade do filho que está sendo vacinado _____

ocupação _____ renda familiar _____

II. Informações sobre a cobertura vacinal da família

a. A senhora foi vacinada, quando criança?

SIM () NÃO () NÃO SABE ()

b. Em caso positivo qual (is) vacina (s) que recebeu?

c. Número de filhos que possuem:

esquema de vacinação completo () esquema incompleto ()

III. Itens referentes às variáveis do modelo de crenças em saúde (Health Belief Model)

1. Para a senhora, qual dessas pessoas pegam mais facilmente:

	<i>velhos</i>	<i>adultos</i>	<i>adolescentes</i>	<i>crianças</i>
difteria (crupe)	0	1	2	3
coqueluche (tosse comprida)	0	1	2	3
tétano	0	1	2	3
poliomielite (paralisia infantil)	0	1	2	3

2. Qual a chance que as pessoas não vacinadas tem em pegar:

	<i>nenhum (a)</i>	<i>regular</i>	<i>muito (a)</i>
difteria (crupe)	0	1	2
coqueluche (tosse comprida)	0	1	2
tétano	0	1	2
poliomielite (paralisia infantil)	0	1	2

	<i>nenhum (a)</i>	<i>regular</i>	<i>muito (a)</i>
3. Qual a chance que seu filho tem em pegar			
difteria (crupe)	0	1	2
coqueluche (tosse comprida)	0	1	2
tétano	0	1	2
poliomielite (paralisia infantil)	0	1	2
4. Se as pessoas não tomarem todas as doses da vacina, qual a chance que elas terão em pegar:			
difteria (crupe)	0	1	2
coqueluche (tosse comprida)	0	1	2
tétano	0	1	2
poliomielite (paralisia infantil)	0	1	2
5. Qual a chance que tem uma pessoa que nunca teve uma dessas doenças em pegar de outra pessoa:			
difteria (crupe)	0	1	2
coqueluche (tosse comprida)	0	1	2
tétano	0	1	2
poliomielite (paralisia infantil)	0	1	2
6. Quanta dor a senhora acha que uma pessoa sentiria se tivesse			
difteria (crupe)	0	1	2
coqueluche (tosse comprida)	0	1	2
tétano	0	1	2
poliomielite (paralisia infantil)	0	1	2

	<i>nenhum (a)</i>	<i>regular</i>	<i>muito (a)</i>
7. Que necessidade teria uma pessoa de se internar se pegasse:			
difteria (crupe)	0	1	2
coqueluche (tosse comprida)	0	1	2
tétano	0	1	2
poliomielite (paralisia infantil)	0	1	2
8. Qual a chance que as pessoas tem em ficar com defeito físico se pegarem			
difteria (crupe)	0	1	2
coqueluche (tosse comprida)	0	1	2
tétano	0	1	2
poliomielite (paralisia infantil)	0	1	2
9. Qual a chance que as pessoas tem de morrer se pegarem			
difteria (crupe)	0	1	2
coqueluche (tosse comprida)	0	1	2
tétano	0	1	2
poliomielite (paralisia infantil)	0	1	2
10. Qual a possibilidade que as pessoas tem de se recuperarem depressa, se pegarem:			
difteria (crupe)	2	1	0
coqueluche (tosse comprida)	2	1	0
tétano	2	1	0
poliomielite (paralisia infantil)	2	1	0

	<i>nenhum (a)</i>	<i>regular</i>	<i>muito (a)</i>
11. Quanta dor a senhora acha que as crianças sentem ao receberem as vacinas:			
DPT (tríplice)	0	1	2
Sabin (paralisia)	0	1	2
12. Qual o receio que a senhora tem que estas vacinas façam mal à criança?			
DPT (tríplice)	0	1	2
Sabin (paralisia)	0	1	2
13. Qual o receio que a senhora tem de que estas vacinas causem <u>de</u> feitos físicos nas crianças?			
DPT (tríplice)	0	1	2
Sabin (paralisia)	0	1	2
14. Quanta atrapalhação causa a <u>dis</u> tância entre o Posto e sua casa para aplicar estas vacinas?			
DPT (tríplice)	0	1	2
Sabin (paralisia)	0	1	2
15. Quanta proteção a senhora acha que estas vacinas dão às <u>crian</u> ças?			
DPT (tríplice)	0	1	2
Sabin (paralisia)	0	1	2

16. Se as crianças tomarem todas as doses destas vacinas quanta proteção elas terão?			
	<i>nenhum (a)</i>	<i>regular</i>	<i>muito (a)</i>
DPT (tríplice)	0	1	2
Sabin (paralisia)	0	1	2
17. Se as crianças tomarem apenas algumas doses destas vacinas, quanta proteção elas terão?			
DPT (tríplice)	0	1	2
Sabin	0	1	2
18. Quanto a propaganda destas vacinas em rádio e TV ajuda a mãe a decidir levar as crianças para vacinar?			
DPT (tríplice)	0	1	2
Sabin (paralisia)	0	1	2
19. Quanto os cartazes sobre estas vacinas ajudam as mães a levarem os filhos para vacinar			
DPT (tríplice)	0	1	2
Sabin (paralisia)	0	1	2
20. Quanto a falta de doenças nas crianças vacinadas ajuda as outras mães a levarem os filhos para vacinar?			
DPT (tríplice)	0	1	2
Sabin (paralisia)	0	1	2

21. Quanto a senhora acha que conselho de amigo ou vizinho ajuda a mãe a levar o filho para receber estas vacinas?

DPT (tríplice)

Sabin (paralisia)

nenhum (a)

regular

muito (a)

0

1

2

0

1

2

22. Quanto a leitura de revistas e jornais ajuda a mãe a levar o filho para receber estas vacinas?

DPT (tríplice)

Sabin (paralisia)

0

1

2

0

1

2

Quadro demonstrativo do resultado da validação aparente e de conteúdo.

	1	2	3	4	5	6	7	8	% de concor- dância.
Peritos									
Itens segundo o guia de validação da escala	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
Os itens de 1 a 5 parecem medir susceptibilidade percebida?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
Os itens de 6 a 10 parecem medir a gravidade percebida?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	87,5
Os itens de 11 a 17 parecem medir os benefícios e barreiras da ação preventiva?	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	87,5
Os itens de 18 a 22 parecem medir os eventos motivadores da ação preventiva?	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	87,5
Assinalar os itens cujo conteúdo parece medir as variáveis do MCS mas não estão escritos de forma clara.	-	-	-	-	-	-	-	-	100
Assinalar os itens irrelevantes.	-	-	-	-	-	-	-	-	100
Quanto a adequabilidade das opções de respostas (nenhum, regular, muito).	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	62,5
Facilidade de compreensão do instrumento como um todo.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	100
SUGESTÕES	- Inclusão da opção "não sei" - Incluir prof. de saúde - eventos motivadores. - Modificação no Report e substituição de alguns termos.	- Modificação da forma redacional das questões 5,12,18,19,20, 21 e 22.	- As questões 6,8,12,14, 18,19,20,21 e 22 foram sem abertas.	-	-	- Modificação no item 6 e nas opções de respostas.	- Modificação da forma dos itens 8 a 17. - Inversão de ordem 35, 8 e 10.	- Modificação de forma dos itens 6,10,11,12 e 13.	

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS DE MÃES EM RELAÇÃO À VACINAÇÃO
(CMRV - forma final)

Estabelecimento do rapport

Meu nome é sou enfermeira. Estou fazendo um levantamento para saber a opinião das mães sobre a vacinação. Acho que se souber as razões das mães que como a senhora, vacinam os filhos, poderíamos ajudar aquelas que não estão trazendo seus filhos para vacinar. Se a senhora concordar gostaria de lhe fazer algumas perguntas. Vou anotar suas respostas numa folha, mas esta não conterá seu nome, somente eu e a senhora saberemos o que conversamos. A nossa conversa será breve, tomarei apenas 15 minutos do seu tempo.

PARTE I - DADOS QUALITATIVOS SOBRE A CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE DOENÇAS.

1. Qual a sua idade?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 - até 19 anos | <input type="checkbox"/> 3 - 30 a 39 anos |
| <input type="checkbox"/> 2 - 20 a 29 anos | <input type="checkbox"/> 4 - 40 anos ou mais |

2. Qual o seu estado civil?

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - solteira | <input type="checkbox"/> separada |
| <input type="checkbox"/> 2 - casada | <input type="checkbox"/> viúva |
| <input type="checkbox"/> 3 - amasiada | |

3. Até que ano da escola a senhora frequentou?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 0 - analfabeta | <input type="checkbox"/> 5 - colegial incompleto |
| <input type="checkbox"/> 1 - primário completo | <input type="checkbox"/> 6 - colegial completo |
| <input type="checkbox"/> 2 - primário incompleto | <input type="checkbox"/> 7 - superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> 3 - ginásio incompleto | <input type="checkbox"/> 8 - superior completo |
| <input type="checkbox"/> 4 - ginário completo | |

4. Qual a renda de sua família?

- 1 - menos de 1 salário mínimo
- 2 - 1 a 2,5 salários mínimos
- 3 - 3 a 4,5 salários mínimos
- 4 - mais de 5 salários mínimos

5. A senhora foi vacinada quando criança?

- 1 - SIM 2 - NÃO 0 - NÃO SABE

Em caso positivo qual (is) vacina (s) que recebeu?

6. A senhora já ouviu falar em

- | | | |
|------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| difteria (crupe)? | <input type="checkbox"/> 1 - SIM | <input type="checkbox"/> 2 - NÃO |
| coqueluche (tosse comprida)? | <input type="checkbox"/> 1 - SIM | <input type="checkbox"/> 2 - NÃO |
| tétano? | <input type="checkbox"/> 1 - SIM | <input type="checkbox"/> 2 - NÃO |
| poliomielite (paralisia)? | <input type="checkbox"/> 1 - SIM | <input type="checkbox"/> 2 - NÃO |

7. Alguém que a senhora conhece já teve

difteria (crupe)	() 1 - SIM	() 2 - NÃO
coqueluche (tosse comprida)?	() 1 - SIM	() 2 - NÃO
tétano?	() 1 - SIM	() 2 - NÃO
poliomielite (paralisia)	() 1 - SIM	() 2 - NÃO

8. Que pessoas lhe falaram sobre a necessidade de vacinar seu filho?

PARTE II - CRENÇAS DAS MÃES

1. Para a senhora, quais dessas pessoas "pegam" mais facilmente:

	crianças	adultos	velhos	não sabe
difteria (crupe)?	3	2	1	0
coqueluche (tosse comprida)	3	2	1	0
tétano	3	2	1	0
poliomielite (paralisia)	3	2	1	0

2. Como a senhora classifica estas doenças?

	comum	mais ou menos	rara	não sabe
difteria (crupe)	3	2	1	0
coqueluche (tosse comprida)	3	2	1	0
tétano	3	2	1	0
poliomielite (paralisia)	3	2	1	0

As perguntas que lhe farei agora também tratam sobre a difteria (crupe), coqueluche (tosse comprida), o tétano e a poliomielite e as vacinas tríplice e Sabin. Para cada pergunta a senhora poderá responder:

Sim: se concordar, se estiver de acordo.

Não: se não concordar

Às vezes: se estiver entre o Sim e o Não e

Não sabe: se a senhora não souber a resposta

3. A senhora acha que seu filho poderá ter:

	sim	às vezes	não	não sabe
difteria (crupe)	3	2	1	0
coqueluche (tosse comprida)	3	2	1	0
tétano	3	2	1	0
poliomielite (paralisia)	3	2	1	0

4. A senhora acha que estas doenças são perigosas?

difteria (crupe)	3	2	1	0
coqueluche (tosse comprida)	3	2	1	0
tétano	3	2	1	0
poliomielite (paralisia)	3	2	1	0

Para a senhora, quais destes motivos fazem uma doença ser perigosa (grave)

5. Causar morte	3	2	1	0
6. Deixar a pessoa com defeito físico	3	2	1	0

	sim	às vezes	não	não sabe
7. Causar dor	3	2	1	0
8. Necessitar hospitalização	3	2	1	0
9. Pegar em outra(s) pessoa(s) da família	3	2	1	0
10. Ter recuperação lenta	3	2	1	0

Quais destes benefícios a se
nhora acha que as vacinas
tríplice e Sabin trazem ao
seu filho?

11. Evita que ele tenha qualquer tipo de doença	3	2	1	0
12. Não evita doenças mas elas dão mais fracas	3	2	1	0
13. Deixa a criança mais saudá vel	3	2	1	0
14. Permite receber o salário- família	3	2	1	0

Quais desses meios lheaju-
daram a decidir vacinar
seu filho?

15. Propaganda das vacinas em jornais e revistas	3	2	1	0
16. Leitura sobre vacinas em jornais e revistas	3	2	1	0
17. Conselho do pediatra	3	2	1	0
18. Conselho de amigos e paren- tes	3	2	1	0
19. Folhetos distribuídos na maternidade	3	2	1	0
20. Medo de perder a criança	3	2	1	0

Por quais destes motivos a se
nhora deixaria de vacinar seu
filho?

	sim	às vezes	não	não sabe-
21. Medo que a vacina faça mal	3	2	1	0
22. Dor causada pela aplicação da vacina	3	2	1	0
23. Falta de dinheiro para <u>trans</u> porte	3	2	1	0
24. Doença da criança	3	2	1	0
25. Distância da casa ao posto	3	2	1	0
26. Falta de tempo	3	2	1	0
27. Falta de orientação	3	2	1	0
28. Medo dos efeitos da vacina	3	2	1	0
29. Esquecimento	3	2	1	0