



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
Departamento de Psicología y Antropología

TESIS DOCTORAL

LA PREVENCIÓN CUATERNARIA Y SU IMPACTO EN LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS JÓVENES

Doctoranda: Júlia Maria Guilherme Ribeiro Antunes

Directores: Doctor Florencio Vicente Castro

Badajoz Octubre 2015



TESIS DE DOCTORADO

LA PREVENCIÓN CUATERNARIA Y SU IMPACTO EN LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS JÓVENES

Doctoranda: Júlia Maria Guilherme Ribeiro Antunes

Trabajo de investigación presentado por Júlia Maria Guilherme Ribeiro Antunes Dirigido por el Doctor Florencio Vicente Castro Catedrático de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Extremadura

Visto Bueno para su defensa.
El Director del trabajo

Fdo.

Florencio Vicente Castro



UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
Departamento de Psicología y Antropología
BADAJOS

FLORENCIO VICENTE CASTRO,
Profesores de Psicología Evolutiva y de la
Educación de la Universidad de Extremadura

CERTIFICAMOS:

Que el presente trabajo de investigación titulado **La
Prevención Cuaternaria y su Impacto en la Salud y
Calidad de Vida de los Adultos Jóvenes** constituye el
trabajo de investigación, original e inédito que presenta
Júlia Maria Guilherme Ribeiro Antunes para optar a la
consecución del Grado de Doctor

Para que conste
Badajoz Octubre 2015

Os homens que perdem a saúde para juntar dinheiro e depois perdem o dinheiro para recuperar a saúde, por pensarem ansiosamente no futuro, esquecem o presente, de tal modo que acabam por nem viver no presente nem no futuro, vivem como se nunca fossem morrer e morrem como se nunca tivessem vivido

Buda

Dedicatória

Dedico esta Tese a todos os meus alunos, que são a grande motivação da realização deste trabalho, bem como a todos os meus Mestres que ao longo de muitos anos e em diferentes circunstâncias, se cruzaram com o meu itinerário de vida.

Agradecimentos

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz pela motivação para realizar este grau, apoiando sempre a continuidade desta formação, particularmente Professor Doutor Martins dos Santos, Profs. Drs. Mário Polido, Martins Correia, José João Mendes, José Luis Castanheira e à Prof^a. Dr^a. Cristina Manso.

À Prof^a. Dr^a. Irene Ventura, co-orientadora, pelos cuidados, disponibilidade e interesse.

Ao Professor Doutor Salvador Massano Cardoso, ao Dr. Álvaro Quintana, presentes sempre neste período de estudo, muito obrigada.

Aos colegas, Profs. Doutor. Teresa Andrade, Noémia Lopes, Alexandra Maia e Silva, Ângela Pereira, Catarina Bernardes, Hortense Cotrim, Maria João Trindade, Véronique Sena, às Mestres Ana Neves, Ana Terezinha e o Dr. Mário Carvalho pelo apoio e incentivo ao longo deste tempo.

Às colegas, Dras Catarina Sanches, Cecília Rozan, Joana Carmo, Luísa Amado, Filipa Jordan, Catarina Isidoro, Simone Marques pela motivação e encorajamento.

Ao Professor Doutor Florêncio Vicente Castro personalidade ímpar no mundo da Ciência, muito obrigada por ter possibilitado imaginar vivenciar este tempo como “um Doutoramento Feliz”.

Índice

Agradecimentos.....	I
Índice.....	II
Índice de Quadros	IV
Índice de Gráficos	VII
Lista de Siglas	X
Lista de Anexos.....	XI
Resumo.....	XII
Resumen.....	XIV
Abstract	XVI
Introdução	1
Resumo alargado	3
PARTE I – Enquadramento teórico	11
Capítulo I – Prevenção quaternária versus medicalização da sociedade	12
1. Prevenção quaternária	12
2. Medicalização da sociedade.....	14
Capítulo II – Comorbilidade versus Iatrogenia.....	19
1. A comorbilidade.....	19
2. A Iatrogenia.....	20
Capítulo III – O Medicamento e a Indústria Farmacêutica.....	24
1. O medicamento	24
2. A Indústria Farmacêutica	28
Capítulo IV – Sociedade e cultura versus itinerários saúde/doença e qualidade de vida	31
1. Sociedade e cultura	31
2. Itinerários de saúde /doença e qualidade de vida.....	32
Capítulo V – Perspectivas Futuras	49
PARTE II – Estudo Empírico	52
Capítulo VI – Metodologia	53
1. Apresentação do estudo, objectivos e hipóteses	53
2. Caracterização da amostra.....	54
3. Instrumentos.....	55
4. Procedimentos	55
5. Tratamento e análise dos dados.....	56
Capítulo VII – Apresentação de resultados.....	58
A. Análise Univariada.....	58
B. Análise Bivariada	124
1. A coerência interna – teste do alfa de Cronbach.....	124
1.1. Coerência interna	124
1.2. Informação acerca dos medicamentos	124
1.3. Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos / representação sociais.....	125
1.4. Todas as escalas de Likert.....	127
1.5. Todas as variáveis	129
2. Detecção e expurgo de valores aberrantes – Análise Exploratória de Dados	132

2.1. Análise Exploratória de Dados.....	132
2.2. Conclusões	145
3. Relações entre variáveis – independência e dependência. O qui quadrado	146
3.1. Análise bivariada da amostra	146
4. Detecção de variáveis explicativas – regressão linear múltipla. Análise stepwise; regressão forward e regressão backward.....	148
5. Relações de vizinhança entre variáveis – análise de clusters.....	149
6. Redução de variáveis e procura de novas explicações.....	150
6.1. Quadro F – Crenças em relação aos médicos e aos medicamentos/representações sociais	151
6.2. Quadro F 1 – Metáforas acerca de medicamentos	157
6.3. Quadro F 2 – Representações sociais acerca da saúde/doença	162
Capítulo VIII – Discussão	168
Capítulo IX – Conclusões	172
Bibliografia Citada	174
Bibliografia Não Citada	185
Anexos	199

Índice de Quadros

- Quadro 1: Novos Modelos de Saúde (adaptado de Tinetti)
- Quadro 2: Distribuição por Sexo
- Quadro 3: Distribuição por Estado Civil
- Quadro 4: Distribuição do tipo doenças dos jovens universitários
- Quadro 5: Distribuição das Doenças por Sexo
- Quadro 6: Atitude perante a Doença
- Quadro 7: Última Doença dos Inquiridos que foram ao médico
- Quadro 8: Doenças que foram alvo de auto medicação
- Quadro 9: Doenças em que não houve toma de medicamentos
- Quadro 10: As opções que influenciam a Saúde
- Quadro 11: Factores que mais influenciam a Saúde
- Quadro 12: Atitude perante as várias doenças
- Quadro 13: Toma medicamentos sem receita médica
- Quadro 14: Que medicamento tomou sem receita médica
- Quadro 15: Quem aconselhou o medicamento tomado sem receita médica
- Quadro 16: Deve cuidar da saúde evitando idas ao médico
- Quadro 17: Preferência dos médicos que discutem as terapêuticas com o doente
- Quadro 18: Não pôr em causa o saber e autoridade médica
- Quadro 19: Quantas vezes vai ao médico
- Quadro 20: Nº de causas da ida ao médico
- Quadro 21: Razões da ida ao médico
- Quadro 22: Doenças crónicas que originam ida ao médico
- Quadro 23: Quantos comprimidos toma por dia
- Quadro 24: Tipo de comprimidos tomados por dia
- Quadro 25: Compra os medicamentos receitados pelo médico
- Quadro 26: Respeita as quantidades e toma de medicamentos receitados
- Quadro 27: Não respeita as quantidades e forma de tomar os medicamentos receitados

Quadro 28: O que pensa do médico que não receita medicamentos

Quadro 29: Pede informações sobre a finalidade do medicamento

Quadro 30 Lê o folheto que acompanha o medicamento

Quadro 31: O que pensa da literatura que acompanha o medicamento

Quadro 32: O que faz se percebe que o medicamento pode causar algum problema

Quadro 33: O que faz com os medicamentos que sobraram

Quadro 34: Fontes de informação sobre saúde

Quadro 35: Acerca dos medicamentos de venda livre

Quadro 36: Opinião sobre a publicidade aos medicamentos de venda livre

Quadro 37: Auto avaliação dos inquiridos sobre o seu estado de saúde

Quadro 38: Auto avaliação dos inquiridos sobre os cuidados com a sua saúde

Quadro 39: Prática de actividade física por parte dos inquiridos

Quadro 40: Distribuição de fumadores por sexo

Quadro 41: Distribuição de bebedores de bebidas alcoólicas por sexo

Quadro 42: Crenças acerca da Medicina

Quadro 43: Opinião sobre os medicamentos

Quadro 44: Opiniões acerca dos medicamentos e da medicina

Quadro 45: Escala L2 Valor inicial

Quadro 46: Escala L2 Valor final

Quadro 47: Alfa de Cronbach (1)

Quadro 48: Alfa de Cronbach (2)

Quadro 49: Alfa de Cronbach (3)

Quadro 50: Alfa de Cronbach (4)

Quadro 51: Alfa de Cronbach (5)

Quadro 52: Alfa de Cronbach (6)

Quadro 53 Alfa de Cronbach (7)

Quadro 54: Alfa de Cronbach (8)

Quadro 55: Cálculo das Barreiras

Quadro 56: Recodificação de variáveis

Quadro 57: Variáveis relacionadas com o género

Quadro 58: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Quadro 59: Comunalidades

Quadro 60: Método de extracção: Análise de componentes principais

Quadro 61: Crenças e Atitudes em Relação aos médicos e aos medicamentos

Quadro 62: Resultados ACP quadro F

Quadro 63: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Quadro 64: Comunalidades

Quadro 65: Eigenvalues iniciais

Quadro 66: Resultados ACP/Quadro F1

Quadro 67: Conclusão da ACP/Quadro F1

Quadro 68: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Quadro 69: Comunalidades

Quadro 70: Eigenvalues iniciais

Quadro 71: Analise de componentes principais Quadro F2

Quadro 72: Resultados da Analise de componentes principais Quadro F2

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição por Sexo

Gráfico 2: Distribuição por Idade

Gráfico 3: Distribuição por Estado Civil

Gráfico 4: Distribuição por Distrito de Residência

Gráfico 5: Distribuição por Habilitações Académicas

Gráfico 6: Distribuição do tipo de doenças dos jovens universitários

Gráfico 7: Distribuição das Doenças por Sexo

Gráfico 8: Atitude perante a Doença

Gráfico 9: Última Doença dos Inquiridos que foram ao médico

Gráfico 10: Doenças que foram alvo de auto medicação

Gráfico 11: Doenças em que não houve toma de medicamentos

Gráfico 12: Os factores que influenciam a Saúde

Gráfico 13: Factores que mais influenciam a Saúde

Gráfico 14: Nº de dias desde a toma de medicamentos sem receita médica

Gráfico 15: Que medicamento tomou sem receita

Gráfico 16: Quem aconselhou o medicamento tomado sem receita médica

Gráfico 17: Nº de causas da ida ao médico

Gráfico 18: Razões da ida ao médico

Gráfico 19: Quantos comprimidos toma por dia

Gráfico 20: Não respeita as quantidades e forma de tomar os medicamentos receitados

Gráfico 21: O que pensa do médico que não receita medicamentos

Gráfico 22: Pede informações sobre a finalidade do medicamento

Gráfico 23: Pede informações sobre as contra-indicações do medicamento

Gráfico 24: Pede informações sobre reacções adversas do medicamento

Gráfico 25: Pede informações sobre o modo de tomar o medicamento

Gráfico 26: Lê o folheto que acompanha o medicamento

Gráfico 27: Tipo de actividade de física praticada pelos inquiridos

Gráfico 28: Distribuição por sexo do tipo de actividade de física praticada

Gráfico 29: Distribuição por sexo do números de horas diárias de sono

Gráfico 30: Distribuição por sexo do número de refeições tomadas diariamente

Gráfico 31: Opinião sobre os médicos receitarem muitos medicamentos

Gráfico 32: Opinião sobre interromper os medicamentos de vez em quando

Gráfico 33: Opinião sobre os medicamentos causarem dependência

Gráfico 34: Opinião sobre os medicamentos naturais serem mais seguros que os químicos

Gráfico 35: Opinião sobre os medicamentos causarem mais mal que bem

Gráfico 36: Opinião sobre todos os medicamentos serem venenos

Gráfico 37: Opinião sobre os médicos confiarem demasiado nos medicamentos

Gráfico 38: Opinião sobre se os médicos tivessem mais tempo, receitariam menos medicamentos

Gráfico 39: Opinião sobre os medicamentos serem cápsulas mágicas

Gráfico 40: Opinião sobre os medicamentos serem tónicos, combustível, energia.

Gráfico 41: Opinião sobre os medicamentos serem solução de um problema

Gráfico 42: Opinião sobre os medicamentos serem uma forma de ajuda, pacificação, consolo.

Gráfico 43: Opinião sobre os medicamentos serem um paraíso seguro sem stress

Gráfico 44: Opinião sobre os medicamentos serem um obstáculo, prisão, inimigo

Gráfico 45: Opinião sobre os medicamentos serem morte, doença, peste, veneno

Gráfico 46: Opinião sobre os medicamentos serem um estilo de vida, aceitação social

Gráfico 47: A auto-medicação com medicamentos já utilizados não implica riscos para a saúde.

Gráfico 48: Conhecendo as indicações do medicamento, não há grande risco em usá-lo sem consultar o médico.

Gráfico 49: Não faz sentido suportar o mau estar quando há medicamentos para o combater.

Gráfico 50: Tomar medicamentos sem indicação médica é um grande risco para a saúde.

Gráfico 51: A toma frequente de medicamentos reduz as defesas naturais do organismo.

Gráfico 52: Todos os medicamentos devem estar sujeitos a receita médica.

Gráfico 53: Tomar medicamentos sugeridos por amigos ou familiares é pôr a saúde em risco.

Gráfico 54: Deve-se procurar assistência médica mesmo para os problemas ligeiros

Gráfico 55: Perante um mau estar físico é preferível suportá-lo a tomar, de imediato, medicamentos

Gráfico 56: O farmacêutico não substitui a opinião do médico.

Gráfico 57: Primeiras variáveis com outliers

Gráfico 58: Variáveis com outliers (nova escala)

Gráfico 59: O problema das escolhas múltiplas

Gráfico 60: Variável com outlier (V6 A)

Gráfico 61: A origem da informação; variáveis dicotômicas

Gráfico 62: Variáveis tricotômicas

Gráfico 63: Mudança de escala nas variáveis tricotômicas

Gráfico 64: Condicionantes da saúde

Gráfico 65: Variáveis auxiliares

Gráfico 66: Scree Plot(1)

Gráfico 67: Scree Plot(2)

Gráfico 68: Scree Plot(3)

Lista de Siglas

PNV – Plano Nacional de Vacinação

Wonca – World Organization of Family Doctors

WICC – Comité Internacional Classificações Wonca

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DTC Advertising – publicidade directa ao consumidor

Essem – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

OMS – Organização Mundial de Saúde

OTC – over the counter/venda livre

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RAM – Reação adversa a medicamentos

Wonca – World Organization of Family Doctors

Lista de Anexos

Anexo I – Questionário sobre atitudes, conhecimentos e comportamentos, acerca de saúde e doença, em jovens universitários.

Resumo

Os estudantes universitários em Ciências da Saúde, são tipicamente bem educados, saudáveis, são um grupo relativamente homogêneo e privilegiado relativamente a cultura e *status* socioeconómico, constituindo sem dúvida, um potencial de liderança futura que poderá influenciar outros grupos sociais em diversos momentos do ciclo de vida, assumindo o papel de agentes de mudança.

Na Sociedade e Cultura do nosso tempo, encontramos inquietações que não são fáceis de estudar, como a medicalização da sociedade, os fenómenos de comorbilidade, iatrogenia, a prevenção quaternária, para além de toda a complexidade relacionada com a medicina, médicos e medicamentos.

A partir desta temática e com recurso a vários patamares de conhecimento fomos desenvolvendo a construção de um objecto teórico de forma a seguidamente desenvolvermos a sua análise, que se concretizou no objectivo deste estudo, ou seja, conhecer e caracterizar as práticas de saúde e/ou doença, de jovens universitários, bem como representações sociais acerca dos médicos da medicina e dos medicamentos.

Desejámos compreender, se existem práticas medicalizantes, promotoras da autonomia e/ou dependência, novas formas de gestão do corpo e do bem-estar, práticas de risco, recurso à auto-medicação, crenças acerca da medicina, metáforas acerca dos medicamentos, bem como se existe alinhamento com o conceito e filosofia da prevenção quaternária.

Foram inquiridos, através de questionário, 502 estudantes universitários da área de Ciências da Saúde. Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal. Os resultados foram sujeitos a análise descritiva e

inferencial utilizando-se neste caso o teste qui-quadrado, a análise factorial e a análise de componentes principais com nível de significância de ($p \leq 0,05$)

Encontramos sinais de bom senso e espírito crítico nas escolhas efectuadas pelos jovens, não encontramos significativas diferenças de género maior parte das variáveis deste estudo, o que nos leva a questionar acerca de como será a Sociedade do Futuro? Parecem também resistir aos consumos do produto *saúde* mesmo medicamente *certificado* e consideram que a actual medicina tem *riscos*.

Estes jovens universitários de Ciências da Saúde, poderão ser futuramente os interlocutores dos Políticos e das suas Políticas, com vista à implementação de mudanças nos itinerários de saúde/doença, de indivíduos e populações. Um desafio. Sem dúvida.

Palavras chave: Medicalização, Iatrogenia, Comorbilidade, Prevenção Quaternária.

Resumen

Estudiantes universitarios en Ciencias de la Salud son típicamente bien educados, preocupados con la salud y son un grupo relativamente homogéneo y privilegiado con respecto a la cultura y el estatus socioeconómico, que sin duda representa un gran potencial para el liderazgo futuro que puede influir con cierta facilidad a otros grupos sociales en distintos momentos del ciclo de vida, tomando el papel de agentes de cambio.

En nuestra sociedad y cultura actual, encontramos hoy fenomenologías que conocemos, pero que no son, de hecho, fáciles de estudiar, como la medicalización de la sociedad, el fenómeno de la comorbilidad, iatrogenia y la prevención cuaternaria, además de toda la complejidad relacionada con la medicina en general.

El objetivo de este estudio fue identificar y caracterizar las prácticas de salud/enfermedad de este grupo de estudiantes, así como entender las representaciones sociales de los médicos, fármacos y medicina, desarrollando un objeto teórico en diversos grados sobre el cuál se realizó el análisis.

En particular, nos hemos centrado en comprender si hay prácticas de medicalización que promueven la autonomía y/o dependencia de los individuos, las nuevas formas de gestión del cuerpo y del bienestar, prácticas de riesgo, la auto-medicación, creencias sobre la medicina, metáforas sobre fármacos, así como si hay una alineación con la prevención cuaternaria.

502 estudiantes universitarios de ciencias de la salud participaron de la encuesta mediante cuestionario. El estudio fue exploratorio descriptivo y transversal. Los resultados fueron sometidos a un análisis descriptivo e

inferencial, utilizando en este caso la prueba de chi-cuadrado análisis factorial y análisis de los principales componentes con nivel de significación $p \leq 0,05$.

Encontramos señales de sentido común y de pensamiento crítico en las decisiones tomadas y no se encontraron diferencias significativas en el género, lo que nos lleva a la pregunta: ¿cómo será la sociedad del futuro? Los estudiantes encuestados también parecen resistirse al consumo de productos de salud, incluso cuando tienen certificación médica, pues consideran que la medicina actual presenta algunos riesgos.

Los estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud de hoy, pueden llegar a ser los futuros interlocutores de los políticos y sus políticas para implementar los cambios sociales en los itinerarios de la salud/enfermedad, de los individuos y de las poblaciones. Sin duda, un gran desafío.

Palabras clave: medicalización, iatrogenia, comorbilidad, Prevención Quaternaria

Abstract

College students in Health Sciences are typically well educated, health-conscious and are a relatively homogeneous and privileged group with respect to culture and socioeconomic status, who undoubtedly represent a great potential for future leadership that may influence with some ease other social groups at different moments of the lifecycle, taking the role of agents of change.

In our current culture and society, we find phenomenologies which we know about, but are, in fact, not easy to study, such as the medicalization of society, the phenomenon of comorbidity, iatrogenicity and quaternary prevention, additionally to all the complexity related to the medicine itself.

The purpose of this study was to identify and characterize the health/disease practices of this cluster of students as well as understand the social representations of doctors, medicines and the medicine itself, developing throughout this study a theoretical subject in various degrees used to conduct this analysis.

In particular, we focused in understanding if there are medicalizing practices which promote the autonomy and/or dependence of the individuals, new ways of managing the body and well-being, risk practices, self-medication, specific beliefs in regards to medicine, metaphors about medicines, as well as if there is an alignment with the quaternary prevention.

502 university students in health sciences were surveyed using a questionnaire, one of them developed by the investigator and the other by Robert Horne. The study was exploratory, descriptive study and cross-sectional. The results were subjected to a descriptive and inferential

analysis, using in this case the chi-square test, factor analysis and the analysis of the main components with a significance level of $p \leq 0,05$.

We found signs of common sense and critical thinking in the choices made and we found no significant differences in gender, which leads us to question: how will the Future Society be? The surveyed students also seem to resist to the consumption of health products even when medically certified, considering that the current Medicine presents some risks.

Today's university students of Health Sciences, may become the future interlocutors of the politicians and their policies to implement social changes in the itineraries of health/disease, of individuals and of populations. Without a doubt, a great challenge.

Key words: medicalization, iatrogenicity, Comorbidity, Quaternary Prevention

Introdução

Tão longe quanto a investigadora pode ver, sempre se interessou pela área da saúde, de tal forma que fez duas Licenciaturas respectivamente, em Medicina, Medicina Dentária e um Mestrado em Saúde Comunitária. A vastidão e complexidade do *adoecer* deixaram-lhe sempre questões às quais a maior parte das vezes não conseguiu responder.

Pensando nos jovens universitários, que ensina há largos anos, que serão no Futuro provavelmente, líderes de opinião e assim poderão promover mudanças na sociedade, dado que irão trabalhar na Área da Saúde, onde todos os dias falam com pessoas e famílias, considerou importante conhecer o seu pensamento relativamente a atitudes, comportamentos e opiniões acerca de práticas de saúde/doença bem como as suas representações sociais relativamente a problemáticas actuais acerca da medicina dos médicos e dos medicamentos e também conhecer a sua opinião sobre metáforas e metonímias relacionadas com medicamentos. Será que o género condiciona e explica, atitudes, comportamentos e opiniões?

Alguns estudos envolvendo universitários, têm mesmo chamado a atenção em Portugal, para a necessidade de desenvolver investigações e intervenções no âmbito da promoção da saúde no contexto do ensino superior (Pereira & Ramos, 2000; Resapes, 2002; Pereira e Silva, 2001; Pereira et al, 2006), o que reforça o interesse acerca desta temática ou seja caracterizar as práticas de saúde dos universitários.

É importante conhecer os hábitos e os estilos de vida dos nossos jovens a fim de se implementarem programas que promovam estilos de vida mais saudáveis e níveis mais elevados de bem estar físico e psicológico (Geadá, 1989).

Estes pensamentos viriam a germinar, e conduziram à leitura e ao conhecimento de muitos autores do *mundo* com ideias, críticas e soluções interessantes para os problemas em análise, perspectivados em torno de novos contextos de saúde, educação e qualidade de vida.

Iniciamos, assim um caminho, que vamos começar desde já a fazer. Como? Caminhando...

Resumo alargado

A condição de jovem universitário, apresenta características próprias, já que, o período vivenciado na Universidade pode gerar inúmeros conflitos, pode mesmo desencadear sofrimento, visto tratar-se de uma fase de transição indutora de grandes modificações na vida do indivíduo (Adewuya, 2006; Eisenberg et al, 2007).

Nesta altura, os desafios que os jovens enfrentam são múltiplos, desde a escolha profissional, estabelecimento de novas relações, a competição académica, o desenvolvimento profissional e pessoal (Ferreira et all, 2001).

Pensando que por um lado, os universitários da área da saúde, frequentam a mesma sociedade que todos nós, encontram-se expostos a idênticas problemáticas que a todos afectam, nomeadamente, a medicalização da sociedade, a iatrogenia, comorbilidade, medicina, médicos e medicamentos, por outro, verificamos que frequentemente a investigação operacionaliza-se em contextos de doença, incapacidade para a vida activa, estigmatização social de maior ou menor complexidade e esquecemos aqueles que supostamente estão ainda saudáveis: é necessário também conhecer o seu pensamento, a sua prática, atitude, opiniões, comportamentos e conhecimentos.

Para além disso, têm um potencial de liderança que no futuro poderá introduzir mudanças noutros grupos sociais em diversos momentos do ciclo de vida, dado que diariamente contactam com muitas pessoas, algumas seguramente receptivas a novas ideias.

Assim, com o objectivo de conhecer e caracterizar as suas práticas de saúde/doença, fomos inquirir 502 jovens universitários de cursos da área da saúde, Fisioterapia, Terapia da fala, Análises Clínicas, Anatomia Patológica Citológica e Tanatológica, Audiologia, Cardiopneumologia,

Prótese Dentária, e apresentamos este trabalho enquadrado teoricamente em quatro capítulos.

No primeiro apresenta-se um possível elemento regulador de toda a problemática que seguidamente vamos desenvolver, a prevenção quaternária, um novo conceito, uma nova filosofia da qual Starfield (2002), foi grande adepta, sublinhando, que 40% dos pacientes que trazem um novo problema de saúde à consulta melhoram sem que tenha sido formulado um diagnóstico específico. No compasso de espera o diagnóstico pode ser afinado, reduzindo-se as possibilidades de falsos positivos e de falsos negativos dos testes diagnósticos. Por estas razões Gervas & Pérez-Fernández (2006) referem que a essência da prevenção quaternária é não iniciar a cascata de exames, não rotular o paciente, não abusar do poder de definir o que é doença, factor de risco e saúde. Há que resistir tanto à pressão da corporação médico-farmacêutica-tecnológica, como também dos pacientes. Há que se desenvolver e estruturar uma *ética negativa*, baseada no contrato social implícito que exige do médico o cumprimento de sua obrigação mesmo que haja uma pressão forte para iniciar a cascata diagnóstica e preventiva que muitas vezes é apenas e só desnecessária.

A filosofia da prevenção quaternária opera-se, perante a medicalização crescente das nossas sociedades que muitas vezes temos dificuldade em racionalmente compreender pois apesar de vivermos mais de 80 anos, a pandemia iatrogénica de medo é tão grande, que desafia a inteligência! O aumento da quantidade e qualidade de vida não se acompanha de maior felicidade nem de maior satisfação com a própria saúde. Pelo contrário, o *paradoxo da saúde*, sublinhado por Amartya Sen, economista e filósofo indiano, segundo o qual, a procura de mais saúde gera mais procura, reflecte a falta de tranquilidade e o desassossego, que atinge milhões de pessoas.

Nas sociedades europeias ocidentais, a universalidade dos sistemas de saúde, após a segunda guerra mundial, foi o grande elemento detonador da medicalização e da sua expansão nos diferentes contextos e grupos sociais.

A facilidade para estabelecer contactos médicos foi aumentando até que os sistemas de saúde se tornaram praticamente universais concedendo o Estado apoios à compra de medicamentos, actualmente alguns mesmo a custo zero para certos pacientes.

Esta dinâmica permitiu a transferência de todo o tipo de situações, tradicionalmente não consideradas saúde/doença, para o contacto médico assíduo e permanente.

Desde o nascimento até à morte todos os incómodos são escrutinados através do olho clínico do profissional adequado.

A medicalização assume-se como fenómeno culturalmente generalizado ainda que assumindo particularidades nos diferentes grupos sociais.

Outras variáveis vêm aumentar enormemente a medicalização da sociedade, estamos a pensar na comorbilidade ou multimorbilidade.

No segundo Capítulo apresenta-se a comorbilidade e o seu imparável aumento com o aumento da esperança média de vida impensável até há bem pouco tempo, bem como a problemática daqui decorrente, nomeadamente as iatrogenias clínica, social e cultural.

Actualmente sabemos, que quem toma mais de cinco medicamentos por dia, tem probabilidade de sofrer em 50% dos casos, interacções medicamentosas e para quem toma sete a probabilidade sobe para 100% (Monteiro et al, 2007).

Entramos aqui na iatrogenia que esta procura incansável de saúde motiva pois na verdade não é inócua. Os serviços de saúde são a terceira causa de morte nos EUA onde respondem por aproximadamente 225.000 mortes anuais (Starfield, 2000).

Em Espanha, relativamente aos efeitos adversos dos medicamentos, são anualmente 19 milhões, dos quais 1 milhão graves e 0.65 % mortais para

6500 pessoas (Gérbas, 2013). Actualmente passámos da saúde como experiência pessoal e social à saúde como produto de consumo *medicamente certificado*. Como podemos aceitar estes números, mesmo compreendê-los?

Uma possível explicação gravita à volta da ideia que as actuais filosofias à cerca da saúde, da procura de mais saúde e da insatisfação com a saúde relacionam-se com o caminho que percorremos desde o último século.

Illich (1975), analisou o adoecer numa sociedade superindustrializada onde a medicina tal qual uma empresa, produz cuidados que as pessoas solicitam permanentemente, pois são condicionadas a *obter coisas e não a fazê-las*, desejando ser educadas, transportadas e guiadas apresentando-se os médicos como donos ou sacerdotes com os seus simbolismos e rituais

O processo de aculturação, torna as pessoas incapazes de lidar com as doenças e ou problemas de saúde, assim a velhice, morte, dor e deficiência lançam-se á medicina, preservando os familiares deste trabalho.

Decorre da análise desta problemática a necessidade de fazer mudanças de mentalidades, de conceitos, de filosofia, mesmo de paradigmas.

No terceiro Capítulo, abordamos o medicamento nas suas infinitas contradições e os seus criadores, os laboratórios farmacêuticos, que hoje fazem parte do clube mais rentável do Planeta, representando biliões de dólares, mas que no reverso da medalha, frequentemente são chamados a pagar multas gigantescas, especialmente nos EUA.

No quarto Capítulo estuda-se a evolução do conceito de saúde/doença como objecto de significado variável e dinâmico nas sociedades e culturas humanas, abordando-se também o conceito de qualidade de vida como dimensão da saúde.

Tylor (1871) viria a referenciar a cultura como um complexo formado por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro uma sociedade.

Keesing (1981) refere que as culturas compreendem sistemas de ideias compartilhadas, sistemas de conceitos, regras e significados que modelam e são expressas nas formas como os humanos vivem.

Na sua essência, a cultura será então uma herança, herdada pelos indivíduos presentes numa sociedade que a transmitem à geração seguinte através de símbolos, linguagem, rituais e artes.

Cada cultura é única pelo que a compreensão das atitudes, conhecimentos e comportamentos acerca de uma temática em estudo tem que ser analisada em função dos seus próprios significados, representações sociais, valores e formas de expressão.

Através do processo de socialização, são transmitidos significados, códigos, visões do mundo que dão colorido à existência individual e colectiva.

A separação entre saúde e doença é talvez apenas e só artificial pois a linha ténue que poderíamos traçar entre ambas ao longo da vida dos indivíduos mostraria que mais frequentemente do que se possa pensar, saltitamos entre as duas condições.

Autores como Tinetti (2004) defendem que a era da doença acabou, necessitamos de mudar de paradigma ou seja em vez de nos concentrarmos no diagnóstico, tratamento e prevenção, vamos olhar também para variáveis biológicas e não biológicas relacionadas com o próprio indivíduo.

Actualmente no que respeita à saúde, ela está presente, quer nos discursos públicos, quer políticos quer no plano da vida quotidiana, é um fenómeno e uma preocupação característica das sociedades contemporâneas.

No quinto Capítulo prespectivam-se estas problemáticas analisadas de uma forma anatómica apenas e só por conveniência da investigadora, pois na prática real elas coexistem em simultâneo e de uma forma dinâmica, influenciando-se mutuamente, todas fazem parte dos itinerários de saúde e doença de indivíduos e populações.

Aqui tenta-se também perspectivar o futuro próximo, digamos a médio prazo, na opinião da investigadora, apesar das tentativas interessantes e bem intencionadas da prevenção quaternária, a arte da prevenção fará o seu caminho, com outras estratégias, mesmo sem médicos, talvez com outros actores que nem precisam do contacto presencial com os cidadãos, à distância de apenas um clique, ou um smartphone, o que já se verifica nos EUA, pois uma em cada seis visitas a médicos em 2014 já foi virtual (Topol, 2015).

Nos capítulos seguintes traçam-se os objectivos, elaboram-se algumas hipóteses e apresentam-se os resultados de um estudo realizado com 502 jovens universitários da área da saúde, a partir do qual tentámos desenhar o *perfil do estudante universitário do nosso Instituto*, a saber, trata-se de uma jovem do sexo feminino, com idade entre 18 e 21 anos, solteira, residente em Lisboa ou Setúbal, pode até já ter outra Licenciatura, e mesmo actividade profissional remunerada.

Na última vez que estive doente, a patologia mais provável foi a gripe tendo consultado o médico ou tomado medicamentos antes receitados para o mesmo problema o que nos leva a pensar na prática de auto-medicação responsável.

De salientar também a importância que dá ao ambiente para levar uma vida saudável, enfrenta problemas de saúde com o tão defendido por Gérbas (2006), *esperar para ver* ou mesmo usando tratamentos caseiros e evita idas desnecessárias ao médico, gere pessoalmente a sua saúde.

Quando vai ao médico é por doença aguda ou check-up e posiciona-se como *negociadora* decidindo com os profissionais, as atitudes perante o problema em análise, deixando para trás a antiga atitude paternalista da medicina aceita o *empowerment/enablement*, da actualidade.

Respeita a medicação prescrita e na farmácia faz as habituais perguntas, como se toma e para que serve, toma um comprimido por dia, um anticoncepcional, o que está coerente com a nossa amostra maioritariamente feminina.

De salientar que considera o seu estado de saúde, bom pratica exercício físico, não fuma, não bebe, come três ou quatro refeições e dorme oito horas por dia.

Não são evidentes práticas de risco na gestão da saúde e da doença.

Ainda acerca das crenças sobre a medicina e os medicamentos, atribui alguma culpa aos médicos na questão da medicalização devido ao facto de estes não terem tempo para falar com os doentes.

Relativamente aos medicamentos e suas metáforas, parece reconhecer-lhes uma dualidade, são cura e veneno, tal como pensavam os Gregos da antiga Grécia.

Podemos observar que curiosamente na maior parte das variáveis (66) em estudo não há relação com o sexo o que nos pode levar a pensar que

existe uma certa uniformização de conceitos, práticas e representações sociais entre os jovens.

Vamos alargar estes horizontes fazendo um enquadramento teórico mais abrangente.

PARTE I - Enquadramento teórico

Capítulo I – Prevenção quaternária versus medicalização da sociedade

1. Prevenção quaternária

A prevenção quaternária, idealizada por Jamouille médico Belga, em 1999, visa *evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico* associado a actos médicos desnecessários ou injustificados; por outro lado, pretende-se capacitar os utentes, para colaborarem nas opções possíveis, conhecendo vantagens e inconvenientes dos diferentes métodos diagnósticos e terapêuticos (Gérvas y Fernández, 2003). Também assenta no princípio da precaução (*primum no nocere*) e da proporcionalidade (*os ganhos devem ser ponderados face aos riscos*) para evitar a iatrogenia e consequentemente melhorar a qualidade de vida, evitando a *medicalização dos factores de risco* já que nos últimos anos têm vindo a aumentar o número de factores de risco em populações saudáveis falando-se mesmo em *epidemia de riscos* que associada a níveis de intervenção cada vez mais baixos, faz com que indivíduos saudáveis sejam rotulados como estando em *risco*, e apresentem necessidade de cuidados médicos – é a *medicalização dos factores de risco* (Gøtzsche, 2002).

A prevenção quaternária procura evitar o *marketing do medo* através do qual a Indústria Farmacêutica vende doenças e respectivas terapêuticas mais recentes, às vezes para situações apenas e só fisiológicas. É a *medicalização da sociedade* (Moynihan, Heath e Henry, 2002).

Enfim, procura detectar indivíduos em risco de tratamento excessivo para os proteger de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis (Jamouille, 1999).

Na prática, utiliza o *wait and see* como metodologia que usa o *tempo* em termos de diagnóstico e tratamento, resolve medos provocados, como por exemplo *medo do colesterol* em cujos tratamentos se gastam quantias exorbitantes para colocar o doente nas *Guidelines*, critica campanhas de prevenção de duvidosos benefícios, integra os cuidados paliativos como a prevenção do sofrimento humano.

A prevenção quaternária vem configurar vários conceitos (Jamouille, 2009):

- Auto controle de programas preventivos e curativos
- Análise de problemas de comunicação
- Compreensão das crenças do paciente e da sua ansiedade
- Medicina defensiva
- Compreender o diagnóstico de incerteza
- Ética das relações médico-paciente

Actualmente a prevenção quaternária aparece como necessidade de controle da iatrogenia implícita na medicina mas, o seu grande objectivo é conter a medicalização da saúde, e consequentemente, o fenómeno *disease mongering*.

Encontram-se descritos cinco níveis de prevenção, desde a primária até à quinquenária. E que dizer desta última?

A prevenção quinquenária como refere Santos (2014), sublinha o facto de profissionais de saúde serem obrigados no seu dia a dia, ao aumento do número de pacientes, encurtamento dos tempos de consulta, sobrecarga de horas extraordinárias, o que na verdade poderá ser rentável para a instituição, aumentar a acessibilidade às consultas bem como a satisfação dos pacientes, poderá ser nocivo para o médico pelo cansaço, stress, *burnout* e risco de erro. Assim os resultados intermédios podem ser bons mas o resultado final é duvidoso, no mínimo.

A prevenção quinquenária tem por objectivo prevenir o dano no paciente, actuando no campo biopsicosocial do médico. As organizações

prestadoras de cuidados de saúde são responsáveis pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela garantia de elevados padrões de cuidados, criando um ambiente que estimule a excelência dos cuidados clínicos.

Estarão a proceder assim? Tal como nas outras categorias preventivas, evitar o dano para o paciente neste caso o médico, constitui o seu objectivo.

2. Medicalização da sociedade

A medicalização adquiriu visibilidade sobretudo depois dos estudos de Ivan Illich (1975), de Irving Zola (1972) e de Michel Foucault (1979).

Inicialmente era apenas um processo social, como a globalização, secularização, industrialização, mas rapidamente se tornou num fenómeno á escala mundial envolvendo diariamente milhões de pessoas. Inicialmente também, foi associada ás praticas de saúde, médicos e medicina pois como refere Jamouille, *o médico é omnipresente do berço á cova e toda a existência é medicalizada*, actualmente associa-se também a outros actores como á biotecnologia, genética, industria farmacêutica, organizações de saúde, midia.

A universalidade dos sistemas de saúde nas sociedades europeias ocidentais após a segunda guerra mundial, foi o grande elemento estruturante da medicalização e da sua expansão nos diferentes contextos e grupos sociais. A multiplicação de contactos médicos, inimaginável até então, permitiu a progressiva transferência de todo o tipo de situações, tradicionalmente não consideradas saúde/doença, para o contacto médico assíduo e permanente.

Desde, o nascimento, a morte, a sexualidade, a violência familiar, a menarca, a menopausa, a andropausa, até sintomas vagos, como mau

estar, que anteriormente eram olhados como manifestações naturais do corpo, solucionados através de práticas e saberes leigos, agora pedem a reflexão profissional adequada. A medicalização assume-se como fenómeno culturalmente generalizado ainda que assumindo particularidades nos diferentes grupos sociais. Outro factor decisivo para a medicalização foi a existência de participações estatais que juntamente com progressiva familiarização com os medicamento, passam a ser utilizados com vulgaridade.

É uma mudança profunda do conceito de saúde/doença, pois tradicionalmente o recurso a medicamentos foi afastando as práticas e saberes leigos: de utilização excepcional, o medicamento definia a fronteira entre o normal e o patológico, o natural e o estranho. Existe agora uma nova arquitectura do espaço natural do medicamento que parece conduzir a uma deslocação da dependência do médico para a dependência do medicamento simbolizada na expressão “o medicamento é o médico”, contrapondo-se à clássica metáfora de Balint de que “o médico é o medicamento”. Também a padronização das prescrições médicas nos sintomas mais comuns, pode conduzir à usurpação popular dos critérios de prescrição. As expectativas de cura ou alívio levam à medicalização dos sintomas que, se não regridem, serão objecto de olhar profissional, esperando-se que outras hipóteses de terapêuticas, certamente mais eficazes, venham a ser preconizadas (Vuckovic & Nichter, 1997). São os medicamentos mais uma vez que resolvem as situações em vez dos saberes populares e remédios caseiros.

Através da medicalização, a medicina tem aumentado o seu controlo social e a sua penetração no quotidiano, mostrando grande eficácia e ligeireza. Esta deve-se sobretudo à disseminação cultural da ideologia médica (Crawford, 1980) que adquire visibilidade no recurso da população à categorização médica para interpretar a saúde e a doença. A medicalização aparece assim como um elemento novo, que vai substituir

valores e crenças tradicionais por novas ideias que sopram das ciências e da técnica (Britten, 1996).

Trata-se do nascimento de um novo marco no modelo cultural dominante com novas interpretações sobre o conceito de saúde/doença onde a medicalização poderá penetrar de modos e formas diferentes nos grupos sociais, dependendo da receptividade do conhecimento e da consciencialização das pessoas (Cornwell, 1984, cit in Williams & Calnan, 1996).

A auto-medicação nas sociedades modernas é consequência do próprio sistema; inicialmente vista como prática desviante, tem vindo a pouco e pouco a ser reabilitada, embora dentro de certos limites dirigidos a certos sinais e sintomas. O que não implica a presença de práticas desviantes, no entanto parece que nas sociedades modernas está cada vez menos independente do próprio sistema médico (Dupuy e Karsenty, 1974). Assim, a auto-medicação não é uma fuga à medicalização mas antes uma subtil e invisível forma da mesma, o que é observado por Dean (1981): quem mais se auto-medica é quem mais vai ao médico.

Para alguns autores aparecem no horizonte, tendências de *desmedicalização* (Morgan, 1996), que se expressam no crescente recurso às medicinas e medicamentos alternativos, na crescente promoção e adopção de novos estilos de vida, mesmo nos debates públicos, pondo até em causa a dominância médica.

Neste caso a saúde deixa de ser um meio para se constituir um valor em si mesma, podendo os indivíduos encontrarem formas alternativas de gestão relativamente ao sistema médico tradicional e Lupton (1996) defende que os movimentos aparentemente a favor da desmedicalização podem paradoxalmente ter efeito contrário. Também o recurso crescente a meios terapêuticos alternativos não se acompanha de redução das terapias convencionais, pois parecem ambos coexistir, como Vuckovic & Nichter (1997) demonstraram num estudo sobre consumo de medicamentos. Os naturais não constituem alternativa, acrescentam-se aos clássicos adquiridos nas farmácias.

Em 2005, Conrad relacionou a operacionalização da medicalização, com um conjunto enorme de actores onde podemos encontrar profissionais de saúde, instituições, indústrias de biotecnologia, farmacêuticas, que assumindo o papel de forças criativas, promovem o nascimento de supostamente verdadeiras entidades nosológicas, que Conrad & Schneider (1992 apud Ferrante, 2010) explicam sintetizando assim:

1. Define-se um problema de saúde como anormal, inquietante e preocupante
2. Aparecem publicações reclamando atenção médica
3. Lobies pressionam para ser medicamente tratado
4. O governo confere legitimidade, autorizando a investigação médica, a prestação de cuidados, bem como a aprovação de medicamentos e tratamentos
5. O diagnóstico passa a figurar nas classificações médicas oficiais com o argumento de melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Em 2002 a capacidade de construção artificial de doença não passou despercebida a Moynihan *et all*, que a denominaram, disease mongering ou promoção da doença, com a finalidade de aumentar enormemente os lucros, para aqueles que vendem e oferecem tratamentos.

A venda de doenças inclui a transformação de problemas pessoais e sintomas leves em problemas médicos, factores de risco em entidades nosológicas que para serem devidamente tratadas, desviam financiamentos importantes públicos ameaçando a viabilidade de outros tratamentos verdadeiramente necessários.

Neste contexto, os vendedores de doença reclamam, *a pill for every ill e an ill for every pill*, ou seja um medicamento para cada doença, bem como uma nova doença para cada medicamento. Num estudo com universitários, Antunes (2010), observou que, também eles fazem uma crítica velada á actuação de industria farmacêutica, vendendo o produto *saúde* através de um comprimido para cada doença.

Também a prescrição “off-label”, aumenta enormemente os mercados de vendas pois utiliza medicamentos para uma indicação nosológica aprovada, noutras semelhantes, para as quais não houve estudos, acreditando-se que o paciente possa beneficiar com o fármaco.

Tem sido uma das grandes estratégias, a prescrição “off-label” para a expansão de mercado e mecanismos de medicalização levando alguns autores a preconizarem a denominação de farmacologização (pharmaceuticalization) para esta fenomenologia da medicalização, que se mostra cada vez mais complexa (Abraham, 2010^a, apud Bell & Figert, 2012).

A biomedicalização (biomedicalization) aparece com objectivos semelhantes, considerando que a capacidade do corpo é ilimitada, a medicalização seria apanágio de uma nova mentalidade de viver e morrer, com vigilância ao nível individual e populacional (Zorzaneli et al, 2013).

Assim, abre-se a oportunidade de intervenções médico-tecnológicas não isoladas mas dirigidas a população, como recomendações biomédicas (Ritalina para melhorar a performance cognitiva, Sildenafil para a melhoria da performance sexual).

Também o conceito de Healthism também chamada “Salutocracia” (Lowenberg & Davis, 1994), vem trazer novas moralidades de saúde pública e prevenção, partindo de uma concepção positiva de saúde e de uma incessante investigação epidemiológica à escala internacional, diz o que as pessoas devem ou não fazer, não na qualidade de pacientes, mas como cidadãos livres. Esta forma de medicina dispensa o médico e o seu consultório, os seus objectivos dependem dos canais de comunicação de massa e de alguns meios tecnológicos de educação para a saúde.

Numa sociedade de consumo altamente medicalizada e medicamentalizada é urgente encontrar espaços de pensamento livre que possam no mínimo conter esta mentalidade que se suspeita altamente perigosa para a saúde e qualidade de vida de indivíduos e populações.

Capítulo II – Comorbilidade versus Iatrogenia

1. A comorbilidade

O enorme aumento da esperança média de vida nos últimos cinquenta anos descobriu novos padrões de morbilidade/mortalidade até então desconhecidos e completamente impensáveis até então.

Outro factor agravante, é que o envelhecimento populacional alia-se paralelamente a uma baixa taxa de natalidade, onde já não há renovação de gerações (taxa de fecundidade inferior a 2.1) criando-se assim um hiato populacional que poderá eventualmente ser preenchido com o recurso à emigração.

Actualmente assistimos à tentativa de entrada na Europa de refugiados da Síria, Iraque, Paquistão, Tunísia, Líbia, que seguramente não imaginam a dimensão do problema que nos ajudam verdadeiramente a resolver: a falta de população.

Todos estes factos têm grandes repercussões, sobretudo na área da saúde, em que vamos assistindo a um aumento da prevalência de doenças crónico-degenerativas que parece estar ainda longe de atingir o seu pico, condicionando sempre a necessidade de mais cuidados (*Kalache, 2002*).

Há 40 anos Feinstein definiu comorbilidade como *uma doença associada que deriva de outras doenças* e mais tarde como *qualquer entidade adicional que surgiu ou que pode ocorrer durante o curso clínico de uma dada doença-índice num doente*.

Em 1993 Schellevis, considerou a comorbilidade concorrente, agrupada, causal e a que complica uma doença ou seja, para que uma ocorra tem que existir outra.

Van den Akker *et al* (1996), considerou que existe a comorbilidade e a multimorbilidade, sendo a primeira coincidente com a definição inicial de Fenstein e a segunda categoriza-a em simples, associada e causal.

Estas doenças crónicas são detectadas cada vez mais precocemente e em maior número, levando a que se viva cada vez mais anos *com doença* o que desafia enormemente a capacidade de sustentabilidade financeira das políticas económicas.

Em equipa, o médico do Futuro terá de gerir estas complexidades, privilegiando a relação médico-doente, tentando encontrar soluções num mar de grandes incertezas!

Perante os desafios da comorbilidade, multimorbilidade ou polipatologia, corre-se por vezes o risco de somar diagnósticos em vez de encontrar padrões de doença, o que origina aumento do número de medicamentos utilizados, a consequente e possível iatrogenia, as interacções medicamentosas, as reacções adversas e em última análise contribuir activamente para a medicalização da sociedade.

2. A Iatrogenia

Iatrogenia deriva etimologicamente do grego *iatrikós* relativo ao médico ou à medicina, de *gênesis*, força, criação, origem e significa geração de actos ou pensamentos a partir da prática médica empregando-se frequentemente para *designar erros da conduta médica*.

Toda a actividade médica em tese, tem um potencial iatrogénico, quer uma intervenção sobre o corpo ou sobre o modo de vida, quer sejam

medicamentos, cirurgias, procedimentos diagnósticos, mesmo as recomendações técnicas e o ensino.

Se há um poder terapêutico da palavra e do apoio verbalizados até na vulgarmente chamada psicoterapia breve, podem também resultar eventualmente, efeitos indesejados a partir de interações subjectivas. Todo o trabalho em saúde provoca algum tipo de dependência, a solução é a análise destes efeitos de forma compartilhada e sobretudo estar alertado para estas possibilidades.

A iatrogenia negativa seria devida à não realização de intervenções com elevado efeito benéfico e a positiva inclui a iatrogenia somática e a psicoiatrogenia.

Em 1988, Balint sublinhou os problemas da relação médico-doente na dimensão comunicacional e simbólica ao questionar mesmo a dosagem em que o médico se deve prescrever a si mesmo, em que apresentação e posologia, quais suas doses de cura e manutenção.

Ainda mais inquietante é a falta de literatura sobre os possíveis riscos deste tipo de medicação, sobre as diversas condições alérgicas observadas em pacientes diferentes, as quais devem ser cuidadosamente observadas e analisadas.

Illich em 1975, considerou as iatrogenias clínica, social e cultural, no entanto não se trata de compartimentos estanques; uma iatrogenia clínica pode levar a iatrogenia social e vice-versa, acresce que esta questão tem pouca visibilidade apesar da sua frequência real.

...o público deslumbrado pela tecnologia médica acredita que a saúde de uma sociedade aumenta na exacta medida em que os seus membros venham a depender de próteses sob a forma de medicamentos, terapêuticas, internamentos diversos e controles preventivos (Illich 1975a).

A iatrogenia social, considera a redução da autonomia leiga para lidar com a fenomenologia da saúde/doença dependente do consumo de tecnologias biomédicas, e até em última análise da eliminação do status de saúde perante a multiplicidade dos papéis de doente.

A iatrogenia cultural destruiu o potencial leigo para lidar com a dor, a doença e a morte remetendo-se a uma atitude expectante:

...à medida que os medicamentos se tornaram mais eficazes, os seus efeitos secundários de ordem simbólica começaram a revelar-se mais e mais nefastos à saúde... em vez de mobilizar e activar a capacidade do paciente para livrar-se do mal, ou a comunidade para cuidar dele, a magia médica moderna o transforma em espectador mudo e mistificado... (Illich, 1975a).

A iatrogenia simbólica pode resultar em danos para o paciente devido à incapacidade dos profissionais compreenderem as suas representações sociais no que diz respeito a dúvidas, gravidade do estado de saúde em última análise reforçam a continuidade do papel de doente (Tesser, 1999).

A iatrogenia comunicacional, relaciona-se com a comunicação verbal e não verbal e materializa-se naquele paciente que no final da consulta e já na despedida, questiona o médico, socorrendo-se do famoso, *já agora* gostava de saber: eu posso tomar também o comprimido azul? Referia-se ao Viagra utilizado na disfunção eréctil.

A iatrogenia longitudinal, deve-se à dispersão por várias especialidades e à conseqüente problemática originada pelo uso intensivo, inadequado e muitas vezes ineficaz das biotecnologias caríssimas e muitas vezes iatrogénicas (Rodrigues & Anderson, 2012).

Nos casos de iatrogenia entre idosos, nunca é demais salientar aqueles que se relacionam com medicamentos, polifarmácia, interacções

medicamentosas, reacções adversas, num contexto de comorbilidade crescente que se alinha com a cada vez maior esperança média de vida presente nas sociedades ditas desenvolvidas.

A *cascata iatrogénica* significa um caminho iniciático que percorre um sem numero de exames complementares de diagnostico, em que o anterior motiva o seguinte. No entanto, trata-se da síndrome geriátrica potencialmente mais reversível ou curável entre as síndromes geriátricas mais importantes: Imobilidade, Incontinência, Instabilidade postural, Incapacidade cognitiva e Iatrogenia (Moraes, S; Romano S, 2008).

Também a iatrogenia da palavra, do silêncio, sub-diagnóstico, intervenções desnecessárias, mesmo excesso de intervenções de reabilitação. A equipe multidisciplinar *excessiva*, pode ser desfavorável ao paciente.

A iatrogenia institucional, tem início nas políticas de saúde do país prossegue no tipo de instituições e de cuidados bem como de profissionais envolvidos (Soares, 1995).

Em 1975 Illich, desenvolveu o tema da *contra-productividade* médica, fenomenologia que assenta no facto do monopólio da Medicina e do excesso de produção de práticas, conduzirem a fracos *outcomes* em saúde que se reflectem nas iatrogenias. Os EUA apesar dos exorbitantes gastos na saúde, apresentam piores indicadores e as causas iatrogénicas ocupam o 3º lugar na mortalidade (Starfield, 2000).

Todos os cuidados em saúde para além dos efeitos terapêuticos têm o potencial de desencadear várias formas de iatrogenia é importante uma reflexão sobre esta problemática com vista a pelo menos conter e minorar este problema.

Capítulo III – O Medicamento e a Indústria Farmacêutica

1. O medicamento

A evolução dos medicamentos ao longo do tempo é fabulosa: das plantas à terapia de síntese, evoluiu-se para os produtos biológicos, imunobiológicos, terapias celulares, olhando para as terapias genéticas vindouras, na verdade os avanços têm sido enormes.

Curiosamente, o número de novas moléculas terapêuticas não foi assim tão grande, mas a redução de custos inerente ao processo tecnológico, as novas indicações para os princípios já existentes, as novas vias de administração, a melhoria da posologia ou biodisponibilidade são uma realidade (Infarmed 2007).

O medicamento segundo o decreto lei 176/2006 de 30 de Agosto define-se no artigo 3º, paragrafo 1 alínea e) *como toda a substância ou associação de substâncias apresentadas como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico, ou, exercendo uma acção farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar corrigir ou modificar funções fisiológicas.*

Actualmente sabemos que 30% da medicação prescrita não é usada e que as características sócio-demográficas, a relação médico-doente, a perspectiva de efeitos secundários, as crenças, são alguns dos factores que influenciam o consumo de medicamentos (Gaither 2001).

Horne e Weinman (1999) observaram menor adesão à terapêutica quando os medos com os efeitos adversos superam a crença na necessidade do medicamento.

Na verdade a maior disponibilidade de medicamentos que actualmente dispomos não se tem acompanhado de melhor utilização, eficiência e racionalidade: o uso indiscriminado e excessivo tem aumentado a iatrogenia significativamente, com todos os problemas daí decorrentes.

Surge o conceito de valor terapêutico acrescentado para comparar medicamentos entre si: sublinhando-se o impacto na morbimortalidade e qualidade de vida como factores de comparação.

A OMS (2004), refere que o uso racional de medicamentos *requer que os doentes recebam medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas em doses que satisfaçam as suas próprias necessidades individuais, por um período adequado de tempo, e com o menor custo para eles e suas comunidades* e sublinha a importância do cumprimento dos seguintes critérios:

Indicação – prescrição de medicamentos baseada na racionalidade médica e nas indicações aprovadas, sendo a terapia efectiva e segura;

Fármaco – a selecção do fármaco é baseada na sua eficácia, segurança, adequação e custos inerentes;

Doente – não existindo para este contra-indicações na sua utilização, a possibilidade de ocorrência de reacções adversas deve ser mínima, sendo o fármaco aceitável para o doente;

Informação – os dados fornecidos ao doente, devem ser relevantes, claros, exactos, sempre adaptados à sua condição e tendo em conta o medicamento prescrito;

Avaliação – os efeitos não esperados dos fármacos devem ser adequadamente monitorizados e interpretados.

Podemos considerar uso não racional de medicamentos, a não prescrição de acordo com as guidelines, a auto-medicação inapropriada, entre muitos outros parâmetros susceptíveis de monitorização, tanto no panorama nacional como internacional sendo os custos inerentes elevados, a redução da qualidade da terapia farmacológica, o aumento das reacções adversas, mesmo da morbimortalidade (OMS, 2004).

O Sistema Nacional de Farmacovigilância surgiu em 1992, integrado no Instituto da Farmácia e do Medicamento com o objectivo de recolher, avaliar e divulgar informação sobre as Reacções Adversas a Medicamentos (RAM), identifica-las examinar e analisar a possível existência de causalidade medicamento/reacção adversa, estabelecer métodos de obtenção de dados sobre RAM, avaliar o perfil de segurança dos medicamentos comercializados, elaborar normas técnicas de utilização de medicamentos, desencadear acções para reduzir os riscos dos medicamentos e coligir dados sobre o consumo de medicamentos (Marques 2008).

Dentro da multicausalidade associada ao despesismo da saúde, podemos apontar: o aumento sucessivo da esperança média de vida nas nossas sociedades associado ao aumento de doenças crónicas com o aumento inerente da comorbilidade e polimedicação; o progressivo alargamento de mercado de consumidores que agora já inclui os *saudáveis*, apanhados com diversas técnicas, como o conhecido (*disease mongering*); elevada percentagem de auto-consumo e de auto-medicação; prescritores pouco atentos ao factor preço e a prescrição de medicamentos mais caros e mais recentes que frequentemente são alvo de campanhas mais agressivas junto da classe médica (Oliveira 2004).

Perante toda esta fenomenologia, nos últimos anos as tentativas têm sido enormes e sucessivas para reduzir despesas em todas as áreas da saúde, actualmente o ministro Dr. Paulo Macedo, não foge a esta regra: a ordem é poupar!

Sobre as medidas que se relacionam com partilha de custos e com os pacientes, temos o aumento dos mercados de venda livre com o puro e simples desaparecimento das participações estatais; ao nível dos profissionais de saúde temos o reforço da motivação para receitar genéricos bem como respeitar as guidelines nas opções de tratamento utilizadas.

Provavelmente não há medidas ideais protectoras de todos os intervenientes no processo já que verificou-se que, para cada aumento de medicamentos de 10% houve poupança de 2-6 % nos medicamentos sujeitos a receita médica, de acordo com as patologias, mas parece que este facto se relaciona com a diminuição de uso de medicamentos quer por não se iniciarem novos tratamentos quer por diminuição da adesão ou abandono da terapêutica e aumento de reacções adversas, no final houve aumento de dias em hospital, da morbilidade em 1-2 anos em diabéticos, cardíacos e esquizofrénicos (Goldman, 2007).

A OCDE, monitoriza periodicamente, os custos em saúde, e numa abordagem geral verifica-se que são superiores ao crescimento económico global.

Um dos aspectos mais sombrios da prática medicamentosa é que, a cada ano, morrem na Europa aproximadamente 197 000 pessoas por efeitos secundários dos medicamentos, e em França, os efeitos indesejáveis representam mesmo a primeira causa de hospitalização (Corine, 2011).

Os medicamentos mais frequentemente implicados são do sistema nervoso, seguindo-se os cardiovasculares, antineoplásicos e imunomoduladores.

Nas pessoas idosas o risco de queda devido à medicação não é negligenciável, sendo a taxa de hospitalização de 5 % nos maiores de 65 anos devido à medicação.

Apesar de tudo isto, o medicamento integrou-se completamente modo de vida da sociedade actual.

Pertence definitivamente à alquimia que transforma doença em saúde e isto, principalmente devido, à medicalização crescente da vida diária, correntemente designada, promoção da saúde/prevenção da doença, se considerarmos toda a quantidade de exames e rastreios clínicos regulares habitualmente associados a esta actividade que consome enormes recursos profissionais e tecnológicos que gera lucros suficientes para manter o sistema activo observamos que, o medicamento é a estrela sempre presente, que ilumina todas estas etapas, contudo não deixa de ser um *tsunami* que de vez em quando, deixa os Laboratórios onde nasceu, à beira de um ataque de nervos, como veremos a seguir.

2. A Indústria Farmacêutica

O mercado farmacêutico vale biliões de dólares, não tem parado de crescer e nos últimos anos tornou-se no mais valioso sector de comércio que existe no Planeta.

As companhias farmacêuticas atingem 19% de lucros comparativamente com as dez maiores empresas que apenas apresentam 30% (Angell, 2000) e introduzir um novo medicamento ao mercado, custa milhões e demora 12 anos em média a completar o processo.

Em 2000 o mercado global farmacêutico, valia 320 biliões de dólares, em média tem aumentado 10% ao ano (Henri e Lexchin 2002). Destes valores cerca de 20% destinam-se à investigação e 40% para marketing.

Na última década, os medicamentos *lifestyle* contribuíram marcadamente para os lucros da indústria farmacêutica. Falamos por exemplo de Sildenafil da Pfizer, Orlistat da Roche, Rimonabant da Sanofi.

Habitualmente dispensados nas farmácias, os medicamentos actualmente nos EUA com *DTC advertising*, é possível fazer-lhes publicidade, bem como a sua passagem a OTC's, o que permite serem comercializados sem o aval médico, através da Internet com o assentimento de líderes de opinião, representantes de associações de doentes e dos consumidores em geral ávidos de consumo mais ou menos explícito. Representam em última análise um mercado colossal.

Nem só de lucros se reveste a actividade dos laboratórios farmacêuticos e de vez em quando, as multas que lhes são aplicadas são enormes.

Assim em biliões de dólares, a Merck pagou 670 em 2007, a Pfeiser pagou 2.3, a Sanofi-Aventis 95 e a Eli Lilly 1.4 em 2009, a Astra Zeneca 520 em 2010 a Glaxo SmithKline 3 em 2011, a Johnson 1.1 e a Abbott 1.5 em 2012.

Todos estes milhões pagos à Justiça Americana são devidos a marketing ilegal para indicações não aprovadas (*off-label*), falta de resultados de investigação, não indicação de efeitos secundários, fraudes na Medicaid e Medicare (Gotzsche, 2012).

Em última análise os biliões de lucros da indústria farmacêutica, resultam do *overdiagnosing*, *overmedicalization* e *overtreatment*, ou seja, sobrediagnóstico, sobremedicalização e sobretratamento conduzidos com base em *Guidelines*, classificações como a DSM, pela medicina e pelos médicos.

Exactamente neste ponto os guardiões da prevenção quaternária, apresentam uma reflexão acerca de todas estas realidades como que a fazer um caminho iniciático contra corrente.

Como podemos desmedicalizar verdadeiramente milhões de pessoas?
Como podemos promover a saúde só por si, acreditando que existe sem medicamentos? Que lógicas e racionalidades utilizar nestas mudanças?

Vivemos numa sociedade e numa cultura, onde o conceito de saúde/doença pode zarpar em diferentes rumos. Vamos saber mais.

Capítulo IV – Sociedade e cultura versus itinerários saúde/doença e qualidade de vida

1. Sociedade e cultura

Com os Descobrimentos, os Europeus contactaram com novas culturas presentes em África, na Ásia e nas Américas. Os contactos e as vivências relatados por navegadores e missionários permitiram compreender que ao longo dos séculos cada povo tinha desenvolvido uma adaptação específica ao seu meio ecológico e uma cultura própria.

Tylor (1871) viria a referenciar a cultura como um complexo formado por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábito adquiridos pelo homem como membro uma sociedade.

Keesing (1981) refere que as culturas compreendem sistemas de ideias compartilhadas, sistemas de conceitos, regras e significados que modelam e são expressas nas formas como os humanos vivem.

Na sua essência, a cultura será então essencialmente uma herança, herdada pelos indivíduos presentes numa sociedade que a transmitem à geração seguinte através de símbolos, linguagem, rituais e artes.

Cada cultura é única pelo que, a compreensão das atitudes, conhecimentos e comportamentos acerca de uma temática em estudo tem que ser analisada em função dos seus próprios significados, representações sociais, valores e formas de expressão.

Através do processo de socialização, são transmitidos significados, códigos, visões do mundo que dão colorido à existência individual e

colectiva, tentamos mesmo desvenda-los através das nossas investigações, conclusões e generalizações.

2. Itinerários de saúde /doença e qualidade de vida

O conceito de saúde-doença, modificou-se ao longo dos tempos adaptando-se aos diferentes povos, comunidades e indivíduos.

Em cada momento histórico existem contextos culturais com os seus símbolos, valores e rituais, que se organizam perante a saúde e a doença, desenvolvendo formas de resposta perante a morte e o sofrimento, à luz dos seus códigos de significação dando origem a diferentes *maneiras de adoecer* variáveis conforme as sociedades.

O primeiro papiro médico de patologia e farmacologia conhecido foi o de Ebers, descoberto pelo Prof. Georg Ebers em Tebas em 1862 e está guardado na Universidade de Leipzig (1872/1873). Datado da 18ª dinastia Egípcia, tem 20,23 metros e 108 páginas em que se omitem os números 28 e 29, terminando assim no numero 110, sinal de longevidade feliz para os Egípcios.

Ao longo do papiro podemos encontrar referências a doenças como:

cefaleia/ enxaqueca/ vertigens/ obstipação/ melena/ hemorróidas/ anites/ tumores e inflamação do abdómen/ filaria/ tenia/ poliúria/ polaquiúria/ diarreia/ indigestão/ cólicas/ disenteria/ traumatismos/ abcessos/ gangrena/ pústulas e suporações/ dismenorreia/ amenorreia/ leucorreia/ aborto/ lactação/ doenças da mama/ prolapso uterino/ retenção urinaria/ cistite/ hipertrofia prostática/ apertos do intestino ou da uretra/ cálculos/ dores cardíacas/ palpitações/ arritmia/ ateroma/ debilidade/ doenças do fígado/ adenoma/ lipoma/ tumores dos nervos dos vasos/ calvície/ alopecia/ caspa/ eczema/ impétigo/ mordedura de escorpiões e de aranhas/ mordedura de crocodilo/ queimaduras/ úlceras e doenças do

aparelho sexual feminino/ anomalias dentárias/ abscesso dentário/ coriza/ catarro/ doenças da língua/ surdez/ supuração de úlceras, da orelha, do olho/ cancro/ catarata/ ectropion/ entropion/ granulações oculares/ hemorragias/ hidrocefalites/ inflamações/ irite/ leucoma/ ptérgion/ *estafiloma*.

Noutro papiro, do mesmo período, Edwin Smith ensina os tratamentos de patologia cirúrgica. Mas que ideia teriam os egípcios acerca da saúde/doença, que Deuses poderiam invocar em caso de necessidade? Os papiros médicos não nos dão a resposta a todas as questões, há que estudar textos não médicos e/ou representações figuradas.

As doenças podiam ser classificadas em dois tipos, aquelas cuja causa era óbvia como, traumatismos, fracturas, entorses, mordeduras, queimaduras, feridas,... eram a patologia externa e no seu tratamento não entravam artes mágicas; as outras de causa desconhecida, eram a patologia interna, muitas vezes atribuídas a espíritos malignos, necessitavam de artes mágicas e/ou prescrições medicamentosas. Os encantamentos podiam ser dirigidos à própria doença, a um ou vários Deuses ou a um espírito de defunto para encontrar ajuda e protecção. A cura da doença inicialmente nas mãos do feiticeiro associava administração de drogas e recitação de fórmulas com certo ritual. Uma vez as formulas esquecidas, as drogas conservavam o seu poder. Assim, ao lado do feiticeiro apareceu o médico, herdeiro directo das artes mágicas. Para os Egípcios o nome dado a um indivíduo poderia influenciar toda a sua existência, assim o nome ou a representação, é o próprio indivíduo. As técnicas de magia diziam respeito às fórmulas, aos ritos e aos objectos. As primeiras deviam ser pronunciadas em ordem pré determinada são numerosas e muito variadas podiam ser dirigidas à doença, aos sintomas ou a um espírito causador da doença que teria penetrado no corpo de um indivíduo. O conceito de boa saúde não significava a *ausência* de doença.

A medicina Egípcia representa uma admirável tentativa de domínio das leis da Natureza. Exerceu amplamente a sua influência durante milénios particularmente na medicina Bíblica com a qual apresenta cumplicidades que nos deixam pensar não serem seguramente ilustres desconhecidas: no segundo livro de Moisés (*Êxodo 4,25*), Zipporah, a sua esposa, circuncisa o seu filho com uma pedra afiada, tal como o faziam os antigos Egípcios.

Cinco milénios nos separam da primeira Dinastia Egípcia (3000 a.c.), e do seu primeiro Faraó, Narmer. Esta civilização ao durar excepcionalmente influenciou o Mundo de então, sendo que, ainda hoje podemos encontrar longínquos legados no nosso mundo actual como a duração dos anos, dias, meses e das estações.

A medicina curativa sempre existiu, pois como disse Plínio, *houve povos sem médicos mas nunca houve povos sem medicina* (Sousa, 1981) já a emergência da medicina preventiva situa-se no séc. XXVIII (Pita, 1996) com a vacinação Jenneriana, e será aí, que a viagem do nosso conceito de saúde/doença se irá deter, alguns momentos.

Provavelmente a maior descoberta da História da Medicina, realizou-se no final do séc. XVIII, com a descoberta da vacina da varíola, primeira e única doença erradicada oficialmente em 1980. Hoje o vírus existe armazenado em dois laboratórios de alta segurança um em Atlanta nos E.U.A, outro em Koltsovo, Novosibirsk (ex-URSS).

Esta doença, despontava em surtos epidémicos devastadores que se prolongavam em focos endémicos extensos, destruindo mais vidas do que as guerras do final do séc. XVIII e princípios do séc. XIX. Quando o médico de província Edward Jenner (1749-1823) soube que quem apanhava a doença de pele Cow-Pox a partir das vacas, também chamada vacina, nunca apanhava a varíola, lembrou-se genialmente de

causar propositadamente a mesma infecção cutânea inoculando indivíduos assintomáticos com a serosidade colhida das vesículas de vacas ou pessoas com Cow-Pox, esperando assim evitar a tão terrível varíola.

Estava assim descoberta a vacina anti-variólica que teve por um lado o grande mérito de poupar a vida de milhões de pessoas bem como, iniciar o caminho da Prevenção, isto é, em vez de tratar, evitar e prevenir, o que para além de reduzir custos, suprime o sofrimento.

Outra forma de Prevenção utilizada a partir do séc. XVIII foi o sistema de “*quarentena*” e dos “*lazaretos*” para limitar a propagação da *peste* e da *cólera*, flagelos responsáveis por grande mortalidade e sofrimento de proporções epidémicas. Assim impediam-se os passageiros, vindos de países suspeitos, de entrar em contacto com as populações locais enquanto não houvesse a certeza de que não traziam doença consigo. Permaneciam assim em edifícios sombrios isolados dos locais habitados, durante *quarenta* dias cumprindo assim as medidas preventivas da época para as doenças infecciosas epidémicas.

Em 1795, a Marinha Britânica, começou a oferecer doses de sumo de limão a todos os marinheiros que não podiam comer alimentos frescos, tratava-se da prevenção do escorbuto, que Camões com tanto génio e tão genialmente caracterizou no **Canto V dos Lusíadas**:

LXXXI

*“E foi que de doença crua e feia,
A mais que eu nunca vi, desampararam
Muitos a vida, e em terra estranha e alheia
Os ossos para sempre sepultaram.
Quem haverá que, sem o ver, o creia?
Que tão disformemente ali lhe incharam
As gengivas na boca, que crescia
A carne e juntamente apodrecia;*

LXXXII

*“Apodrecia c’um fétido e bruto
Cheiro, que o ar vizinho inficionava.
Não tínhamos ali médico astuto,
Cirurgião sutil menos se achava;
Mas qualquer, neste ofício pouco instruto,
Pela carne já podre assi cortava
Como se fora morta; e bem convinha,
Pois que morto ficava quem a tinha.*

LXXXIII

*“Enfim que, nesta incógnita espessura,
Deixámos para sempre os companheiros
Que, em tal caminho e em tanta desventura,
Foram sempre connosco aventureiros.
Quão fácil é ao corpo a sepultura!
Quaisquer ondas do mar, quiasquer outeiros
Estranhos assi mesmo como aos nossos,
Receberão de todo o ilustre os ossos.*

No séc. XIX os estudos de Edwin Chadwick (1800-1990) que salientaram a importância das condições de higiene e de saneamento na saúde individual e colectiva das comunidades, estiveram na origem da publicação da primeira Lei de Saúde Pública do Reino Unido (1848).

Em Portugal, em 1755, o Marquês de Pombal, Sebastião José de Carvalho e Melo, depois do importante terramoto que praticamente destruiu Lisboa, contou com a colaboração do médico António Ribeiro Sanches, que apontou as orientações técnicas para a reconstrução da cidade, inspirando-se no Tratado da Conservação da Saúde dos Povos. Viriam a ter um papel fundamental na melhoria das condições de vida, na prevenção das doenças das populações que enfrentaram este flagelo.

A luz solar, exercícios ao ar livre, a boa alimentação, água pura, vestuário apropriado habitações saudáveis e adopção de medidas de higiene pública irrepreensíveis foram reconhecidas importantes na prevenção. A medicina preventiva não pára; contudo onde termina a prevenção, também cuida da cura na medida em que um homem pode contaminar uma cidade (*McNair, 1943*).

Mais recentemente e nos dias seguintes aos ataques das torres Gémeas de Nova York em 2001, um pouco por todo o mundo surgiram medos e receios do bioterrorismo: utilização de *anthrax*, bactéria agente do carbúnculo, em envelopes expedidos pelo correio. Os laboratórios com capacidade de diagnóstico de agentes biológicos deliberadamente lançados na natureza foram implementados juntamente com serviços de Saúde Pública. Em Portugal foi formulado e aprovado um Plano de Contingência para as ameaças bioterroristas no Diário da República que determina a sua pormenorização através de Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde.

Nos exemplos anteriores, o Estado surge como o elemento catalisador da promoção da saúde das populações, ora legislando ora desenvolvendo obras públicas. Mas será que actualmente perante a complexidade epidemiológica crescente, o Estado é capaz de responder tanto e a tantos, tão diferentes desafios?

A diversidade de problemas de saúde actuais necessita de Políticas de Saúde dirigidas aos diferentes determinantes do processo de saúde-doença (*Buck, 1985, Buss, 2000*).

As já chamadas novas epidemias, alzheimer, tuberculose, gripe das aves, ébola, bem como um sem número de doenças crónico-degenerativas, apresentam-se num cenário de complexidade crescente.

A prevenção primordial, estreitamente associada às doenças crónico-degenerativas visa evitar estilos de vida que se sabe contribuir para um risco acrescido de doença (*Alwan, 1997*). No plano epidemiológico, podemos distinguir para além das epidemias dos factores de risco (dislipidémia, hipertensão arterial, stress, tabagismo, má alimentação, alcoolismo e sedentarismo) também temos as doenças crónicas não transmissíveis originadas por aqueles factores com grande incidência e prevalência na população (diabetes, doenças cardio-vasculares, cancro, doenças respiratórias, obesidade e doenças osteo-articulares).

A grande dificuldade em controlar aqueles factores de risco, deve-se ao facto de serem não só silenciosos e invisíveis mas também necessitarem de alterações de comportamento.

Em Portugal, a promoção de estilos de vida saudáveis foi considerada uma das prioridades em 2004. Para o efeito foi publicado o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida que tem como objectivo geral: *reduzir a prevalência de factores de risco de doenças crónicas não transmissíveis e aumentar a prevalência de factores de protecção,*

relacionados com os estilos de vida, através de uma abordagem integrada e intersectorial.

O programa apresenta como objectivos específicos: *reduzir a proporção de fumadores; aumentar o número de espaços públicos livres de fumo de tabaco; aumentar a proporção de população fisicamente activa (pelo menos 30 minutos de actividade física moderada); reduzir o consumo de sal (menos de 5 g/dia; reduzir a prevalência de excesso de peso e obesidade (IMC>25); aumentar o consumo adequado de frutos, legumes e vegetais (pelo menos 400 g/dia); reduzir o consumo total de gordura para valores entre 15% a 30% da ingestão calórica diária; reduzir o consumo excessivo de gorduras saturadas (<10% da ingestão calórica diária); reduzir o consumo excessivo de gorduras trans (<1% da ingestão calórica diária) e reduzir a prevalência de consumidores excessivos de álcool (<16 g de etanol/dia e 24 g/dia nos homens) (Diário da República, 2004).*

Os conceitos de prevenção primordial e de promoção da saúde confundem-se, são no entanto complementares, o primeiro visa diminuir a probabilidade de ocorrência de uma doença o segundo visa aumentar a saúde e o bem-estar geral (Czeresnia, 1999).

Sigerist em 1945, utilizou pela primeira vez o termo *promoção da saúde* ao definir as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção da doença, a recuperação dos doentes e a reabilitação, afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, e formas de lazer e descanso (Sigerist, 1946).

No início dos anos 60 difundiu-se o modelo dos cuidados preventivos de saúde que tinha como base a mudança de atitude do médico, que passaria a desenvolver conduta preventiva. Segundo Escorel (1998) os conceitos básicos do discurso preventivo são a causalidade múltipla e a história natural da doença.

Leavell & Clark (1976) desenvolveram o modelo da história natural da doença e incluíram a promoção da saúde na prevenção primária. Esta inclui o conjunto de actividades que visam evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou de uma população a um factor de risco antes que se desenvolva um mecanismo patológico (*Jamouille, 2000; Jamouille et al., 2002*). Estão incluídas as vacinas como protecção específica, sendo a vacina do cancro do colo do útero a última a entrar no P.N.V. (Plano Nacional de Vacinação).

Este modelo centrado na prevenção das doenças e redução dos factores de risco, mostrou-se insuficiente para resolver os diversos problemas na área da saúde, particularmente nas doenças crónico degenerativas. A organização dos serviços médicos privilegiava a assistência médica com custos crescentes que no entanto vieram a ter um fraco impacto nos níveis de saúde.

A prevenção secundária, tem como finalidade a detecção precoce da doença e o seu tratamento, com o objectivo de condicionar favoravelmente a sua evolução, a história natural da doença deve ser conhecida. Aqui os rastreios (*screenings*) e os achados de caso (*case finding*) procuram identificar indivíduos doentes mas ainda assintomáticos relativamente à condição em estudo. Os primeiros aplicam-se a doenças crónicas (*Last, 1995*) que, se não forem tratadas, progridem para a cronicidade aumentando a morbilidade e a mortalidade (*Morrison, 1998*). Os segundos são uma detecção oportunista de doença ou factor de risco quando o indivíduo consulta o médico por outros problemas (*Fowler e Gray, 1983*).

A prevenção terciária relaciona-se com a reabilitação, tentando devolver ao indivíduo o máximo possível da funcionalidade perdida, reduzindo os custos sociais e económicos das doenças na população. Considerando a relação entre incapacidade e doença crónica a prevenção terciária implica

o tratamento das doenças crónicas, ou seja a *gestão* dos estados de doença.

Na década de 70, os sistemas de saúde de diferentes países foram questionados, surgindo modelos mais globalizantes que articulavam saúde e condições de vida – o modelo Lalonde em 1974, conhecido também por relatório Lalonde, viria a tornar-se um marco em termos de Promoção da saúde.

A concepção de Lalonde (1978) compreendia a mudança de estilos de vida e comportamentos como metodologia para ser saudável e relacionava saúde com biologia humana, estilos de vida, ambiente e serviços de saúde.

Em 1978 a OMS realizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, em Alma-Ata, destacando a meta da saúde para todos no ano 2000, que não viria a ser alcançada, mas teria um importante papel no conceito actual de Promoção da saúde e os seus resultados serviram de base para a I Conferência Internacional sobre Promoção da saúde realizada no Canadá em 1986, em Ottawa, onde foi produzido um importante documento em que se defende ser a, Promoção da saúde um *processo de capacitação da população para melhorar a sua saúde e exercer um maior controle sobre a mesma* (OMS, 1986:367), neste documento considera-se que a saúde é um recurso fundamental da vida quotidiana e é uma dimensão da qualidade de vida deve incluir ambiente saudável, oportunidades de trabalho e de educação. Aqui o conceito saúde/doença além do biológico integra também as dimensões social, comportamental, política, económica e cultural, que podem contribuir para melhor ou pior qualidade de vida (Cassel, 1974; Cassel, 1976).

Depois da carta de Ottawa, a promoção da saúde, passa a definir políticas e estratégias direccionadas para:

- Elaboração e Implementação de políticas públicas saudáveis
- Criação de ambientes favoráveis à saúde
- Reforço da acção comunitária
- Desenvolvimento de habilidades pessoais
- Reorientação dos sistemas e serviços de saúde

Herzlich (1969), abordou a saúde /doença através das representações sociais e descobriu que a sua linguagem é estruturada pela relação entre o individuo e a sociedade podendo o individuo incluir três concepções de doença: a destrutiva, a libertadora e a profissional.

A doença destrutiva é característica em pessoas com papel activo na sociedade, com responsabilidades. A inactividade é sentida como um afastamento, isolamento do mundo.

A doença libertadora, representa o alívio das responsabilidades, a permissão para as abandonar e apagar o quotidiano, entrar no mundo do excepcional do repouso, na descoberta do carácter benéfico da solidão e do privilégio de ser doente.

A doença profissional é a vivência da saúde como aprendizagem, é a possibilidade de adaptação à doença crónica.

Os comportamentos das pessoas perante a saúde e a doença são muito diferentes e assentam num conjunto de conhecimentos socialmente partilhados – os saberes leigos – que modelam a sua compreensão através de significados e sentidos dados aos sintomas.

Para Massé (1995) o saber popular ou leigo, de saúde e doença, representa um sub-sistema cultural com os seus conhecimentos, crenças e atitudes bem como valores, símbolos, concepções e representações organizados segundo uma lógica própria.

A epidemiologia sócio-cultural deve situar as causas da doença tanto no quadro de vida do indivíduo (em particular através dos acontecimentos

traumáticos) como no contexto do seu meio social (a sua rede social de apoio) e do seu universo social (a comunidade).

A esta epidemiologia sócio-cultural que, ainda que alargada e aprofundada, continua centrada nas categorias diagnósticas médicas, podemos acrescentar uma etno-epidemiologia que privilegiará o recurso às categorias diagnósticas leigas. Assente na análise interpretativa e contextualizada, os conceitos de saúde e doença já não são redutíveis a simples realidades objectivas, acessíveis à pesquisa empírica fundada sobre os princípios da objectividade e da fiabilidade. Analisaremos as doenças como construções sócio-culturais que podem ter tantos significados como os contextos em que são definidas. As categorias diagnósticas deverão, nesta nova etnoepidemiologia, ser reavaliadas (Massé, 1995).

O saber leigo ligado à saúde/doença, organiza o sentido da experiência individual através da inclusão de significados por vezes utilizando metáforas e metonímias hoje consideradas conhecimento genuíno, cada vez mais investigadas para compreender as crenças leigas.

Antunes, em 2015, verificou que os jovens universitários, atribuem uma dualidade ao medicamento do ponto de vista metafórico, é cura e veneno, tal como os Gregos associavam ao *Pharmaton* na antiga Grécia, ou seja, o medicamento encerra em si mesmo a capacidade de fazer bem e mal.

Uma importante contribuição da Antropologia foi reconhecer o saber leigo como sistema cultural, com as suas lógicas e racionalidades que importa conhecer para além da etiologia específica com que se preocupa a Medicina (Augé, 1984). Os modelos etiológicos leigos dizem respeito aos seguintes níveis:

- O mundo sobrenatural: os antepassados, os espíritos, as divindades, na nossa sociedade, o castigo divino, a fatalidade, o destino;
- O mundo social: a magia e a feitiçaria e os seus maus olhados sob formas de ciúme e inveja onde o stress adquire proporções por vezes enormes;
- O mundo natural: o clima com as suas vicissitudes, a lua, os vírus, as bactérias, os problemas ambientais, os pesticidas nas plantas, o chumbo nos peixes, a poluição atmosférica, sonora luminosa; o doente – a sua hereditariedade, os seus comportamentos e estilos de vida, (Helman 2000).

As categorias diagnósticas leigas ou *idiomas da doença* reflectem a influência da cultura e em casos de doenças como cancro e sida, transformam-se em metáforas e símbolos do mal-estar da civilização (Massé, 1995).

A forma de partilhar os sintomas, as expressões faciais, a mímica corporal, as vocalizações são incompreensíveis para quem não partilha a mesma Cultura.

O saber leigo não aceita passivamente os conhecimentos que recebe do médico, adapta-os ou mesmo ignora-os.

Blaxer (1983), mostrou que a causalidade da doença leiga é claramente social bem como ambiental. Estes modelos de causalidade são em vez de lineares bastante complexos.

Por outro lado, a filosofia leiga enfatiza mais os factores biológicos comparativamente aos comportamentais (Calnan, 1987) e considera vários patamares de saúde, e mesmo saúde com doença.

Para o profissional de saúde, a probabilidade estatística justifica a abstenção do comportamento de risco, para o raciocínio leigo, a probabilidade estatística justifica que se corra o risco pois o perigo nem

sempre se confirma. Nas sociedades ocidentais e na segunda metade do séc. XX, descobre-se o chamado icebergue *clínico* ou seja a enorme proporção de casos de doença que não chegam à Medicina, podendo representar 70-80% dos casos, (Helman, 2000).

Quando o paciente consulta o médico, já elaborou um modelo explicativo da sua doença (Kleinman, 1980), coerente com a sua cultura, mas que não é uma explicação acabada e rígida, mas é um modelo dinâmico que vai integrando novos conhecimentos resultantes de novas informações e experiências. E aqui inicia-se uma negociação entre as explicações do médico e do paciente (Kleinman, 1988).

È que não devemos esquecer que, como lembra Cassell (1997), as pessoas têm personalidade e carácter, têm um passado, experiências de vida anteriores, laços familiares, origens culturais, papéis sociais, comportamentos habituais, redes de relações sociais, visões sobre o mundo e expectativas de Futuro. Na resposta à doença tudo isto está presente e quando se dirige ao médico não é apenas um corpo que sobretudo aspira ao alívio do sofrimento de forma prioritária mais do que obter um diagnóstico técnico que de certa forma se torna discordante das expectativas leigas, enfim, podemos dizer que os médicos tratam doenças-patologia enquanto que o doente sofre de doenças- sofrimento.

Quadro 1: Novos Modelos de Saúde (segundo Tinetti)

Doença Orientada a Modelo	Modelo, integrado individualizado
Tomada de decisão clínica está focada principalmente no diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças individuais.	Tomada de decisão clínica é focado principalmente sobre as prioridades e preferências individuais dos pacientes.
Patologia discreta é crer que causam doenças; psicológicas, factores sociais, culturais, ambientais e outros são factores secundários, não determinantes primários da doença.	Condições de saúde são acreditados para resultar da complexa interacção de factores genéticos, factores ambientais, psicológicos, sociais e outros.
Tratamento é direccionado para os mecanismos fisiopatológicos pensado para causar a doença (s).	Tratamento é direccionado para os factores modificáveis que contribuem para as condições de saúde que impedem as metas de saúde do paciente.
Sintomas e deficiências são melhor abordados por diagnosticar e tratar "causador" doença (s).	Sintomas e prejuízos são os focos primários do tratamento, mesmo que não pode ser atribuída a uma doença discreta.
Desfechos clínicos relevantes são determinados pela doença (s).	Desfechos clínicos relevantes são determinados pela preferência do paciente individual.
Sobrevivência é o foco principal usual de prevenção de doenças e tratamento.	Survival é um dos vários objectivos concorrentes.

Para Tinetti (2004), a era da doença acabou, necessitamos de mudar de paradigma ou seja em vez de nos concentrar-mos no diagnóstico, tratamento e prevenção, vamos olhar também para variáveis biológicas e não biológicas relacionadas com o próprio individuo como podemos observar no quadro 1.

Faizang (1997), refere a existência de estratégias paradoxais dos doentes em que a ida à consulta obedece mais a objectivos sociais de que terapêuticos. E aqui encontramos a realidade da *não adesão ao tratamento*, ou a *não realização dos exames complementares de*

diagnóstico. Para que haja concordância e harmonia é necessária uma visão concordante da parte de paciente e médico acerca do processo saúde/doença.

A forma de pensar saúde /doença não se limita ao saber leigo e ao saber profissional há que incluir também o sector alternativo que se tem expandido enormemente desde a segunda metade do séc. XX, as chamadas *medicinas paralelas* onde podemos incluir a homeopatia, acupunctura, fitoterapia, naturopatia, osteopatia. No entanto a maioria dos utilizadores destas medicinas também utiliza a medicina oficial (Saks, 1998).

Auto cuidados, cuidados tradicionais, cuidados alternativos vão-se alternar ao longo do processo terapêutico, complementando-se e questionando-se mutuamente no que respeita à eficácia que deles se espera, é o doente que conduz o seu *itinerário terapêutico condicionado* por lógicas múltiplas e por causas estruturais e conjunturais (Fassin, 1992).

Qualidade de Vida é um termo que se utiliza frequentemente na avaliação das condições de vida urbana e para nos referirmos à saúde, conforto e bens materiais de uma dada população.

A expressão Qualidade de Vida foi empregue inicialmente pelo Presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao afirmar que os objectivos de desenvolvimento de uma nação não podem ser medidos através do balanço dos bancos, mas através da Qualidade de Vida que proporcionam à população.

Posteriormente, nos anos noventa, veio a integrar os discursos informais entre as pessoas e os média em geral (Souza e Carvalho, 2003).

A partir de então, tem sido referência para inúmeros discursos académicos, políticos e ideológicos movidos, principalmente, pelo

interesse das Nações Unidas de mensurar os níveis de vida das diversas comunidades mundiais

Mas, como indica a literatura, mesmo já fazendo parte do vocabulário cotidiano, o conceito de Qualidade de Vida permanece sem uma definição precisa, não existindo um consenso a seu respeito.

Neste estudo é utilizado apenas na sua acepção relacionada com a saúde, ou seja, esta é uma dimensão da qualidade de vida.

Capítulo V – Perspectivas Futuras

Consideramos que entre 1950 e 1999 foi o tempo dos factores de risco e o tempo da genética a partir de 2000. A mudança induzida no trabalho clínico é enorme... e desvia-se no sentido da prevenção, para proporcionar factores de risco tendencialmente iguais a zero.

Os médicos da genética anteriormente preocupados com *a cura* encaminham-se agora para uma alquimia *da prevenção*, onde detentores de grande produtividade, trabalham para clínicas com propostas preventivas inimagináveis, sobretudo muito rentáveis.

As expectativas são enormes...as pessoas sentem-se insatisfeitas com o seu estado de saúde... sempre doentes e com medo das doenças... os médicos mudam os valores biométricos frequentemente... expropriando cada vez mais a saúde.

Como refere Gérvas, (2013),... *tenenos curacion para todo y tambien definiciones que a todos enferman*... agora o médico transforma-se no guardião da saúde, e através da medicalização cultiva a incerteza e a vulnerabilidade nos indivíduos saudáveis.

Os diálogos actualmente podem revestir-se de boas notícias: as análises estão boas... o seu colesterol baixou... atingiu o peso ideal... melhorou a densitometria... nada de sol ao meio dia... muita agua... comida sem sal... andar a pé meia hora por dia... meio copo de vinho à refeição... análises, ECG, RX, TAC, Ressonância Magnética... medicação para a TA, ácido úrico... ansiedade, depressão... vacina para a varicela, gripe, meningite, pneumococo, papiloma...

A oferta médica cria *necessidades* de saúde individuais e sociais. Acredita-se na juventude eterna e toda a doença parece expressão de falha médica, de falta de prevenção!

Os médicos podem até desenvolver certa aversão ao paciente *doente* com asma, insuficiência cardíaca, osteoartroses que de alguma forma percebe a finitude da sua vida, não é interessante nem atractivo.

Inversamente podem deslumbrar-se com as actividades e toda a dinâmica preventiva, geradora de lucros, respeito e enorme procura.

Para minorar toda esta problemática do nosso tempo e da nossa sociedade, implementamos o conceito e filosofia da prevenção quaternária e fechamos o ciclo do enquadramento teórico, terminamos onde começamos, claro, adaptando o necessário ao paciente no seu contexto cultural, familiar, laboral e social.

Acresce ainda dizer que a prevenção quaternária não tem apenas admiradores pelo contrário autores como Kuehlein, Sghedni e Visentin em 2011, criticaram este vanguardismo, devido à ausência de um quadro conceptual estruturado e coerente, bem como, a inexistência de uma teoria fundamentadora (Tones, Tilford, 2001).

Embora em diferentes etapas do ciclo de vida todos nos encontramos expostos a esta fenomenologia presente na nossa sociedade e cultura, vamos conhecer as respostas dos jovens universitários a um questionário para caracterizar as suas práticas de saúde/doença bem como suas representações sociais acerca da medicina, médicos e medicamentos e ainda, inferir acerca da sua postura alinhada ou não com a filosofia da prevenção quaternária.

Vamos então partir do domínio da opinião e dos conhecimentos para o domínio dos achados empíricos e observar se os resultados obtidos acrescentam alguma novidade, à evidência já estudada, bem como, se podem perspectivar um caminho para o futuro.

Antes, fica o registo do pensamento de Gervas, Médico, Humanista defensor e teórico da prevenção quaternária, que de alguma forma e com poesia, nos anima lembrando que como perspectivas futuras:

...no podemos mejorar nuestros genes, pero podemos conservar lo mejor de la cultura y de la sociedad mediterránea, disfrutar de la vida sin demasiados prejuicios, pasear al aire libre y mantener una deliciosa y sana dieta mediterránea que incluya, además de componentes esenciales varias (pan, vino, aceite de oliva, verduras, frutas, legumbres y pescado), tiempo para disfrutar de la compra y de la cocina, poner mantel, comer sentados, utilizar cubiertos, apagar la televisión y dedicar un rato específico para la mesa y la sobremesa...

PARTE II – Estudo Empírico

Capítulo VI – Metodologia

1. Apresentação do estudo, objectivos e hipóteses

Este foi um estudo descritivo, transversal e exploratório, efectuado em 2010/2011 sendo a base de dados foi encerrada em Fevereiro de 2011.

Foram inquiridos através de questionário, anónimo 502 alunos da ESSEM (Escola Superior de Saúde Egas Moniz) dos cursos de Cardiopneumologia, Radiologia, Terapia da Fala, Fisioterapia, Anatomia Patológica Citológica e Tanatológica e Prótese Dentária.

O objectivo geral foi conhecer as atitudes, opiniões e comportamentos de jovens universitários acerca das suas práticas de saúde e/ou doença bem como das representações sociais acerca da medicina e dos medicamentos.

Os objectivos específicos, pretendem analisar a presença de práticas de saúde concordantes e/ou discordantes com a prevenção quaternária, verificar se existem novas formas de gestão do corpo e do bem estar, reconhecer a auto-medicação responsável versus não responsável, analisar a existência de práticas de saúde promotoras de autonomia e/ou dependência bem como de práticas de risco em saúde, verificar se existem praticas de saúde medicalizantes, conhecer as crenças acerca da medicina, bem como, representações sociais, metáforas e metonímias acerca dos medicamentos.

As hipóteses colocadas foram sucessivamente

H1 – As atitudes, opiniões e comportamentos de jovens universitários acerca das suas práticas de saúde e/ou doença, dependem do género.

H2 – Para os os jovens universitários da área da saúde, actualmente a medicina, os médicos e os medicamentos não têm riscos.

2. Caracterização da amostra

A unidade de observação foi o *aluno de curso de Ciências da Saúde* da ESSEM.

No total de 502 alunos, as jovens representam 76,7% da amostra, e os jovens 21,9%. Isto é concordante com a frequência feminina cada vez maior do Ensino Superior. A média de idades femininas e masculinas (18/21) adequa-se com o estatuto de jovem estudante universitário.

Esta amostra não é probabilística nem representativa. O conjunto de indivíduos do nosso estudo foi escolhido por conveniência.

Se a investigação é do tipo descritivo, exploratório, podem ser utilizadas amostras não aleatórias, uma vez que não se pretende realizar uma análise crítica dos dados apurados, para daí inferir e extrapolar para a população que está a ser objecto de investigação.

Os estudos descritivos/exploratórios são desenhados para problemas novos ou pouco estudados nos quais se pretende saber como abordar e estudar os fenómenos em causa.

Como referem as Ciências Sociais, não podemos esquecer as diferenças existentes entre amostra, estatisticamente e teoricamente representativa. À primeira exige-se que permita definir relações na distribuições dos inquiridos por categorias e a segunda que descubra novas categorias teoricamente pertinentes (Silva, 1986).

3. Instrumentos

Foi criado um questionário pela investigadora, que inclui 8 afirmações acerca de “*Crenças sobre fármacos*” de Robert Horne et al, (1997).

O questionário foi estruturado em 6 partes:

- A. Doenças e/ou problemas de saúde
- B. Consulta médica e prescrição de medicamentos
- C. Informação acerca dos medicamentos
- D. Fontes de informação sobre saúde/doença
- E. Saúde corporal
- F. Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos/
representações sociais

4. Procedimentos

Os questionários foram aplicados em sala de aula visando a maior concentração dos jovens em ambiente tranquilo no local de reflexão, com vista ao seu melhor preenchimento que em média demorou 20 minutos para cada questionário.

Foi realizado um pré-teste a 50 jovens, previamente, clarificando alguns afinamentos pontuais para o formato definitivo. Os questionários foram aplicados na totalidade pela investigadora a 502 alunos.

O tratamento dos dados foi efectuado em duas fases correspondendo, às fases da colheita de dados, também duas (2010/2011).

5. Tratamento e análise dos dados

O tratamento estatístico dos dados foi feito com recurso ao programa de análise SPSS para Windows, versão 20.0.

Para a classificação das doenças utilizou-se a ICPC-2 / *Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição, Comité Internacional Classificações Wonca (WICC)*.

Numa primeira fase foram eliminadas todas as respostas incompletas e colectadas as respostas válidas às quais se aplicaram cálculos de médias, moda, frequências.

A seguir, foi feita uma análise com vista a escolher as questões mais pertinentes para a análise do problema, com eventual eliminação das que se mostrassem menos eficientes para essa finalidade (redução de variáveis) utilizando a análise dos componentes principais com rotação dos eixos, análise factorial de componentes principais, com recurso ao método de rotação Varimax, após prévia utilização da Medida de Kaiser-Meyer-Olkin para adequação da amostra e do teste de esfericidade de Bartlett.

Para analisar as variáveis e a sua relação com o género utilizou-se o teste do qui-quadrado admitindo-se as hipóteses:

Hipótese nula – H_0 : as duas variáveis em contraste são independentes
(ou não estão relacionadas);

Hipótese alternativa – H_a : as duas variáveis em contraste não são independentes (ou estão relacionadas).

As condições para aplicação do teste são as seguintes:

O número de observações deve ser superior a 20 (o que se verifica sempre);

- Não mais de 20% das células com frequência ESPERADA inferior a 5 observações e
- Todas as células com frequência ESPERADA superior a 1.

Nos casos em que estas condições não se verificaram, o teste foi considerado “não aplicável”.

A regra de decisão é:

- Não rejeitar H_0 se $p\text{-value} > \alpha = 0,05$;
- Rejeitar H_0 (e aceitar H_a) se $p\text{-value} \leq \alpha = 0,05$.

Capítulo VII – Apresentação de resultados

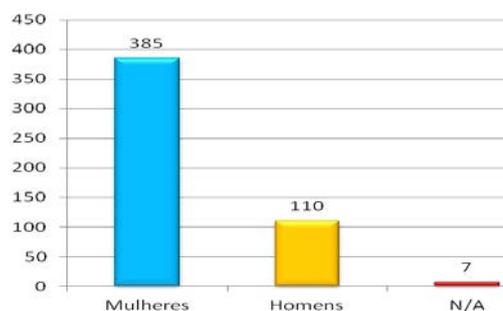
A. Análise Univariada

Sociografia da amostra

SEXO

Dos 502 indivíduos que responderam ao inquérito, 385 (76,7 %) identificaram-se como mulheres e 110 (21,9 %) como homens. Os restantes 7 inquiridos (1,4%) não indicaram o sexo.

Quadro 2: Distribuição por Sexo



Mulheres	76,7%
Homens	21,9%
N/A	1,4%

Gráfico 1: Distribuição por Sexo

IDADE

A distribuição etária dos inquiridos localiza-se maioritariamente (69,9 %) entre os 18 e 21 anos, como é natural neste tipo de amostra de jovens universitários.

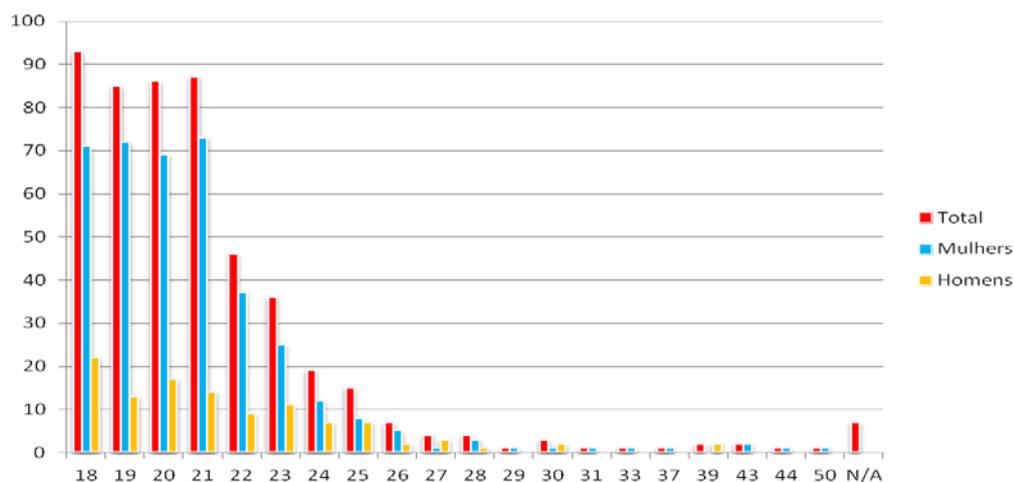


Gráfico 2: Distribuição por Idade

ESTADO CIVIL

Quanto ao Estado Civil, a maioria dos inquiridos (95,4%) é solteiro, o que se compreende devido às idades dos inquiridos e condição de estudante.

Quadro 3: Distribuição por Estado Civil

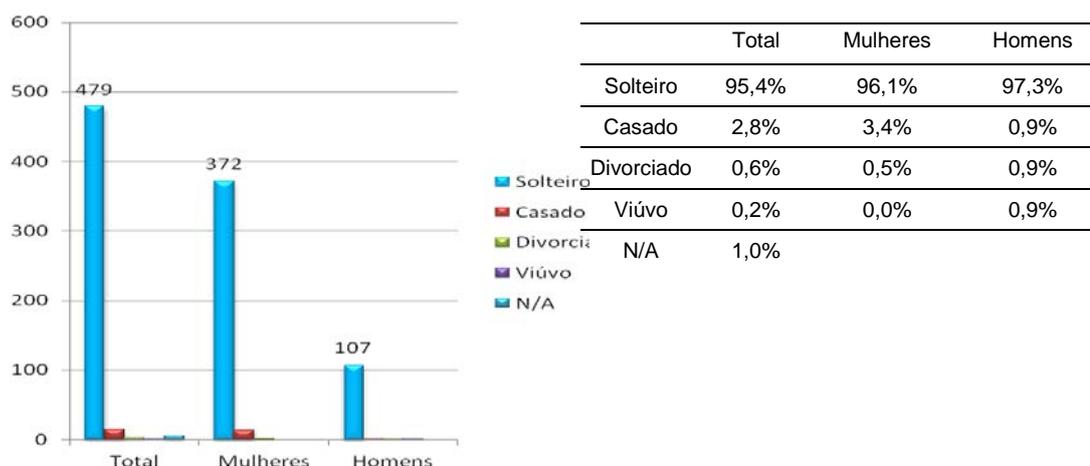


Gráfico 3: Distribuição por Estado Civil

RESIDÊNCIA

O local de residência dos inquiridos situa-se maioritariamente (75,9 %) nos Distritos circundantes (Setúbal e Lisboa) ao local de estudo (ESSEM)

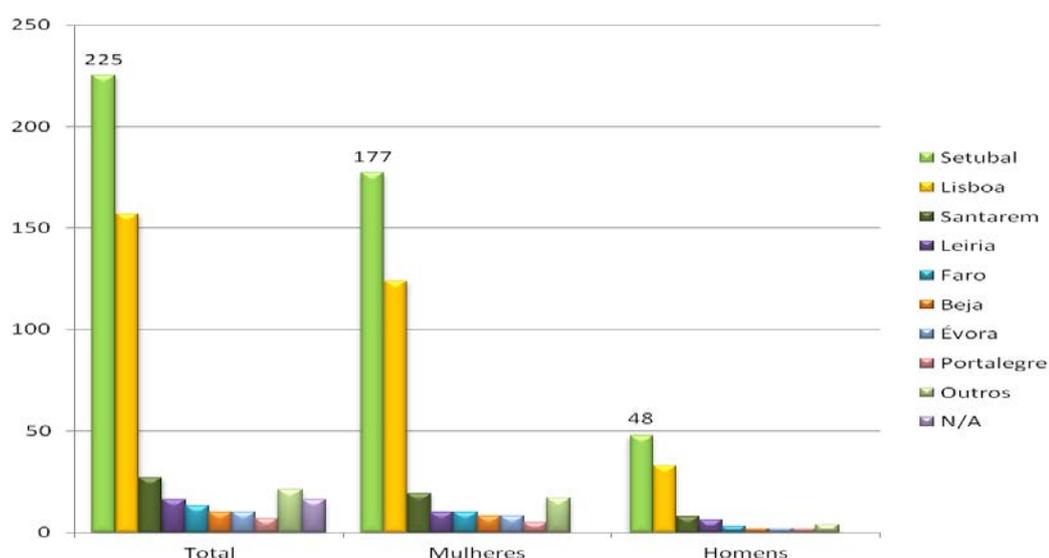


Gráfico 4: Distribuição por Distrito de Residência

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Todos os inquiridos são estudantes do Ensino Superior pelo que todos possuem o Ensino Secundário completo, mas alguns (28 %) têm outras licenciaturas (130), mestrados (12) e doutoramento (1), o que começa a ser habitual nos tempos actuais em que os jovens diversificam os cursos, até porque não encontram saída profissional para o curso que completaram.

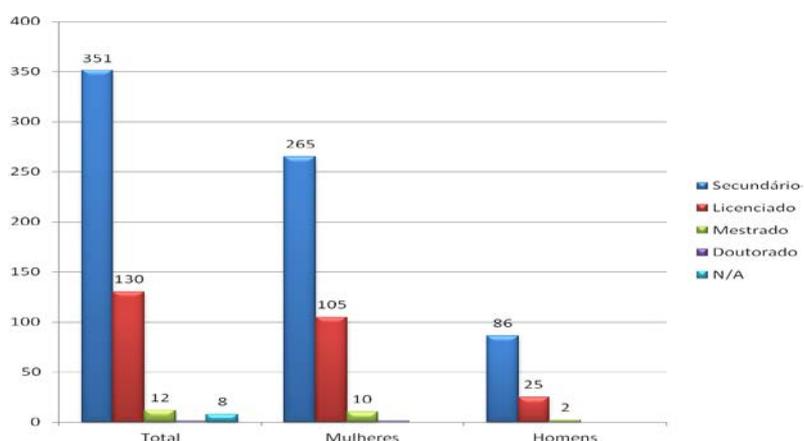


Gráfico 5: Distribuição por Habilitações Académicas

Apesar de todos se encontrarem a estudar, 18,9 % dos inquiridos (95) desempenham uma actividade profissional da qual auferem rendimentos.

SEGURO DE SAÚDE

Quanto a Seguro de Saúde, 261 do total dos inquiridos (53,3 %) possui Seguro de Saúde.

Perfil sócio-demográfico

Os dados estatísticos acima apresentados permitem-nos traçar o seguinte perfil sócio-demográfico da amostra:

Estudante universitário maioritariamente do sexo feminino, com idades entre os 18 e os 21 anos de idade, solteiro, residente no distrito de Lisboa ou Setúbal.

Análise descritiva das respostas ao Inquérito

A – Doenças e/ou problemas de saúde

Pergunta 1:

“Pense na última vez que teve uma doença e/ou problema de saúde.

Indique qual foi”

Para a classificação das doenças assinaladas pelos inquiridos no inquérito efectuado, utilizaram-se os códigos de classificação do ICPC-2 “Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição, Comité Internacional Classificações Wonca (WICC)”

Respostas:

O total dos 502 inquiridos, responderam com 92 doenças diferentes.

Destas, 10 apresentaram uma percentagem superior a 1%, mas com especial destaque para a R80, que obteve uma percentagem de 47%.

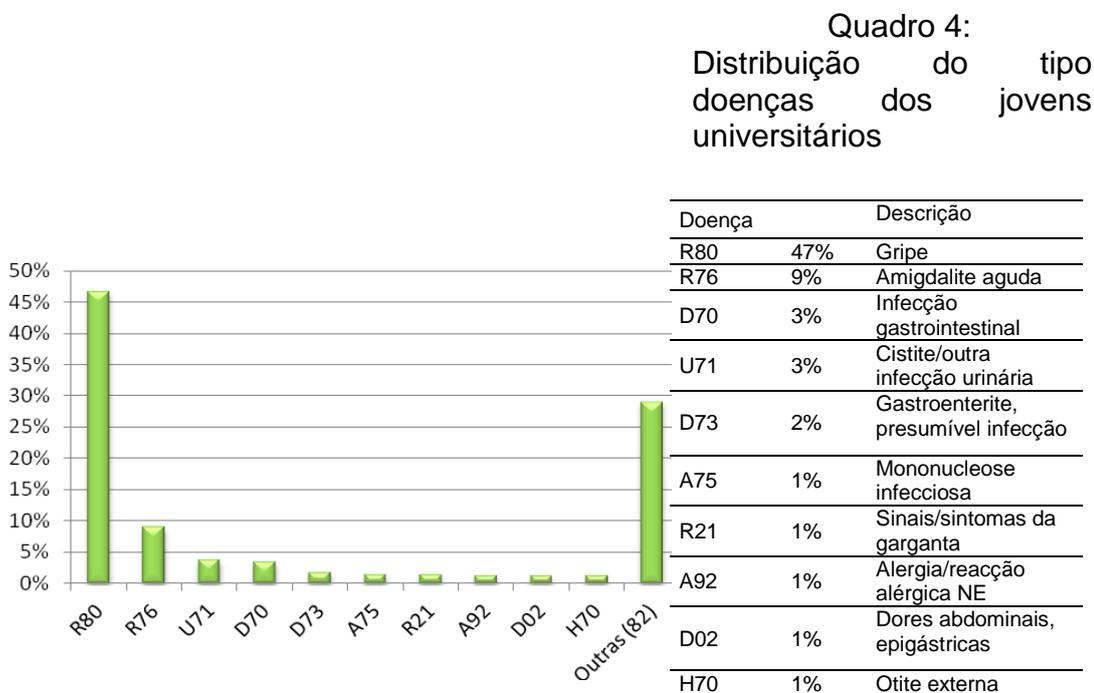


Gráfico 6: Distribuição do tipo de doenças dos jovens universitários

Sendo que as outras 82 doenças referenciadas somaram uma percentagem total de 29%, distribuídas por percentagens inferiores a 1%.

Analisando a distribuição relativa das 10 doenças mais significativas dentro de cada Sexo,

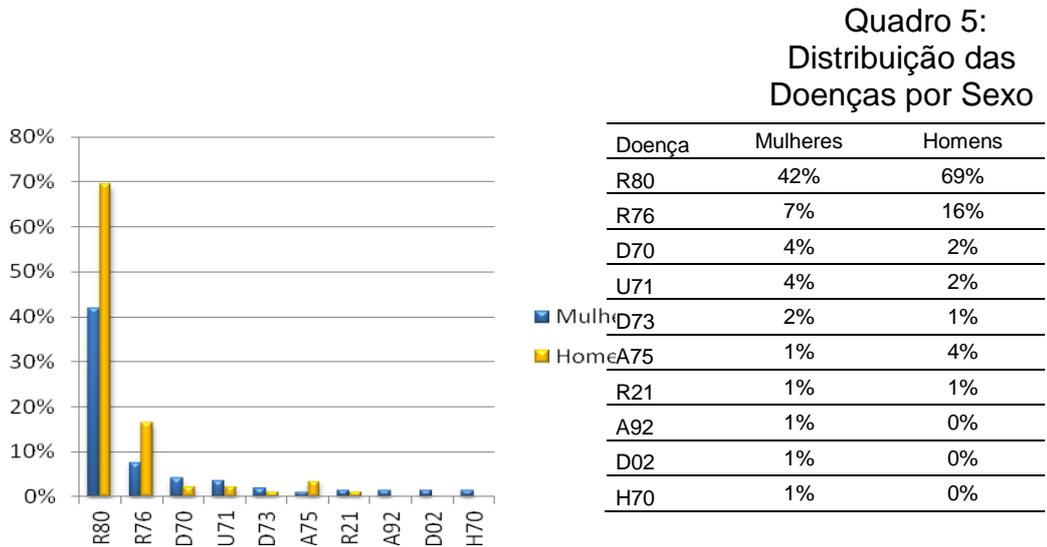


Gráfico 7: Distribuição das Doenças por Sexo

Verifica-se que o sexo feminino apresenta nas 5 doenças mais significativas, uma percentagem inferior de doenças R80 e R76 (Gripe e Amigdalite) relativamente ao sexo masculino, e vice-versa para as doenças D70, U71 e U73 (Infecções gastrointestinais e urinárias). As infecções urinárias/cistites são mais frequentes na mulher, que também são mais cuidadosas habitualmente com os cuidados para protecção do frio no Inverno.

Pergunta 2:

“Como resolveu? “

1-Foi ao médico

2-Usou medicamentos anteriormente prescritos para o mesmo problema

3-Usou medicamentos aconselhados por outrem (vizinho, familiar, amigo,...)

Quais?

Quem?

4-amigo

5-vizinho

6-familiar

Aconselhou-se na:

7-farmácia

8-loja produtos naturais

9-ervanária 10-Internet

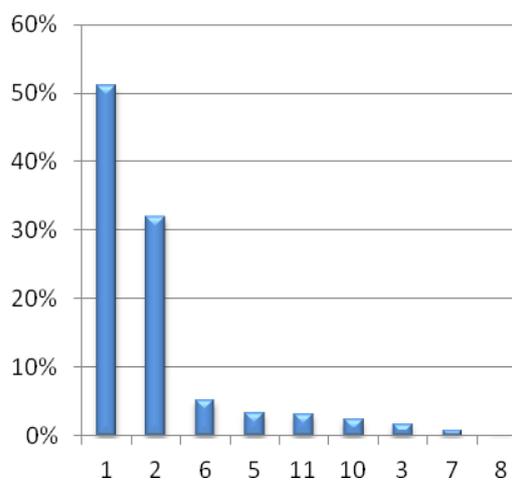
11-Não fez nada e aguardou que o problema passasse

12-Outra resolução. Qual? _____

Respostas:

De entre as hipóteses de resposta apresentadas no questionário a esta pergunta, obtiveram-se os seguintes resultados:

Quadro 6: Atitude perante a Doença



Atitude	Descrição
1	51% Foi ao médico
2	32% Tomou medicamentos anteriormente prescritos
6	5% Conselho de familiar
5	3% Conselho de vizinho
11	3% Não fez nada
10	2% Conselho na Internet
3	2% Remédios aconselhados por outrem
7	1% Conselho na Farmácia
8	0% Conselho na loja prod. naturais

Gráfico 8: Atitude perante a Doença

Em que 51% dos inquiridos foi ao médico, 46% usou medicamentos já anteriormente prescritos para o mesmo problema de doença ou que foram aconselhados por outros (familiar, vizinho, Internet,...) e 3% não fez nada e aguardou que o problema passasse.

Analisando as doenças mais significativas envolvidas nestas três situações conclui-se o seguinte:

Foi ao médico

Os inquiridos que foram ao médico na última vez que estiverem doentes (51%), apresentavam a seguinte distribuição de doenças:

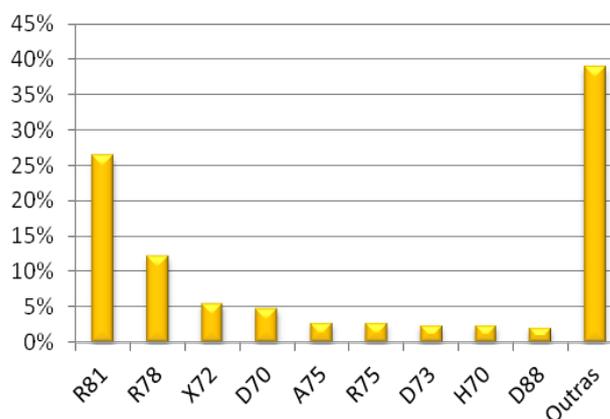


Gráfico 9: Última Doença dos Inquiridos que foram ao médico

Quadro 7: Última Doença dos Inquiridos que foram ao médico

Doença	Descrição
R81	26% Pneumonia
R78	12% Bronquite/bronquiolite aguda
X72	6% Candidíase genital feminina
D70	5% Infecção gastrointestinal
A75	3% Mononucleose infecciosa
R75	3% Sinusite crónica/aguda
D73	2% Gastroenterite, presumível infecção
H70	2% Otite externa
D88	2% Apendicite
Outras	39% 67 outras doenças (< 1%)

Observando o tipo de doenças verifica-se que são do tipo agudo em que a observação médica é, de facto, imprescindível. Observamos, que os inquiridos tiveram a percepção de que a ida ao médico era essencial para a resolução do seu problema de saúde.

Automedicou-se

Relativamente às doenças em que os inquiridos (46%) se auto-medicaram

Quadro 8: Doenças que foram alvo de auto medicação

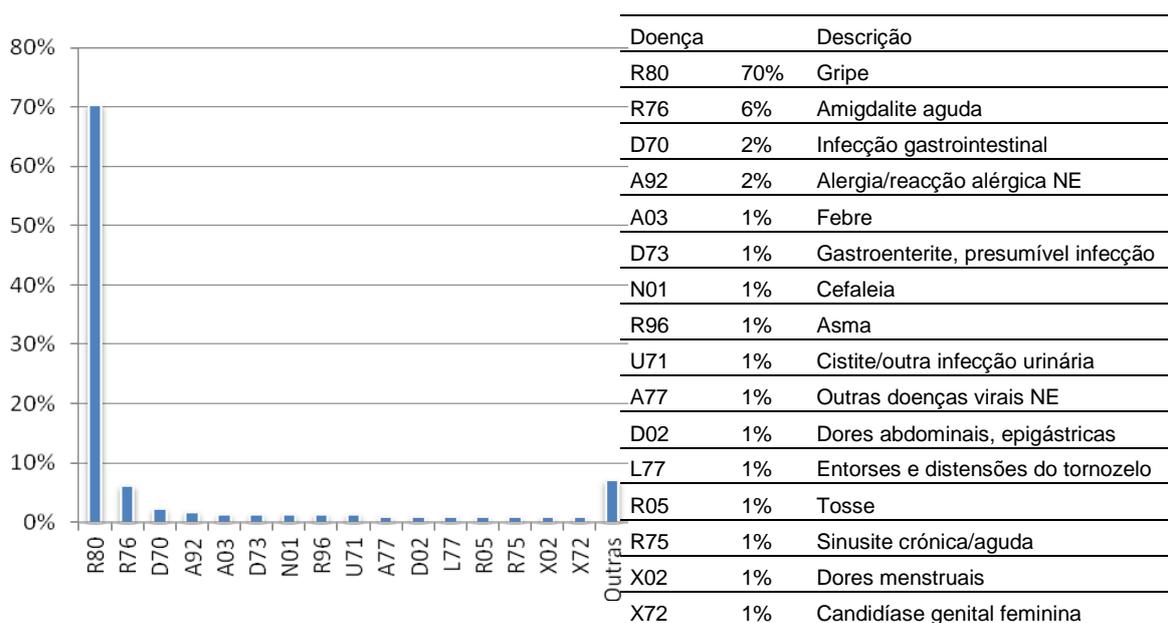


Gráfico 10: Doenças que foram alvo de auto medicação

Verifica-se que a auto-medicação se associa a doenças frequentes (gripe), em que os jovens têm experiência pois apresenta distribuição anual e sazonal.

Não fez nada

Relativamente às doenças em que 3% dos inquiridos “não fizeram nada”, obtiveram-se os seguintes resultados:

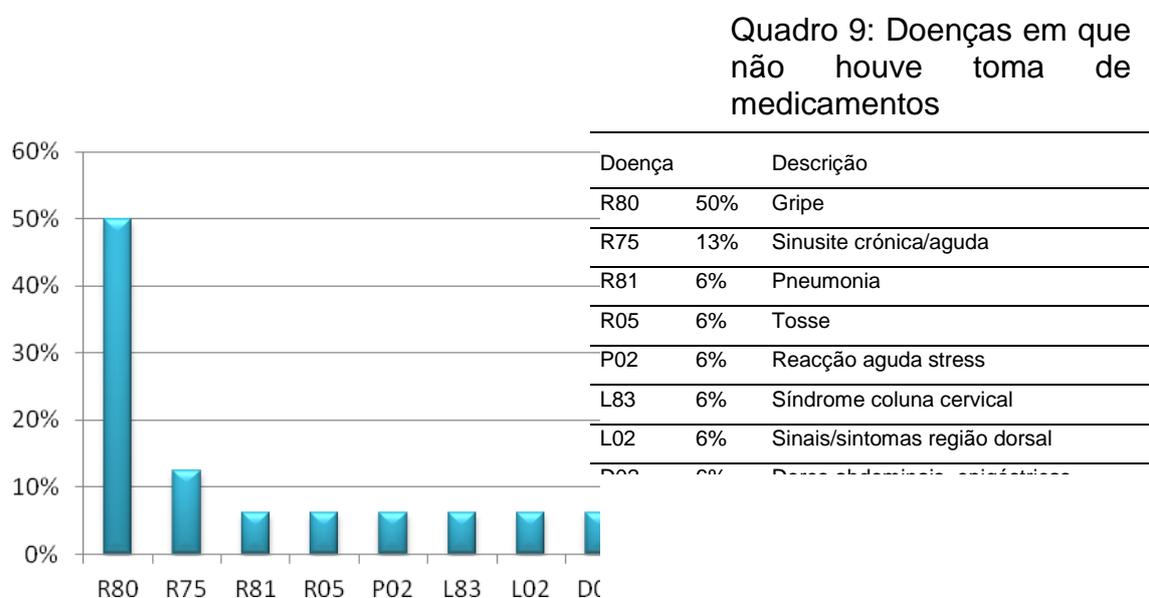


Gráfico 11: Doenças em que não houve toma de medicamentos

Verifica-se que são doenças muito comuns e/ou aparentemente conhecidas dos inquiridos, pelo que esperaram que passassem sem efectuarem qualquer tipo de intervenção medicamentosa.

Comparando as doenças que implicaram ida ao médico com as que foram auto medicadas, concluímos que existem 5 doenças comuns aos 2 procedimentos

D70	Infecção gastrointestinal
D73	Gastroenterite, presumível infecção
R75	Sinusite crónica/aguda
R81	Pneumonia
X72	Candidíase genital feminina

Pergunta 3:

“Na sua opinião quais os factores que mais influenciam a saúde? “

Condições de trabalho

A qualidade do meio ambiente

Os cuidados médicos

Os problemas familiares

Levar uma vida saudável (não fumar, não beber, fazer exercício)

As condições económicas

Respostas:

De entre as hipóteses apresentadas no questionário houve inquiridos que escolheram uma única opção e outros que optaram por várias respostas, com a seguinte distribuição:

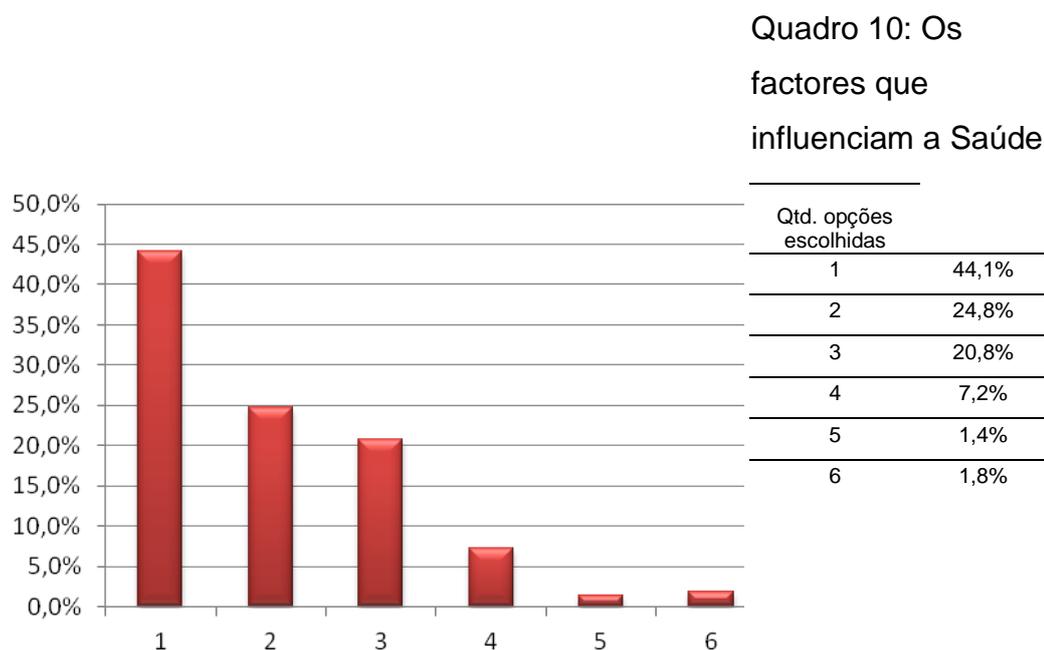


Gráfico 12: Os factores que influenciam a Saúde

Analisando quantas vezes foi escolhida cada opção, ou seja, a importância que cada opção representa para o total da amostra, obtivemos o seguinte gráfico que mostra a relevância duma *vida saudável*

e a *qualidade do meio ambiente* como sendo os que mais influenciam a saúde para a amostra em estudo.

Quadro 11: Factores que mais influenciam a Saúde

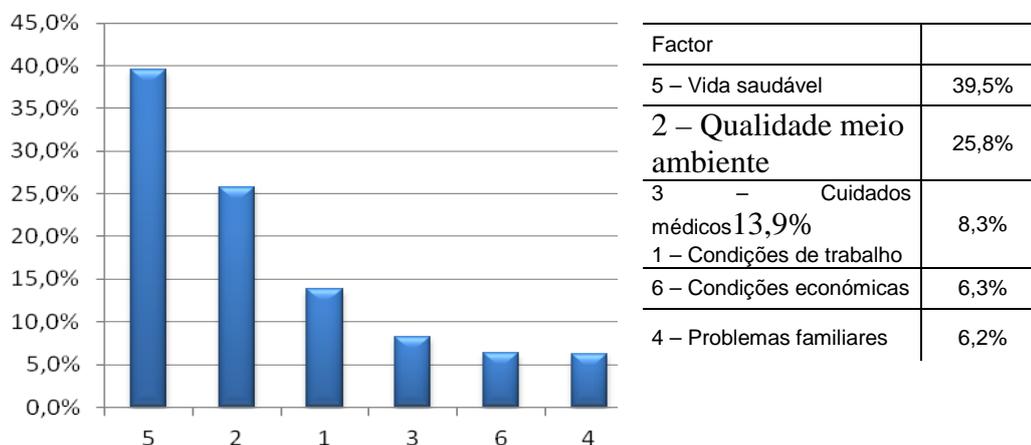


Gráfico 13: Factores que mais influenciam a Saúde

De realçar a importância relativa nesta amostra, que é atribuída às “condições económicas” e aos “problemas familiares” para levar uma “vida saudável”.

Pergunta 4:

“ Habitualmente, perante os seguintes problemas de saúde que resolução escolheria?”

Quadro 12: Atitude perante as várias doenças

Doença	Espera que passe	Usa tratamentos caseiros	Usa medicamentos que conhece	Vai à farmácia	Vai ao médico	Fala com um amigo/ vizinho/ familiar
1) Febre	10%	5%	61%	9%	14%	1%
2) Tosse	23%	19%	42%	14%	2%	0%
3) Cansaço	83%	7%	3%	1%	5%	1%
4) Dores no corpo.	60%	7%	22%	3%	7%	0%
5) Nervosismo	76%	6%	8%	1%	5%	5%
6) Tristeza	78%	1%	1%	0%	4%	16%
7) Insónias	70%	7%	8%	5%	7%	3%
8) Dores de cabeça	21%	3%	68%	5%	3%	0%
9) Dores de dentes	8%	2%	43%	7%	39%	1%
10) Má digestão	37%	17%	30%	7%	9%	1%
11) Mal da barriga	39%	10%	35%	6%	8%	1%
12) Problemas de pele	9%	2%	10%	8%	70%	1%
13) Gripe / Constipação	9%	4%	48%	11%	27%	1%
14) Ver mal	4%	0%	1%	1%	93%	1%
15) Dificuldades sexuais	17%	2%	1%	2%	62%	17%

Respostas:

Das resposta a esta pergunta assinalam-se as percentagens de respostas superiores a 10% em cada opção, verifica-se que os resultados obtidos têm coerência com as respostas à pergunta 2.

Ou seja, os inquiridos:

- esperam que a doença passe, quando se tratam de doenças “frequentes”.
- usam tratamentos caseiros, quando têm a percepção que a doença é “passageira ou habitual”.
- usam medicamentos que conhecem, para casos idênticos aos anteriores em que já usaram os medicamentos anteriormente.

- vão à farmácia, quando percebem que é uma doença vulgar e aceitam conselho do farmacêutico.
- mas vão ao médico, quando o problema implica intervenção ou especialidade (dentes, pele, olhos)
- falam com amigos, quando sofrem de algo mais íntimo (sexo, tristeza).

Analisando particularmente os inquiridos que falam com um amigo sobre as suas doenças, verifica-se que:

Sobre “tristeza”, 17% são mulheres e 13% são homens.

Sobre “dificuldades sexuais”, 18% são mulheres e 15% são homens.

Donde se conclui que os dois sexos estão muito aproximados neste tipo de comportamentos.

Pergunta 5:

“Já tomou medicamentos sem receita médica? (excluindo os de venda livre)”

Respostas:

Nas respostas a esta pergunta apuraram-se os seguintes resultados.

Quadro 13: Toma medicamentos sem receita médica

	Total	Mulheres	Homens
sim	51,7%	52,2%	50,0%
não	48,3%	47,8%	50,0%

As opções são muito equivalentes, quer em número total, quer por género

Pergunta 6 a:

“Em caso afirmativo, a última vez que tomou medicamentos sem receita médica foi há quanto tempo?”

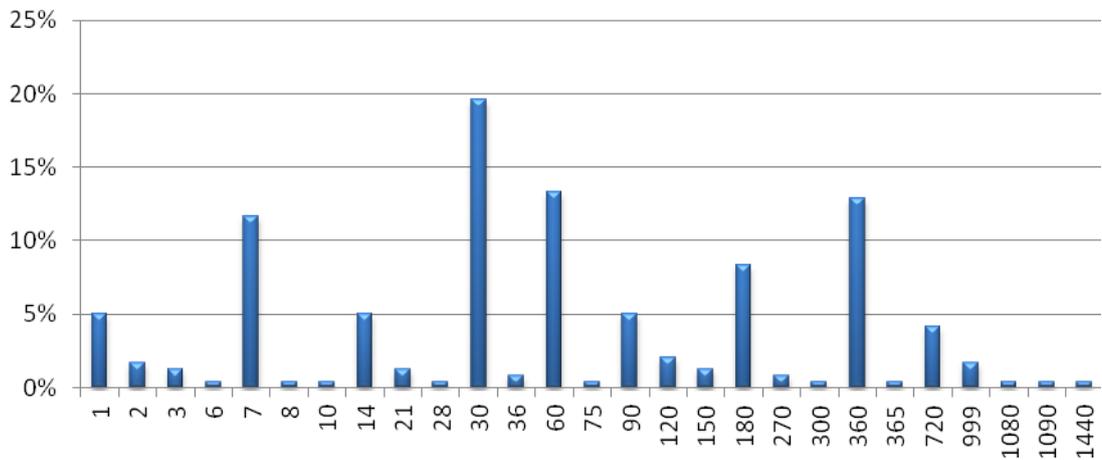


Gráfico 14: N° de dias desde a toma de medicamentos sem receita médica

Respostas:

Verifica-se que a última vez que os inquiridos tomaram medicamentos sem receita médica foi nos períodos de 7, 14, 30, 60, 180 e 360 dias. O que coincide com 1, 2 e 4 semanas e 2, 6 e 12 meses. Os inquiridos têm tendência a associar o tempo a unidades periódicas (semanas, meses).

Pergunta 6 b:

“Qual era o medicamento?”

Respostas:

Quadro 14: Que medicamento tomou sem receita médica

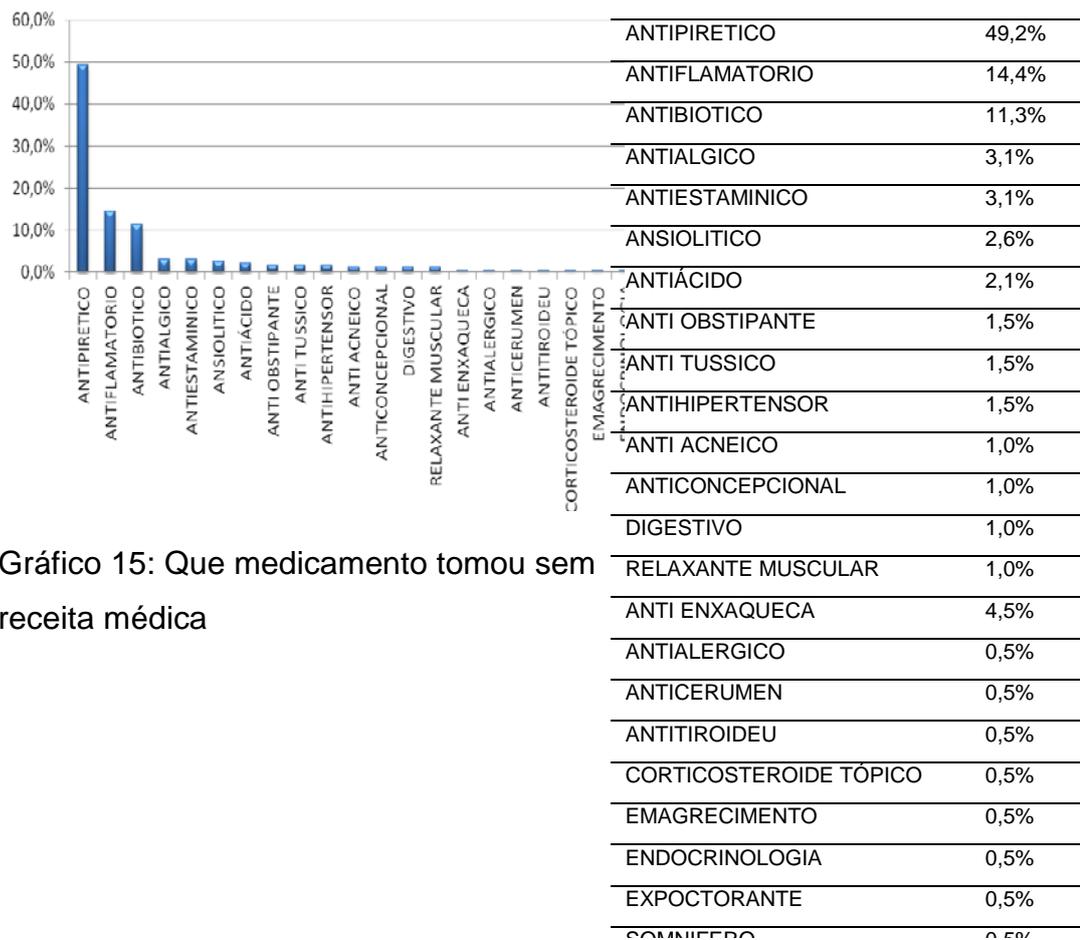


Gráfico 15: Que medicamento tomou sem receita médica

Pergunta 6 c:

“Quem lho aconselhou?”

Quadro 15: Quem aconselhou o medicamento tomado sem receita médica



Gráfico 16: Quem aconselhou o medicamento tomado sem receita médica

Respostas:

Verifica-se que a maioria dos inquiridos (40,9%) não está, de facto, a tomar medicamentos sem receita médica, mas sim a utilizar medicamentos receitados pelo médico, noutra altura, para a mesma doença. Donde se conclui que, na maioria dos casos, a auto-medicação é responsável, apesar de haver conselhos, em menor escala, do amigo, vizinho, familiar ou farmacêutico.

Onde encontramos uma auto-medicação não responsável é na resposta 5, em que 13,8% dos inquiridos tomaram medicamentos que *tinha em casa, comprado sem receita médica*.

B – Consulta médica e prescrição de medicamentos

Pergunta 7 a:

“Geralmente é preferível cada um cuidar da sua saúde evitando idas ao médico, com exceção de problemas graves.”

Respostas:

Quadro 16: Deve cuidar da saúde evitando idas ao médico

Discordo	49,3%
Concordo	46,9%
S/ opinião	3,8%

As respostas a esta pergunta, são muito equivalentes em termos de concordância e discordância, são coerentes com as respostas às perguntas nº 2 e 5 ou seja, cerca de metade dos jovens acha que se deve ir ao médico e não tomam medicamentos sem receita medica, a outra metade acha que se devem evitar idas ao médico e tomam medicamentos sem receita.

Pergunta 7 b:

“Prefiro médicos que apresentem alternativas terapêuticas onde possa dar a minha opinião”

Respostas:

Quadro 17: Preferência pelos médicos que discutem as terapêuticas com o doente

Concordo	70,1%
Discordo	12,5%
S/ opinião	17,3%

A maioria dos inquiridos prefere participar nas opções terapêuticas para o seu problema é o tempo do *empowerment* versus o paternalismo de ontem.

Pergunta 7 c:

“Os doentes não devem pôr em causa o saber e a autoridade médica”

Respostas:

Quadro 18: Não pôr em causa o saber e autoridade médica

Discordo	53,7%
Concordo	32,7%
S/ opinião	13,0%

Este posicionamento vai na linha da resposta anterior, partilha de cuidados e *empowerment* actual dos pacientes

Pergunta 8:

“Habitualmente consulta o médico”

Respostas:

Quadro 19: Quantas vezes vai ao médico

Uma vez por ano	49,00%
Até 4 vezes por ano	29,20%
Outro	21,80%

Fazendo os inquiridos parte duma população jovem e saudável compreende-se que a maioria vá ao médico somente uma vez por ano.

Pergunta 9:

“Habitualmente vai ao médico por:

1-Situações de urgência / doença aguda

2-Check-up

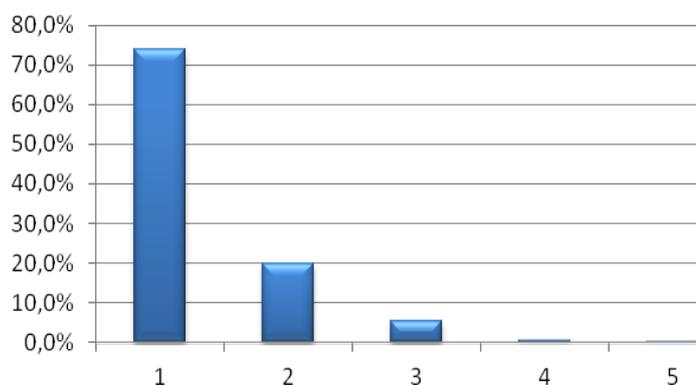
3-Atestado / baixa

4-Renovação de receitas

5-Controlo de doença crónica. Qual?”

Respostas:

Houve inquiridos que escolheram uma única opção e outros que optaram por várias respostas, com a seguinte distribuição:



Quadro 20: N^o de causas da ida ao médico

Qtd. opções escolhidas	Porcentagem
1	74,0%
2	19,8%
3	5,4%
4	0,6%
5	0,2%

Gráfico 17: N^o de causas da ida ao médico

Analisando quantas vezes foi escolhida cada opção, ou seja, a importância que cada opção representa para o total da amostra, obtivemos o seguinte gráfico que mostra a relevância de uma *Situações de urgência / doença aguda* seguida do *Check-up* como sendo os que mais originam uma ida ao médico.

Quadro 21: Razões da ida ao médico

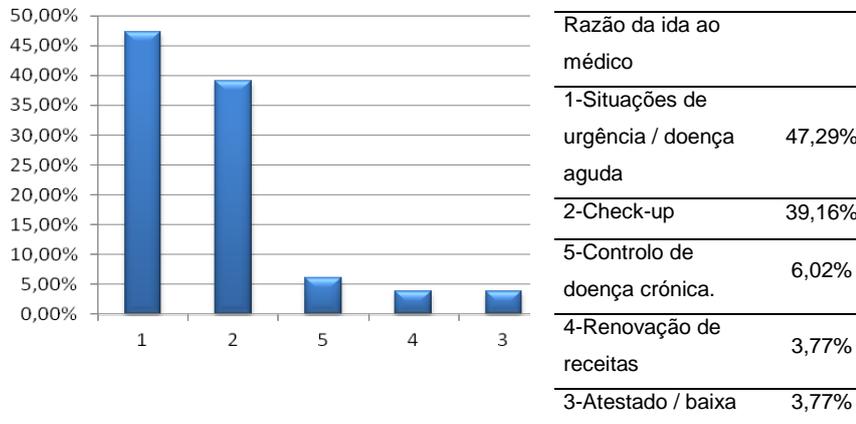


Gráfico 18: Razões da ida ao médico

Donde se conclui que a maioria dos inquiridos (47,29%) só vai ao médico em situações de urgência e 39,16% para prevenção.

Analisando os inquiridos (6,02%) que vão ao médico para controlo de doenças crónicas verificou-se a seguinte distribuição dessas doenças.

Quadro 22: Doenças crónicas que originam ida ao médico

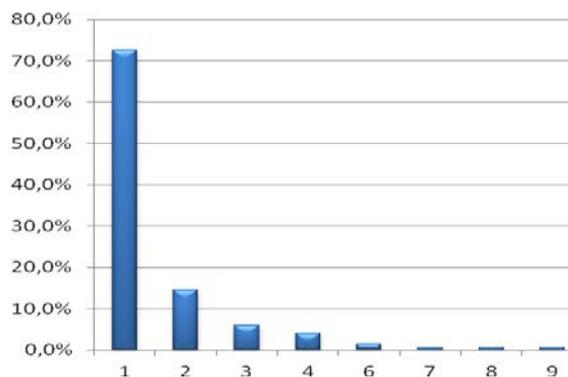
Doença	Cód.	Porcentagem
asma	R96	25%
alergias	R97	19%
hipertiroidismo	T85	9%
doença de Crohn	D94	6%
diabetes	T89	6%
outras (11)		34%

Sendo 44% devido a doenças do foro respiratório.

Pergunta 10:

“Se actualmente toma medicamentos: Quantos comprimidos toma por dia? Sabendo, indique os nomes”

Respostas:



Quadro 23: Quantos comprimidos toma por dia

1	72,5%
2	14,4%
3	5,9%
4	3,9%
6	1,3%
7	0,7%
8	0,7%
9	0,7%

Gráfico 19: Quantos comprimidos toma por dia

Verifica-se que a maioria dos inquiridos que tomam medicamentos diariamente, tomam 1 cp/dia.

Relativamente ao tipo de medicamentos que são tomados, é a seguinte a sua distribuição:

Quadro 24: Tipo de comprimidos tomados por dia

ANTICONCEPCIONAL	57,8%
ANTIESTAMINICO	7,4%
ANTIFLAMATORIO	5,2%
ANSIOLITICO	3,7%
VIATAMINAS	3,0%
ANTIDEPRESSIVO	2,2%
ANTIHIPERTENSOR	2,2%
ANTIPIRETICO	2,2%
BRONCODILATADOR	2,2%
ANTIALERGICO	1,5%
ANTIASMÁTICO	1,5%
ANTIBIOTICO	1,5%
ANTITIROIDEU	1,5%
HORMONA DA TIRÓIDE	1,5%
ANALÉPTICO	0,7%
ANTIÁCIDO	0,7%
ANTIDIABETICO	0,7%
ANTIFUNGICO	0,7%
ANTIGLAUCOMA	0,7%
EXPETORANTE	0,7%
HOMEOPATICOS	0,7%
MEDICAMENTO NATURAL	0,7%
SUPLEMENTO MINERAL	0,7%

Verifica-se que a larga maioria (57,8%) toma um comprimido por dia, trata-se dos anticoncepcionais. O que se justifica pela idade dos jovens e pela maioria da amostra ser do sexo feminino.

Pergunta 11:

“Habitualmente compra os medicamentos receitados pelo médico?”

Respostas:

Quadro 25: Compra os medicamentos receitados pelo médico

sim	88,3%
não	11,7%

De realçar que 11,7% não os adquire, ou seja foi ao médico, este receitou-lhe medicamentos, mas o doente nem sequer os comprou.

Pergunta 12:

“Costuma respeitar as quantidades e forma de tomar os medicamentos prescritos pelo médico?”

Respostas:

Quadro 26: Respeita as quantidades e toma de medicamentos receitados

sim	95,2%
não	4,8%

Dos inquiridos que compram os medicamentos receitados, a maioria toma-os de acordo, com as indicações do médico. Esta atitude demonstra que o doente que foi ao médico, confia no médico e no medicamento.

Pergunta 13:

“Se respondeu não, diga qual o motivo.

Melhorou

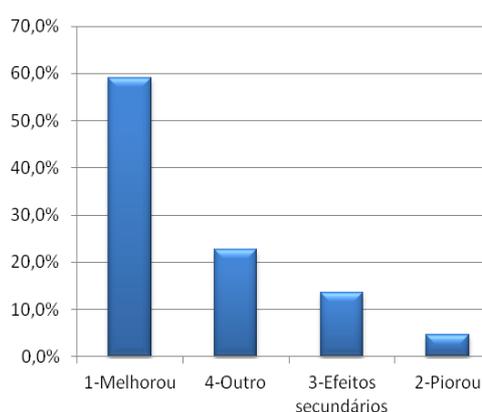
Piorou

Efeitos secundários

Outro.”

Respostas:

Quadro 27: Não respeita as quantidades e forma de tomar os medicamentos receitados



1-Melhorou	59,1%
4-Outro	22,7%
3-Efeitos secundários	13,6%
2-Piorou	4,5%

Gráfico 20: Não respeita as quantidades e forma de tomar os medicamentos receitados

Em que se conclui que a maioria dos inquiridos (59,1%) que deixa de tomar os medicamentos prescritos pelo médico é porque melhoram do seu problema de saúde.

Também se concluiu que os efeitos benéficos dos medicamentos receitados correspondem a 59,1% e os não benéficos se situam nos 18,1%.

Pergunta 14:

“O que pensa do médico que não receita medicamentos?”

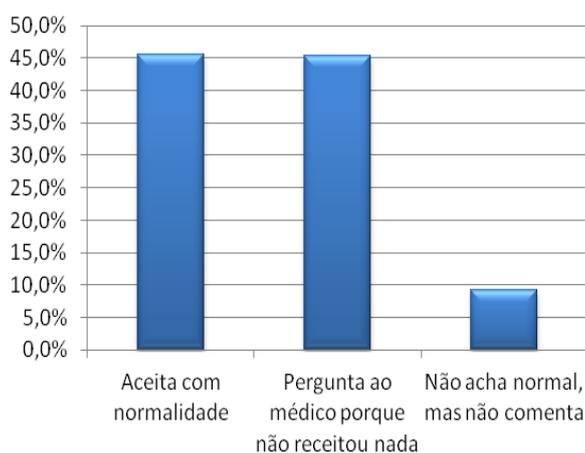
Aceita com normalidade

Não acha normal, mas não comenta

Pergunta ao médico porque não receitou nada”

Respostas:

Quadro 28: O que pensa do médico que não receita medicamentos



Aceita com normalidade 45,5%

Pergunta ao médico porque não receitou nada 45,3%

Não acha normal, mas não comenta 9,2%

Gráfico 21: O que pensa do médico que não receita medicamentos

As atitudes perante este comportamento do médico, não receitar medicamentos, dividem-se equitativamente em achar normal e perguntar a razão de não receitar. Mas 9,2% dos inquiridos não acha essa atitude normal, mas não comenta a situação com o médico.

C – Informação acerca dos medicamentos

Pergunta 15:

“Na farmácia, costuma pedir informações/esclarecimentos sobre: (assinale com uma X)”

Quadro 29: Pede informações sobre a finalidade do medicamento

	nunca	raramente	frequentemente	sempre
Finalidades do medicamento	15,00%	30,50%	34,50%	20,00%
Contra-indicações	20,70%	37,10%	28,50%	13,70%
Reações adversas	21,50%	39,60%	25,70%	13,30%
Modo de tomar os medicamentos	8,00%	12,80%	30,20%	49,00%

Respostas:

A esta pergunta obtiveram-se os resultados no Gráfico acima, cuja representação gráfica é a seguinte:

Finalidade do medicamento

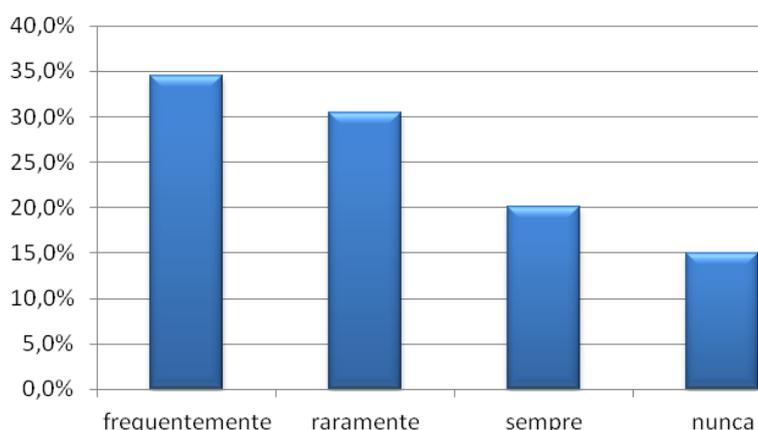


Gráfico 22: Pede informações sobre a finalidade do medicamento

Verificando-se que 34,5% dos inquiridos pergunta frequentemente, na farmácia, qual é a finalidade do medicamento. Mas 30,5% raramente pergunta. E o somatório dos que perguntam frequentemente e dos que perguntam sempre é de 54,5%.

Contra-indicações

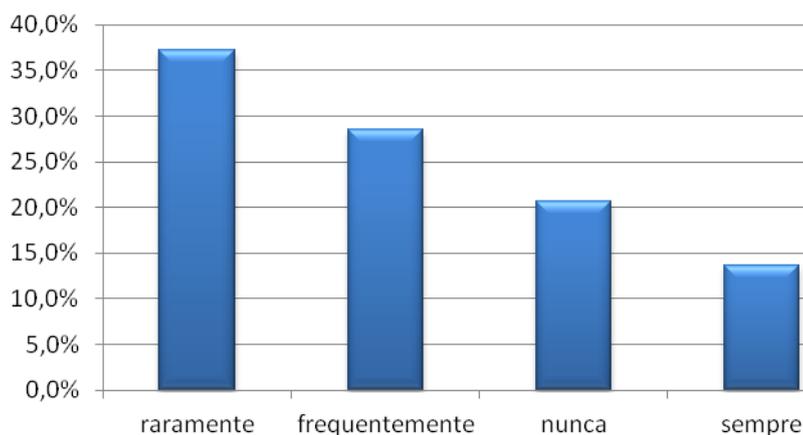


Gráfico 23: Pede informações sobre as contra-indicações do medicamento

Pelo contrário, a maioria (39,6%), não pergunta quais são as contra-indicações do medicamento. Sendo o somatório dos que nunca perguntam com os que raramente pergunta de 57,8%.

Reacções adversas

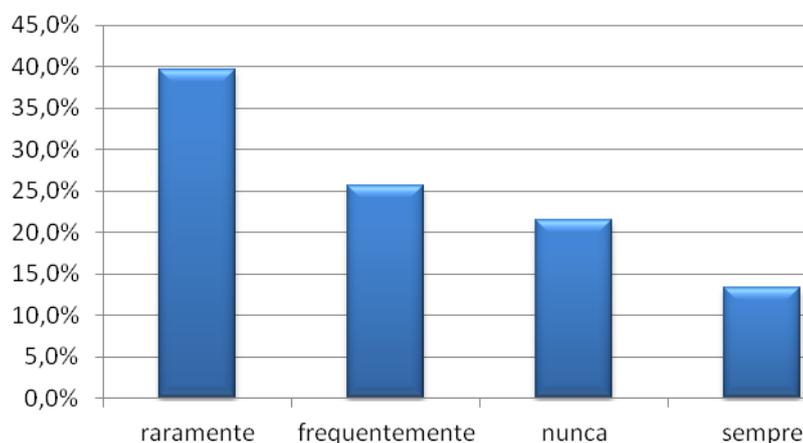


Gráfico 24: Pede informações sobre reacções adversas do medicamento

Relativamente às reacções adversas do medicamento, característica semelhante às contra – indicações, a atitude é semelhante. 39,6% raramente pergunta e o somatório destes com os que nunca pedem é de 61,1%.

Modo de tomar os medicamentos

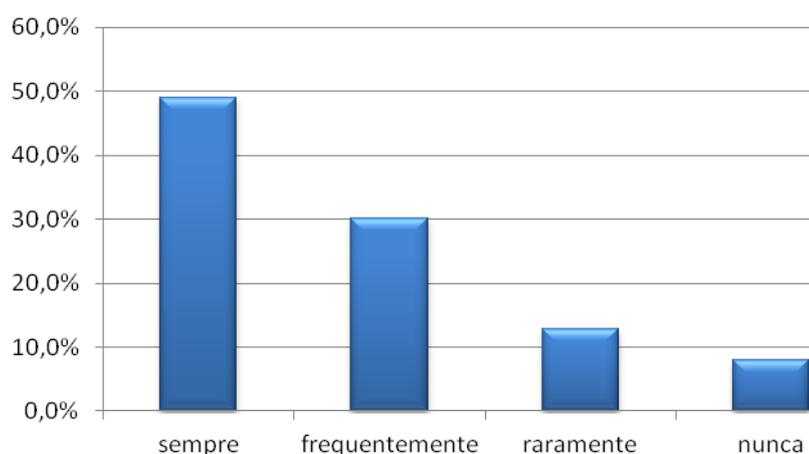


Gráfico 25: Pede informações sobre o modo de tomar o medicamento

Quanto ao modo de tomar os medicamentos, 49% dos inquiridos pergunta na farmácia como se toma.

Pergunta 16:

“Habitualmente lê o folheto que vem com o medicamento

Nunca

Raramente

Frequentemente

Sempre”

Respostas:

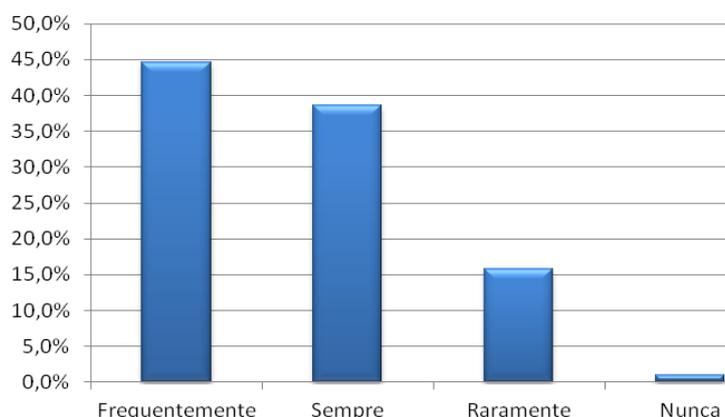


Gráfico 26: Lê o folheto que acompanha o medicamento

Quadro 30: Lê o folheto que acompanha o medicamento

	Total	Mulheres	Homens
Frequentemente	44,60%	44,9%	44,5%
Sempre	38,60%	39,5%	35,5%
Raramente	15,80%	14,8%	19,1%
Nunca	1,00%	0,8%	0,9%

Verifica-se que o comportamento por género é muito semelhante.

Apesar das informações do médico e do farmacêutico, 83,2% dos inquiridos ainda lê o folheto que acompanha o medicamento. Estas atitudes demonstram bastante cuidado quanto às doses do medicamento já que, não dão muita relevância às contra indicações e reacções adversas.

Pergunta 17:

“O que pensa da literatura incluída nas embalagens dos medicamentos?

Difícil de perceber

Pouco esclarecedora

De fácil compreensão

Outra”

Respostas:

Quadro 31: O que pensa da literatura que acompanha o medicamento

	Total	Mulheres	Homens
De fácil compreensão	68,5%	68,7%	68,2%
Pouco esclarecedora	22,0%	21,5%	23,6%
Outra	3,8%	3,9%	3,6%
Difícil de perceber	5,8%	6,0%	4,5%

Mais uma vez se verifica uma grande concordância de comportamentos nos dois sexos.

A maioria dos inquiridos considera a literatura de fácil compreensão. Mas há uma percentagem significativa, 22,0% que a considera pouco esclarecedora

Pergunta 18:

Se perceber que o medicamento que vai tomar pode causar algum problema

Volta ao médico

Pede esclarecimentos numa farmácia

Não toma o medicamento

Toma na mesma o medicamento

Outro”

Respostas:

Os resultados obtidos indicam que a maioria dos inquiridos, 48,3%, pede esclarecimentos na farmácia e 29,7% volta ao médico para obter esses esclarecimentos.

Quadro 32: O que faz se percebe que o medicamento pode causar algum problema

	Mulheres	Mulheres	Homens
Pede esclarecimentos numa farmácia	48,3%	47,5%	41,8%
Volta ao médico	29,7%	28,7%	39,1%
Toma na mesma o medicamento	10,8%	10,9%	11,8%
Não toma o medicamento	8,6%	10,4%	4,5%
Outro	2,6%	2,5%	2,7%

Estas percentagens são semelhantes por sexo, mas os Homens voltam mais ao médico que as Mulheres, mas tomam mais o medicamento que as Mulheres que demonstram mais prudência.

Pergunta 19:

Tratou-se / curou-se e sobraram medicamentos. O que faz?

Deita fora

Guarda para outra vez

Entrega na farmácia

Outra. “

Respostas:

Através dos resultados obtidos verifica-se que a maioria dos inquiridos guarda para outra vez os medicamentos que sobram.

Quadro 33: O que faz com os medicamentos que sobraram

	Total	Mulheres	Homens
Guarda para outra vez	72,5%	73,0%	70,9%
Entrega na farmácia	21,8%	22,9%	18,2%
Deita fora	4,4%	3,9%	6,4%
Outra. Qual?	1,2%	0,3%	4,5%

No que diz respeito a deitar fora as sobras, os rapazes tem essa atitude numa percentagem superior às raparigas.

D – Fontes de informação sobre saúde/doença

Pergunta 20:

Costuma ler/ver/ouvir programas sobre saúde?

Programas de Televisão	Sim	Não
Programas de rádio	Sim	Não
Revistas	Sim	Não
Jornais	Sim	Não
Internet	Sim	Não

Respostas:

Quadro 34: Fontes de informação sobre saúde

	sim	não
Programas de Televisão	87,5%	12,5%
Programas de rádio	15,6%	84,4%
Revistas	80,5%	19,5%
Jornais	48,7%	51,3%
Internet	81,0%	19,0%

Verifica-se que as fontes de informação mais significativas sobre saúde são a televisão, revistas e Internet.

Pergunta 21:

“Actualmente existem medicamentos de venda livre por exemplo em supermercados.

Concorda

Discorda

Não tem opinião”

Respostas:

Quadro 35: Acerca dos medicamentos de venda livre

	M	M	H
Concorda	51,9%	53,4%	48,2%
Discorda	29,3%	28,0%	33,6%
Não tem opinião	18,8%	18,7%	18,2%

A maioria dos inquiridos sabe que há medicamentos de venda livre nos supermercados, mas 18,8% desconhece o assunto e 29,3% não concorda. Estas opiniões são muito semelhantes por género.

Pergunta 22:

O que pensa da publicidade a medicamentos de venda livre

Concorda

Discorda

Não tem opinião”

Respostas:

Quadro 36: Opinião sobre a publicidade aos medicamentos de venda livre

	Total	Mulheres	Homens
Concorda	38,4%	40,3%	32,7%
Não tem opinião	33,5%	33,1%	34,5%
Discorda	28,1%	26,6%	32,7%

Em que 38,4% dos inquiridos concorda que se faça publicidade aos medicamentos de venda livre.

E – Saúde corporal

Pergunta 23:

Actualmente considera o seu estado de saúde:

Ótimo

Bom

Fraco

Mau

Respostas:

Quadro 37: Auto avaliação dos inquiridos sobre o seu estado de saúde

	Total	Mulheres	Homens
Bom	75,5%	76,5%	72,7%
Ótimo	19,3%	17,8%	23,6%
Fraco	4,8%	5,2%	3,6%
Mau	0,4%	0,5%	0,0%

A maioria dos inquiridos considera que o seu estado de saúde actual é bom.

Os Homens consideram-se em melhor condição de saúde relativamente às Mulheres.

Pergunta 24:

Os cuidados que tem normalmente com a sua saúde, considera-os

Apropriados

Insuficientes

Respostas:

Quadro 38: Auto avaliação dos inquiridos sobre os cuidados com a sua saúde

	Total	Mulheres	Homens
Apropriados	75,2%	75,4%	74,5%
Insuficientes	24,8%	24,6%	25,5%

A maioria dos inquiridos, 75,2%, considera que os cuidados que tem com a sua saúde são apropriados.

Pergunta 25:

Pratica uma actividade física regularmente?

Não

Sim Qual?

Respostas:

Quadro 39: Prática de actividade física por parte dos inquiridos

	Total	Mulheres	Homens
Não	56,1%	61,7%	36,4%
Sim	43,9%	38,3%	63,6%

A maioria dos inquiridos (56,1%) não pratica regularmente uma actividade física. Sendo mais acentuado dentro das mulheres (61,7%).

Nos que praticam actividade física regular é a seguinte a distribuição das actividades.

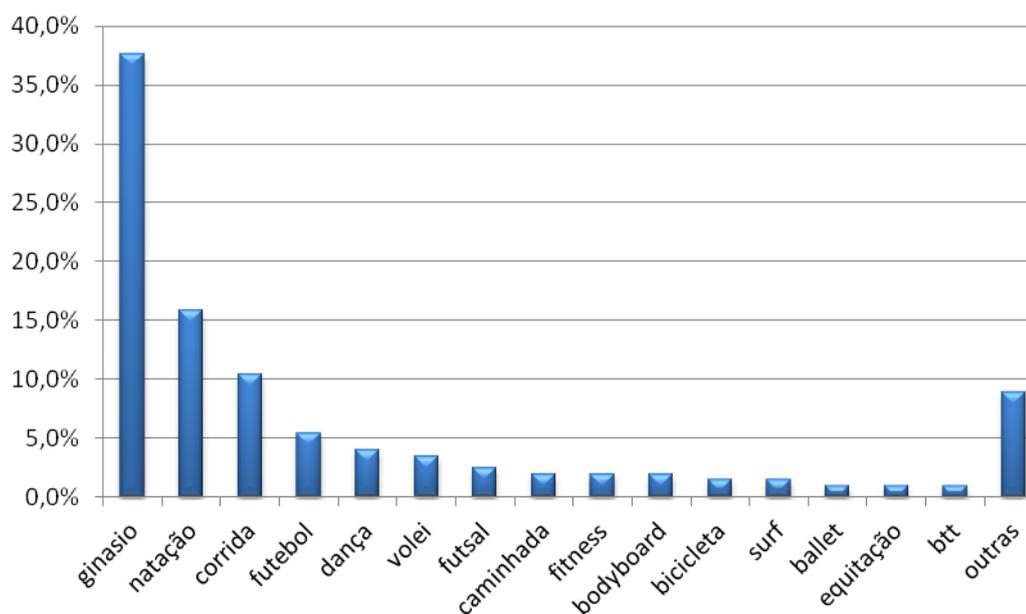


Gráfico 27: Tipo de actividade de física praticada pelos inquiridos

Em que a maioria se concentra no ginásio, seguida de natação, corrida e futebol.

Na distribuição destas actividades por sexo, obtém-se o seguinte gráfico.

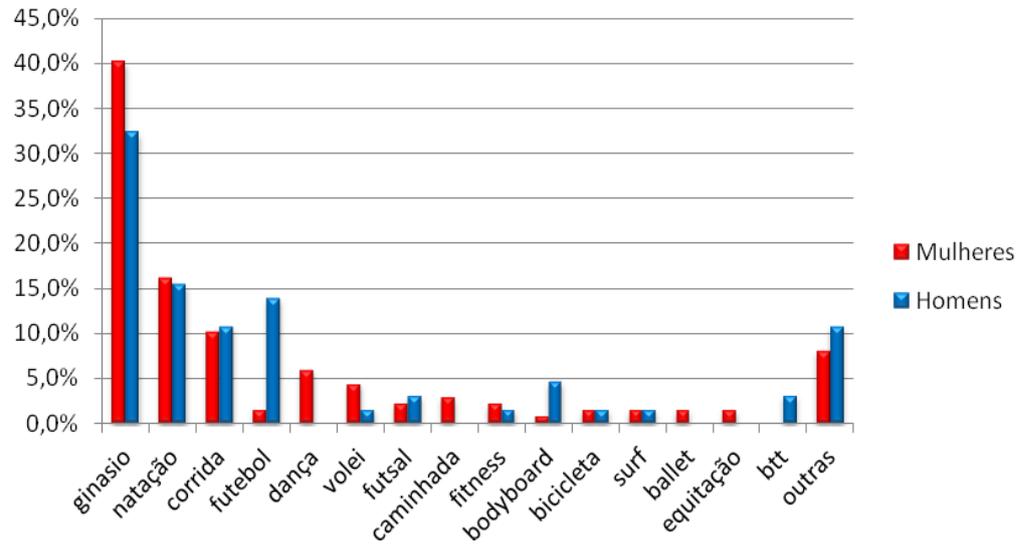


Gráfico 28: Distribuição por sexo do tipo de actividade de física praticada

Em que é interessante verificar a presença de Mulheres em actividades tradicionalmente praticadas por Homens, por exemplo futebol e futsal.

Pergunta 26:

“Quantas horas dorme normalmente?”

Respostas:

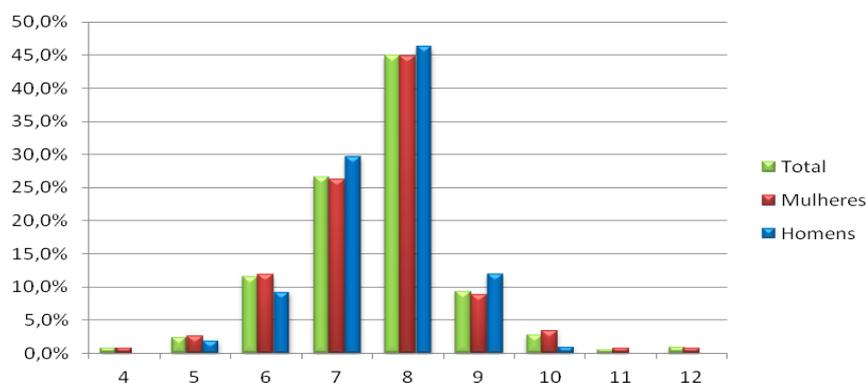


Gráfico 29: Distribuição por sexo do número de horas diárias de sono

Verifica-se que a maioria dos inquiridos dorme 7 a 8 horas por dia.

Pergunta 27:

“Quantas refeições toma por dia normalmente? “

Respostas:

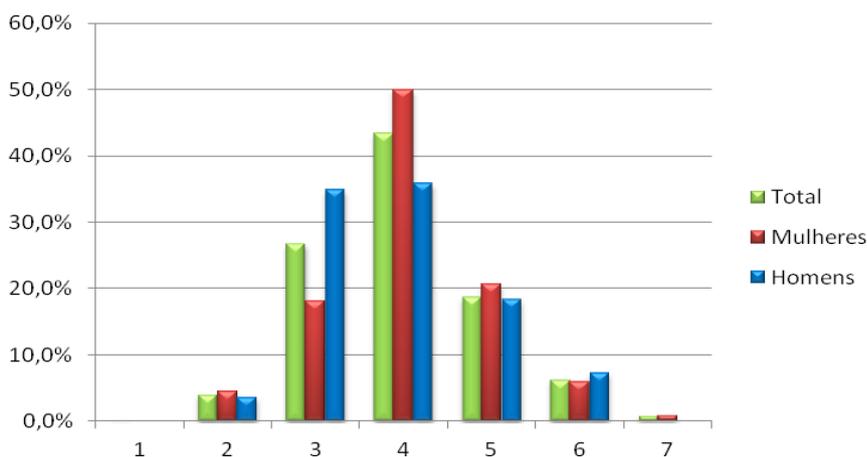


Gráfico 30: Distribuição por sexo do número de refeições tomadas diariamente

Em que há mais Homens que Mulheres a tomarem 3 refeições por dia e mais Mulheres que Homens a tomarem 4.

Pergunta 28:

“Fuma?”

Respostas:

Quadro 40: Distribuição de fumadores por sexo

	Total	Mulheres	Homens
Sim	25,3%	22,8%	33,6%
Não	74,7%	77,2%	66,4%

A maioria dos inquiridos (74,7%) não fuma. Dos que fumam a predominância é dos Homens com 33,6% versus 22,8% de Mulheres.

Pergunta 29:

“Bebe bebidas alcoólicas frequentemente?”

Respostas:

Quadro 41: Distribuição de consumidores de bebidas alcoólicas por sexo

	Total	Mulheres	Homens
Sim	19,8%	14,5%	38,2%
Não	80,2%	85,5%	61,8%

A maioria dos inquiridos (80,2%) não bebe alcoólicas com frequência.

Dos que bebem, os Homens apresentam uma maior percentagem que as Mulheres (38,2% versus 14,5%).

É interessante comparar o consumo de tabaco com o das bebidas alcoólicas, em que se conclui que no total desta amostra se fuma mais do que se bebe álcool, e que os Homens bebem mais do que fumam, isto deve-se principalmente à percentagem das Mulheres que fumam ser superior às que bebem.

F – Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos/
representação sociais

Para avaliar crenças acerca da Medicina, dos Médicos e dos medicamentos, foi aplicado o questionário de Robert Horne (anexo II).

1º Grupo

Na sua opinião:

(assinale com uma X)

Quadro 42: Crenças acerca da Medicina

Crença acerca da Medicina	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente
1) Os médicos receitam demasiados medicamentos.	4,2%	32,5%	35,3%	23,4%	4,6%
2) Pessoas que tomam medicamentos devem interrompê-los de vez em quando.	19,4%	34,1%	24,6%	19,0%	3,0%
3) A maior parte dos medicamentos causa dependência.	5,0%	30,9%	25,0%	33,9%	5,2%
4) Os medicamentos naturais são mais seguros que os químicos.	2,2%	16,0%	42,9%	28,5%	10,4%
5) Os medicamentos causam mais mal que bem.	15,4%	50,3%	25,9%	6,8%	1,6%
6) Todos os medicamentos são venenos.	27,5%	42,9%	15,8%	9,8%	4,0%
7) Os médicos confiam demasiado nos medicamentos	3,8%	22,4%	31,2%	37,0%	5,6%
8) Se os médicos tivessem mais tempo para os doentes receitariam menos medicamentos.	4,0%	25,0%	28,7%	30,5%	11,8%

Obtiveram-se as respostas no Quadro acima em que se realçou a mais escolhida em cada pergunta.

Analisando as respostas, por sexo, a cada pergunta individual verifica-se

1) Os médicos receitam demasiados medicamentos.

Respostas:

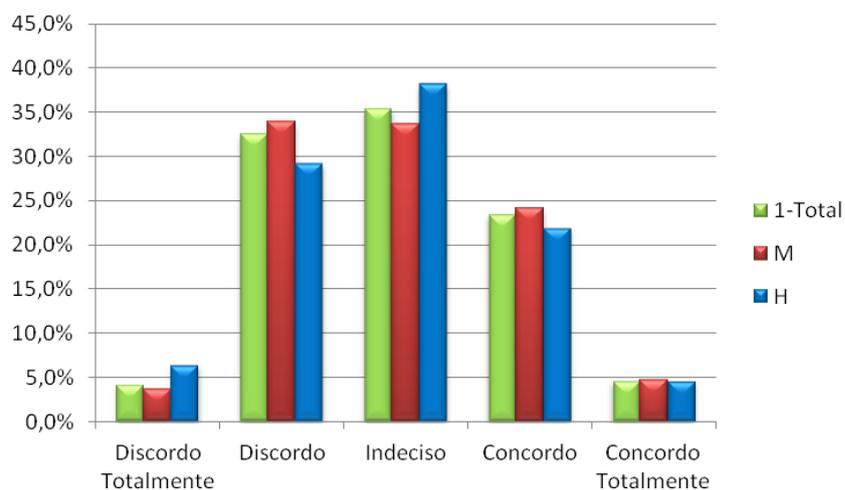


Gráfico 31: Opinião sobre os médicos receitarem muitos medicamentos

2) Pessoas que tomam medicamentos devem interrompê-los de vez em quando.

Respostas:

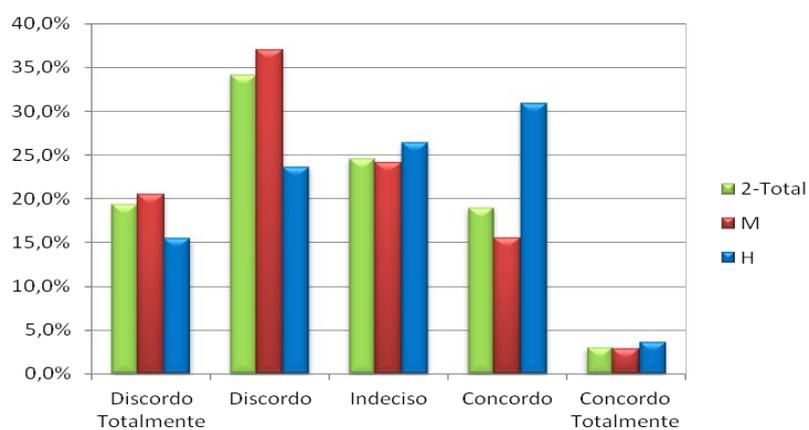


Gráfico 32: Opinião sobre interromper os medicamentos de vez em quando

3) A maior parte dos medicamentos causa dependência.

Respostas:

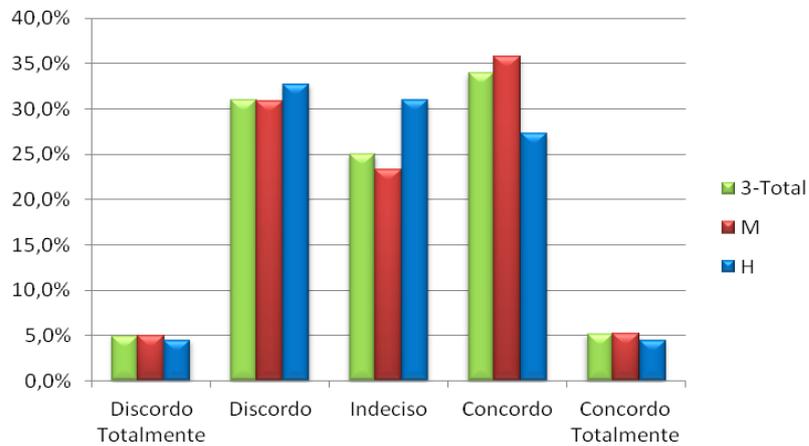


Gráfico 33: Opinião sobre os medicamentos causarem dependência

4) Os medicamentos naturais são mais seguros que os químicos.

Respostas:

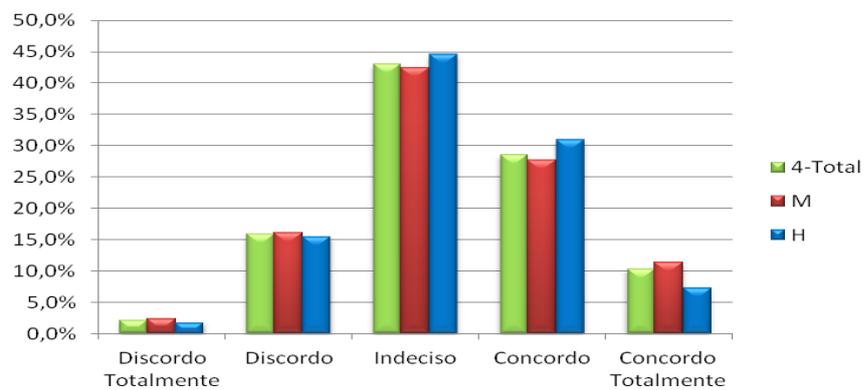


Gráfico 34: Opinião sobre os medicamentos naturais serem mais seguros que os químicos

5) Os medicamentos causam mais mal que bem.

Respostas:

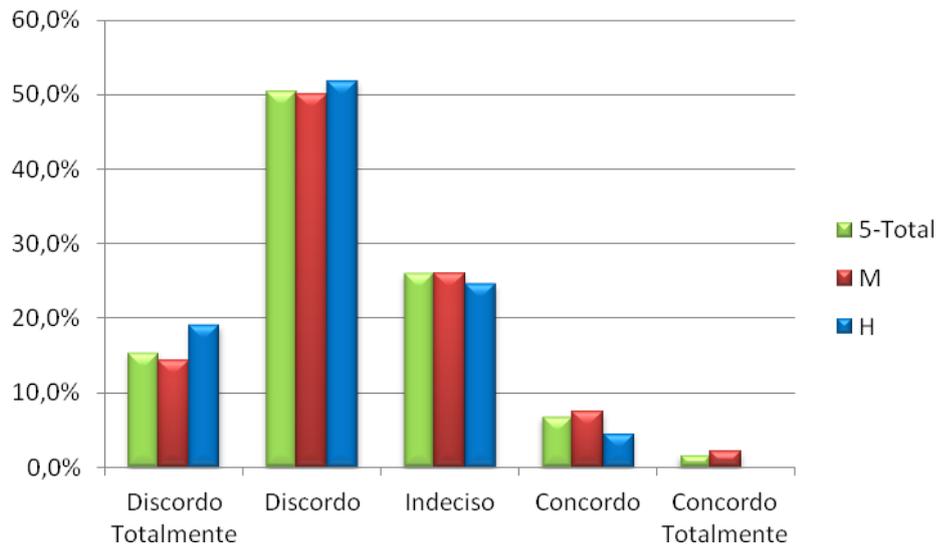


Gráfico 35: Opinião sobre os medicamentos causarem mais mal que bem

6) Todos os medicamentos são venenos.

Respostas:

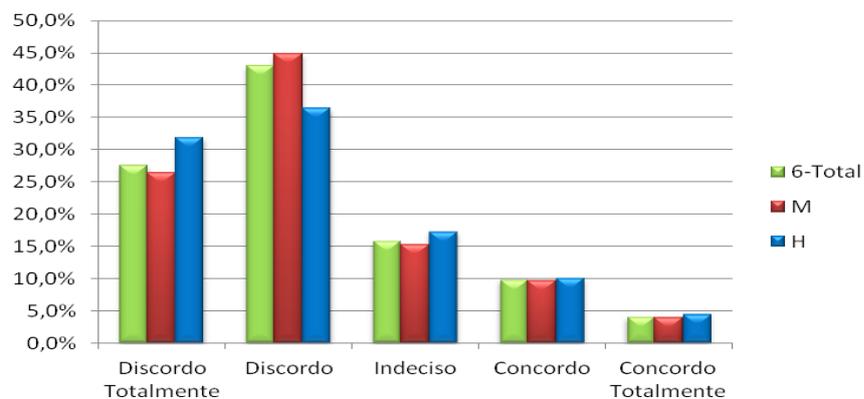


Gráfico 36: Opinião sobre todos os medicamentos serem venenos

7) Os médicos confiam demasiado nos medicamentos

Respostas:

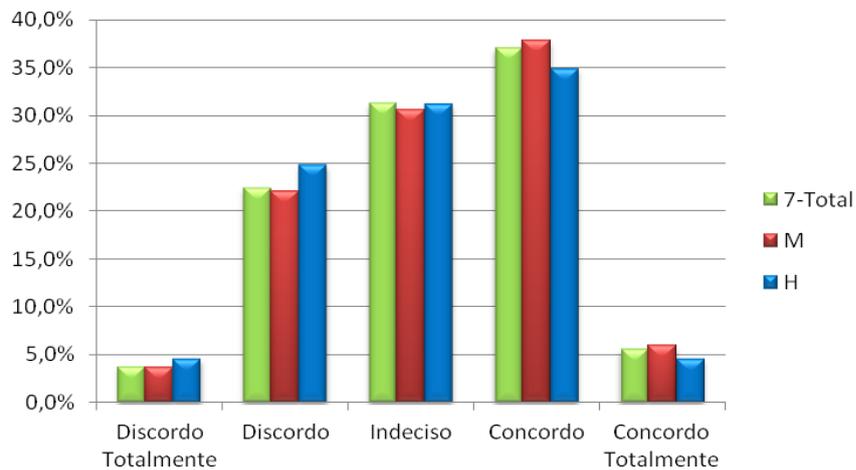


Gráfico 37: Opinião sobre os médicos confiarem demasiado nos medicamentos

8) Se os médicos tivessem mais tempo para os doentes receitariam menos medicamentos.

Respostas:

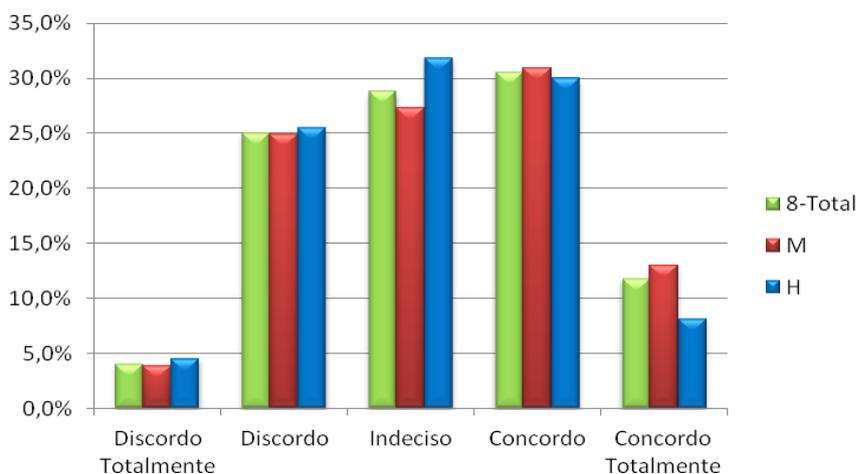


Gráfico 38: Opinião sobre se os médicos tivessem mais tempo, receitariam menos medicamentos

2º Grupo

Na sua opinião os MEDICAMENTOS são:

(assinale com uma X)

Quadro 43: Metáforas acerca de medicamentos

Opinião sobre medicamentos	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente
1) Cápsulas mágicas.	37,3%	35,9%	14,2%	11,4%	1,2%
2) Tónicos, combustível, energia.	26,9%	39,7%	19,8%	13,0%	0,6%
3) Solução de um problema.	4,0%	10,4%	14,4%	67,6%	3,6%
4) Forma de ajuda, pacificação, consolo.	9,6%	21,2%	16,8%	49,9%	2,4%
5) Um paraíso seguro sem stress.	30,3%	46,1%	16,2%	7,2%	0,2%
6) Um obstáculo, prisão, inimigo.	26,5%	45,7%	18,4%	8,4%	1,0%
7) A morte, doença, peste, veneno.	37,5%	45,5%	12,0%	4,0%	1,0%
8) Um estilo de vida, aceitação social.	29,3%	37,3%	18,0%	14,2%	1,2%

Respostas:

Obtiveram-se as respostas no Gráfico acima em que se realçou a mais escolhida em cada pergunta.

Analisando as respostas, por sexo, a cada pergunta individual concluiu-se

1) Cápsulas mágicas.

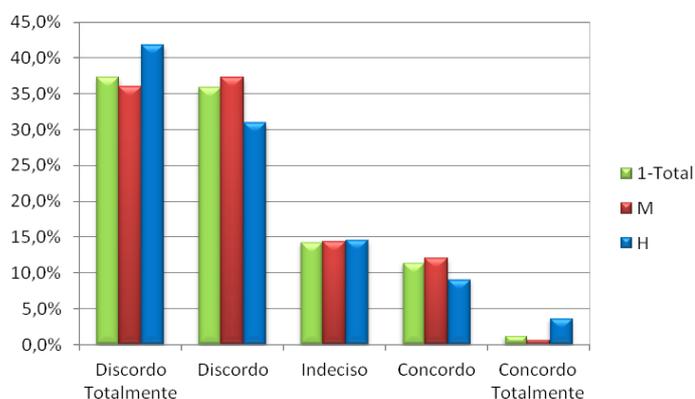


Gráfico 39: Opinião sobre os medicamentos serem cápsulas mágicas

2) Tônicos, combustível, energia.

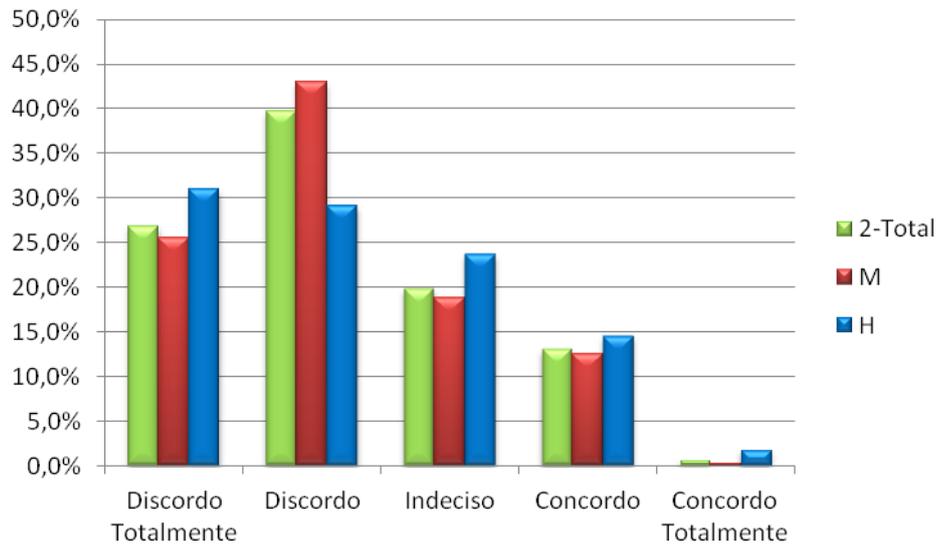


Gráfico 40: Opinião sobre os medicamentos serem tônicos, combustível, energia

3) Solução de um problema.

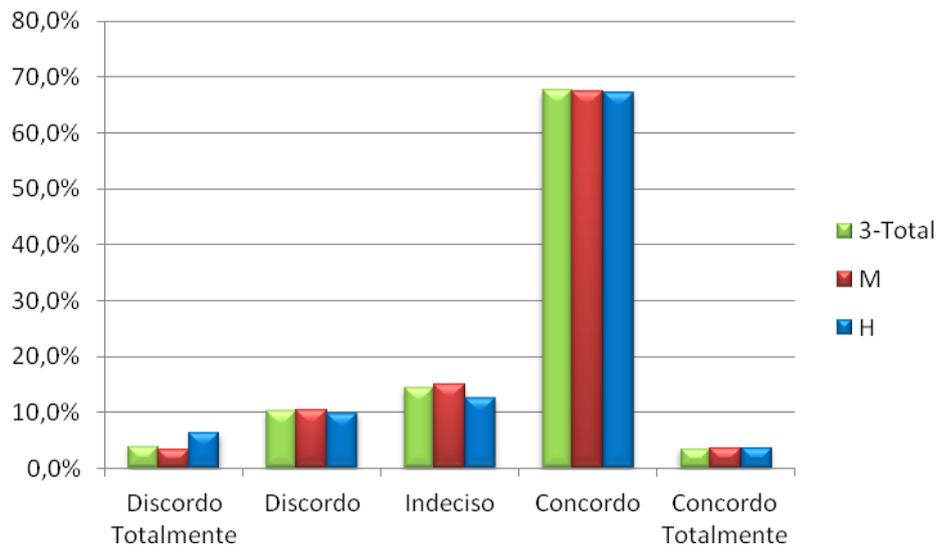


Gráfico 41: Opinião sobre os medicamentos serem solução de um problema

4) Forma de ajuda, pacificação, consolo.

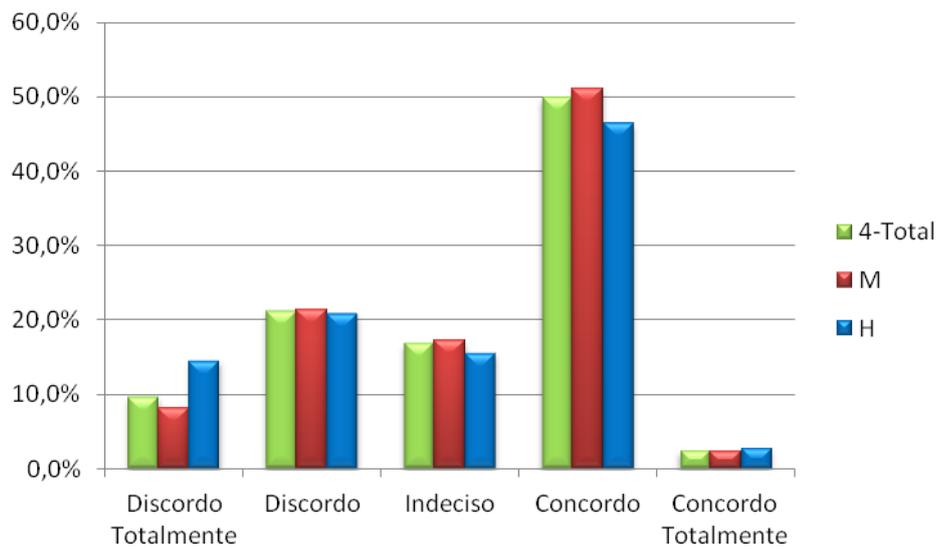


Gráfico 42: Opinião sobre os medicamentos serem uma forma de ajuda, pacificação, consolo.

5) Um paraíso seguro sem stress.

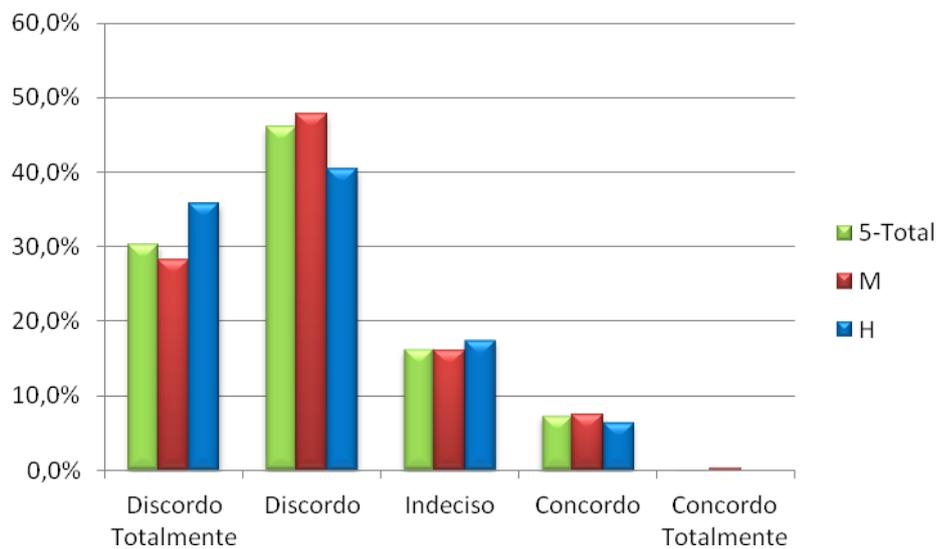


Gráfico 43: Opinião sobre os medicamentos serem um paraíso seguro sem stress

6) Um obstáculo, prisão, inimigo.

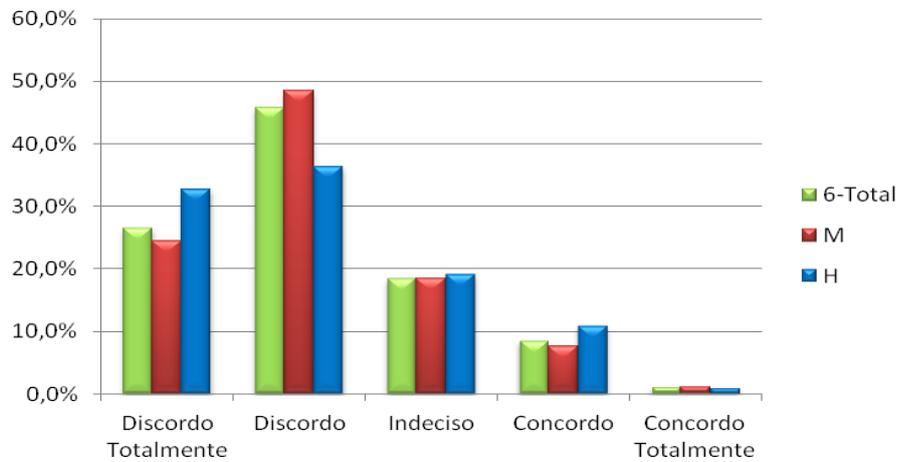


Gráfico 44: Opinião sobre os medicamentos serem um obstáculo, prisão, inimigo

7) A morte, doença, peste, veneno.

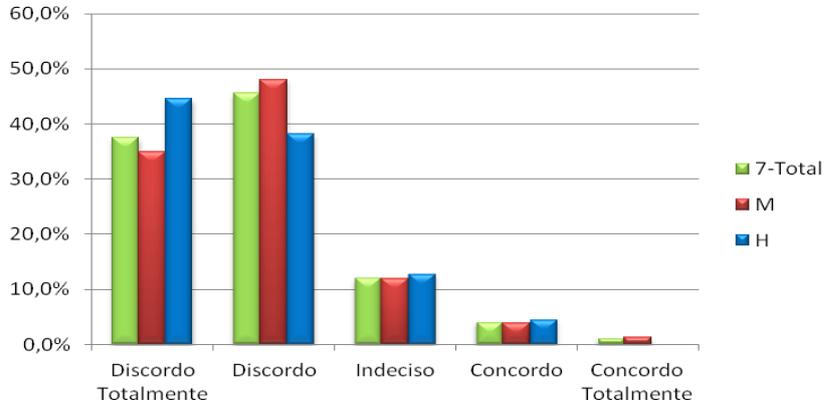


Gráfico 45: Opinião sobre os medicamentos serem morte, doença, peste, veneno

8) Um estilo de vida, aceitação social.

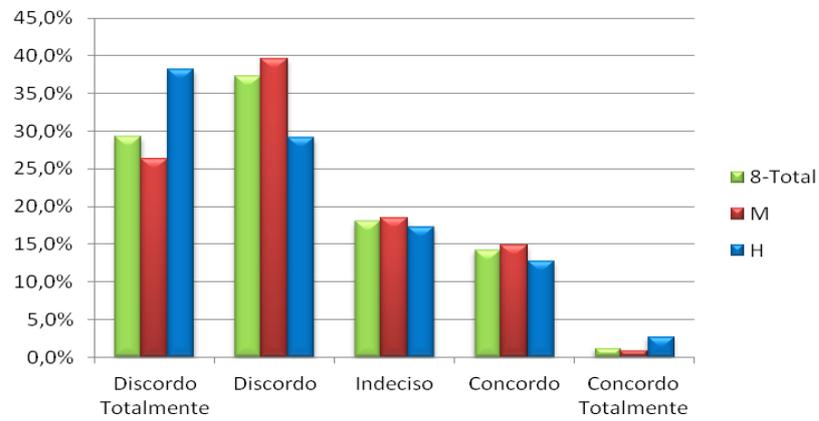


Gráfico 46: Opinião sobre os medicamentos serem um estilo de vida, aceitação social

3º Grupo

Acerca das afirmações seguintes, dê a sua opinião:

(assinale com uma X)

Quadro 44: Opiniões acerca dos medicamentos e da medicina

	Discordo Totalment e	Discord o	Indecis o	Concord o	Concordo Totalment e
1) A auto-medicação com medicamentos já utilizados não implica riscos para a saúde.	15,3%	49,2%	18,9%	16,1%	0,6%
2) Conhecendo as indicações do medicamento, não há grande risco em usá-lo sem consultar o médico.	10,8%	43,2%	18,3%	27,1%	0,6%
3) Não faz sentido suportar o mau estar quando há medicamentos para o combater.	3,4%	22,9%	20,9%	47,6%	5,2%
4) Tomar medicamentos sem indicação médica é um grande risco para a saúde.	1,2%	13,7%	20,1%	52,6%	12,4%
5) A toma frequente de medicamentos reduz as defesas naturais do organismo.	1,0%	10,3%	16,9%	52,5%	19,3%
6) Todos os medicamentos devem estar sujeitos a receita médica.	4,8%	48,0%	26,7%	16,7%	3,8%
7) Tomar medicamentos sugeridos por amigos ou familiares é pôr a saúde em risco.	1,8%	15,7%	24,9%	45,9%	11,7%
8) Deve-se procurar assistência médica mesmo para os problemas ligeiros.	4,6%	36,7%	26,5%	30,3%	1,8%
9) Perante um mau estar físico é preferível suportá-lo a tomar, de imediato, medicamentos.	3,4%	24,9%	21,3%	40,8%	9,6%
10) O farmacêutico não substitui a opinião do médico.	1,2%	10,2%	17,6%	52,1%	18,8%

Respostas:

Obtiveram-se as respostas no Quadro acima em que se realçou a mais escolhida em cada pergunta.

Analisando as respostas, por sexo, a cada pergunta individual concluiu-se

Pergunta 1)

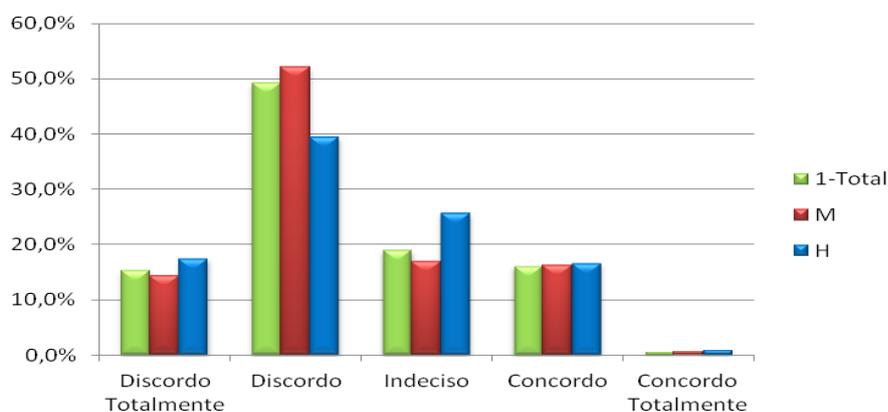


Gráfico 47: A auto-medicação com medicamentos já utilizados não implica riscos para a saúde.

Pergunta 2)

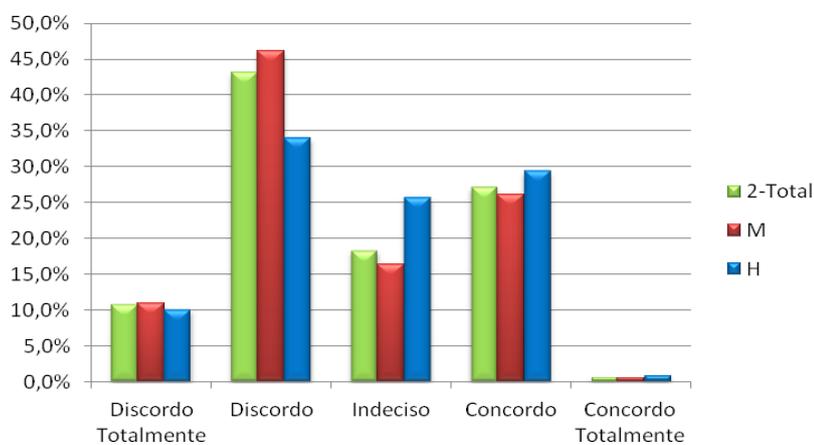


Gráfico 48: Conhecendo as indicações do medicamento, não há grande risco em usá-lo sem consultar o médico.

Pergunta 3)

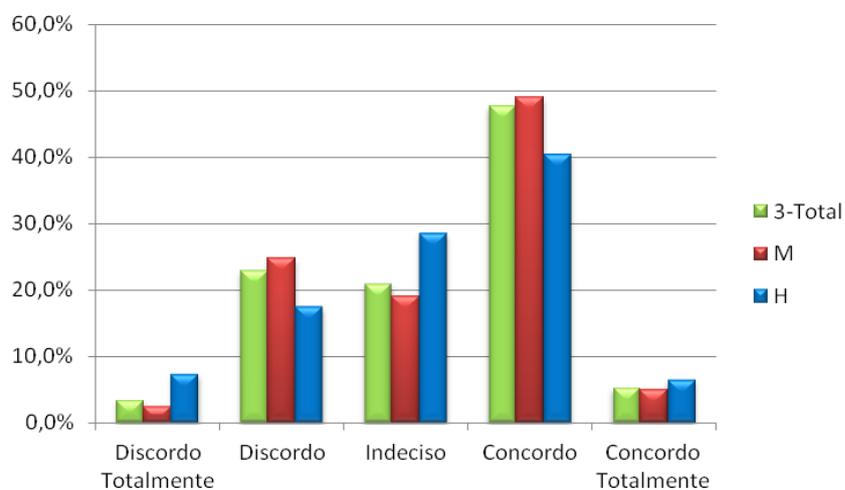


Gráfico 49: Não faz sentido suportar o mau estar quando há medicamentos para o combater.

Pergunta 4)

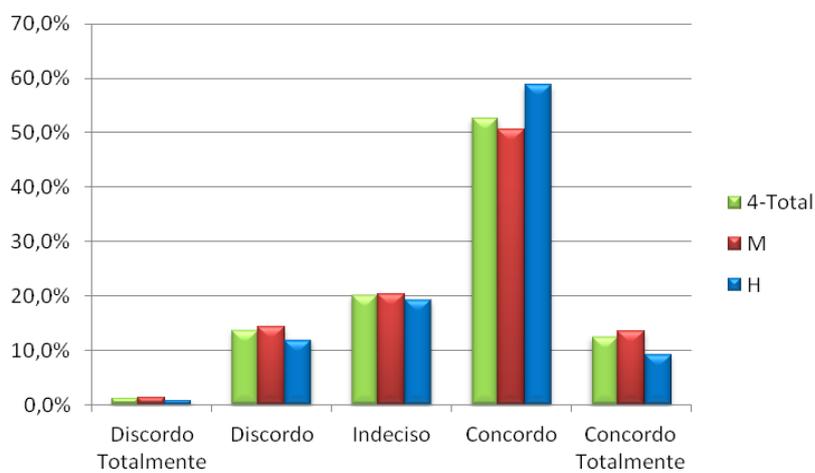


Gráfico 50: Tomar medicamentos sem indicação médica é um grande risco para a saúde.

Pergunta 5)

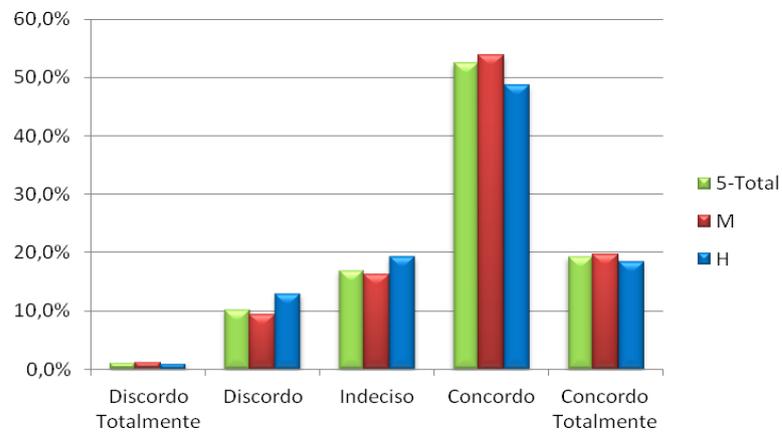


Gráfico 51: A toma frequente de medicamentos reduz as defesas naturais do organismo.

Pergunta 6)

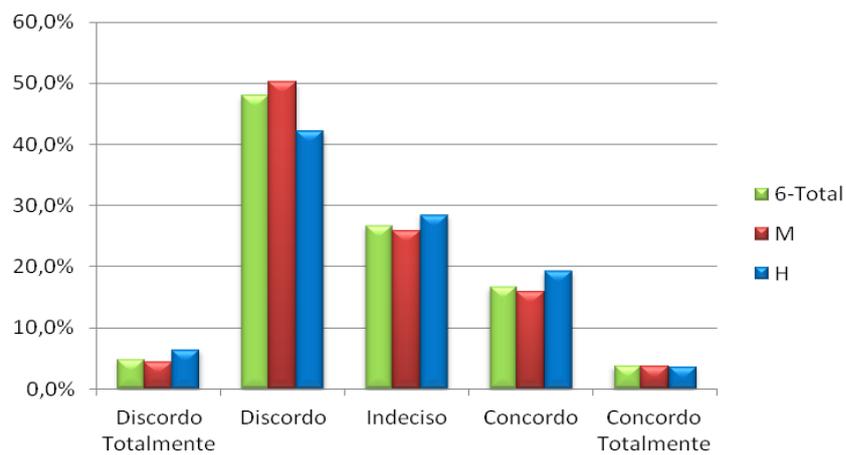


Gráfico 52: Todos os medicamentos devem estar sujeitos a receita médica.

Pergunta 7)

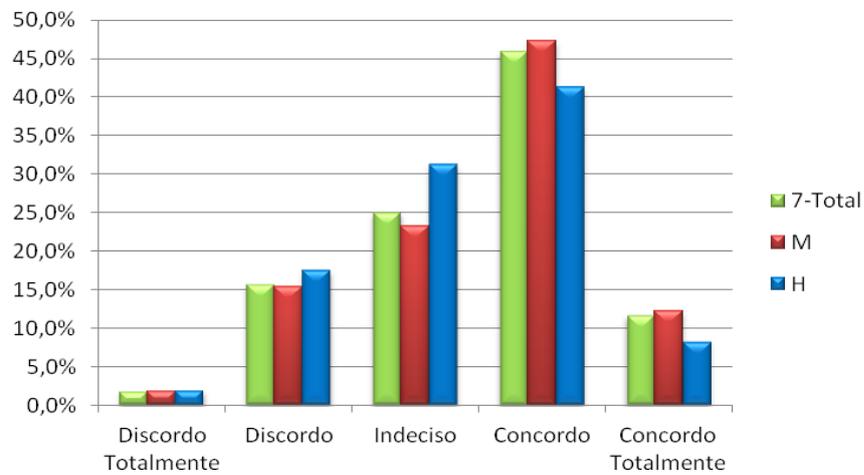


Gráfico 53: Tomar medicamentos sugeridos por amigos ou familiares é pôr a saúde em risco.

Pergunta 8).

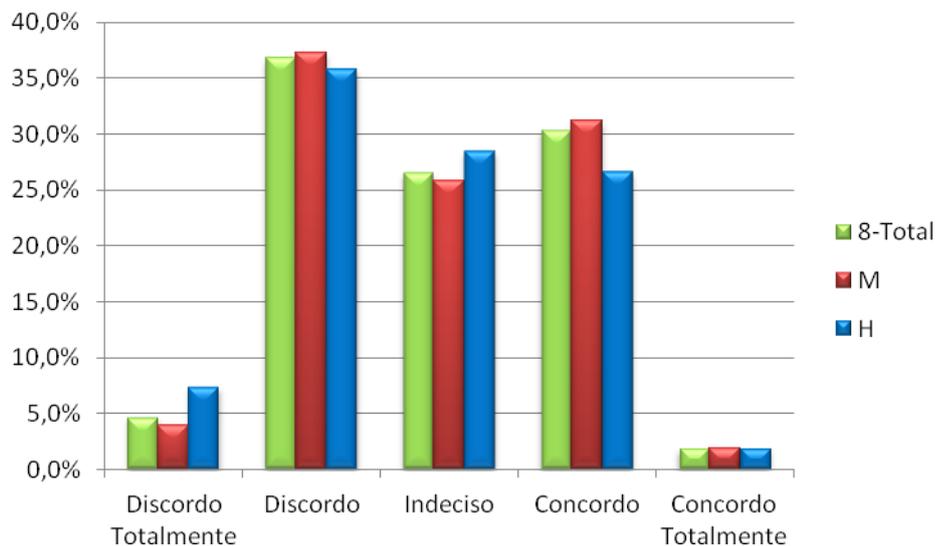


Gráfico 54: Deve-se procurar assistência médica mesmo para os problemas ligeiros

Pergunta 9).

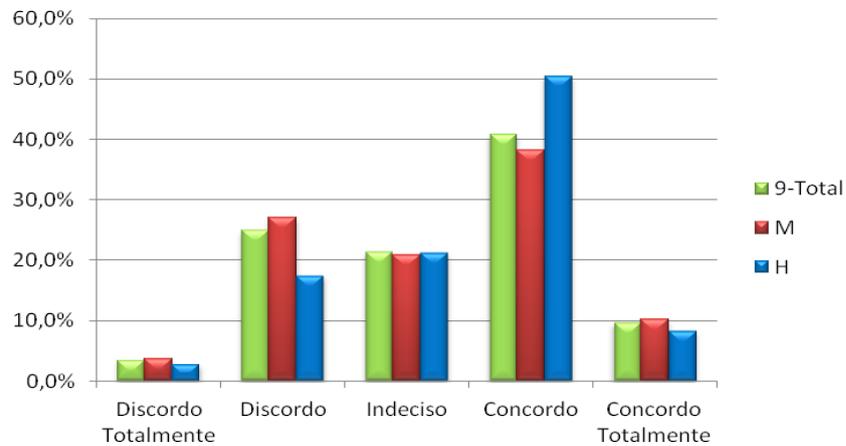


Gráfico 55: Perante um mau estar físico é preferível suportá-lo a tomar, de imediato, medicamentos

Pergunta 10)

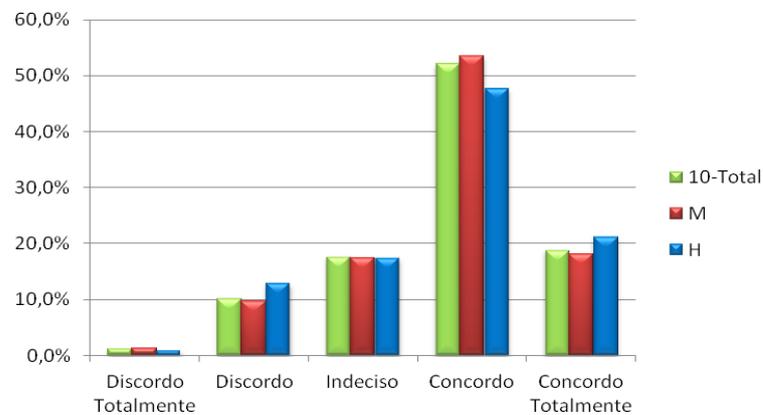


Gráfico 56: O farmacêutico não substitui a opinião do médico.

Perfil das atitudes, opiniões e comportamentos do jovem universitário perante saúde e /ou doença

1 – Quanto ao perfil sócio demográfico, estes jovens universitários, têm entre 18-21 anos, maioritariamente solteiros, residem em Lisboa ou Setúbal, possuem o ensino secundário completo, alguns (28%) têm outras licenciaturas, o que actualmente é frequente pois se não encontram colocação com uma licenciatura, iniciam outra. Todos estudam mas, alguns (18.9%) desempenham uma actividade profissional remunerada e a maioria tem seguro de saúde (53,3%)

2 – Quanto ao perfil das atitudes, opiniões e comportamentos do jovem universitário perante saúde e /ou doença verificamos que na última vez que estiveram doentes, estes 505 jovens, tiveram maioritariamente gripe foram ao medico e tomaram medicamentos anteriormente receitados. Em 3% dos casos não fizeram nada, apenas esperaram que passasse.

Os jovens que consultaram o médico, tinham na maioria uma pneumonia (26%) justificando-se a observação médica referida. Os que tiveram gripe, auto-medicaram-se (70%), o que se compreende, pois há experiência acumulada nesta altura do ano. Os jovens que nada fizeram, na maioria tiveram gripe (50%).

Algumas doenças simultaneamente induzem uns a ir ao médico e outros a fazerem auto-medicação, é o caso das gastroenterites e sinusites.

Os jovens consideraram maioritariamente que a saúde é influenciada por ter uma vida saudável bem como pela qualidade do meio ambiente.

Quando confrontados com alguns problemas de saúde frequentes na vida diária, esperam que passe, usam tratamentos caseiros ou ainda medicamentos que já anteriormente foram usados para casos idênticos. Consultam o médico quando há necessidade de intervenção técnica (dentes), opinião de especialista ou falam com amigos em questões do foro íntimo (sexo, tristeza).

Questionados sobre a toma de medicamentos sem receita, metade de ambos os sexos já tomou, sendo um antipirético, um anti-inflamatório ou um antibiótico os mais frequentes. No entanto a maioria toma medicamentos anteriormente receitados para a mesma doença e/ou problema de saúde, trata-se de auto-medicação responsável. No entanto, 13,8% tomaram medicamentos comprados sem receita médica.

Metade dos inquiridos acha que é preferível cada um cuidar da sua saúde evitando idas ao médico, com excepção de problemas graves, a outra metade discorda.

Em 70.1% preferem médicos que apresentem alternativas terapêuticas onde possam dar opinião. Em 53% admitem pôr em causa o saber e a autoridade médica. Em 49% vão ao médico uma vez por ano. Em (47.2%) são situações de urgência / doença aguda e em 39% são para check-up. Quase metade da ida ao médico por doenças crónicas (6%), é devido às doenças respiratórias (44%).

Quanto ao nº de comprimidos que tomam por dia a maioria (57.8%) toma apenas um, trata-se de anticoncepcional, o que se justifica pela idade dos inquiridos e pela maioria da amostra ser do sexo feminino.

Quando vão ao médico, (88.3%) compra os medicamentos receitados, a maioria (95.2%) toma-os de acordo com as indicações do médico. Esta atitude demonstra que o doente que foi ao médico, acredita, de facto, na sua cura através do medicamento e também acredita no conhecimento do médico. Aqueles que não seguem a prescrição, é porque melhoraram (59.1%).

As opiniões perante o médico, que não receita medicamentos, dividem-se equitativamente em achar normal (45.5%) e perguntar a razão de não receitar (45.3%). Mas 9,2% dos inquiridos não acha essa atitude normal, mas não comenta a situação com o médico.

Na farmácia, pedir informações/esclarecimentos sobre a finalidade bem como o modo de tomar o medicamento são frequentes. Já é raro inquirir acerca das contra-indicações e reacções adversas. Também a leitura da bula é frequente nos dois sexos (68.5%, e acha de fácil compreensão. Se perceber que o medicamento que vai tomar pode causar algum problema, volta ao médico (29.7%) ou pede esclarecimentos numa farmácia (48.3%).

Quando sobraram medicamentos a maioria dos jovens sem relação com género, guarda para outra vez (72.5%) e (21.8%) entrega na farmácia.

As fontes de informação são mais importantes são a televisão, revistas, Internet e jornais.

Metade concordam com a existência de medicamentos de venda livre por exemplo em supermercados e com a sua publicidade, aproximadamente 30% discorda.

A maioria dos inquiridos considera que o seu estado de saúde actual é bom.

Os Homens consideram-se em melhor condição de saúde relativamente às Mulheres. A maioria dos inquiridos, 75,2%, considera que os cuidados que tem com a sua saúde são apropriados. A maioria dos inquiridos (56,1%) não pratica regularmente uma actividade física, sendo mais acentuado o caso das mulheres (61,7%).

A maioria pratica ginásio, seguida de natação, corrida e futebol. Verifica-se que a maioria dos inquiridos dorme 7 a 8 horas por dia e toma 3/4 refeições por dia.

A maioria dos inquiridos (74,7%) não fuma. Dos que fumam a predominância é dos Homens com 33,6% versus 22,8% de Mulheres. A maioria dos inquiridos (80,2%) não bebe bebidas alcoólicas com frequência.

Dos que bebem, os Homens apresentam uma maior percentagem que as Mulheres (38,2%).

B. Análise Bivariada

1. A coerência interna – teste do alfa de Cronbach

1.1. Coerência interna

O índice mais usado para avaliar a coerência interna de um questionário, e muito em especial das escalas de Likert – o alfa de Cronbach – proporcionou um valor de 0,744 em relação a todas as questões de escalas de Likert e 0,741 em relação a todas as questões. Este valor corresponde ao alfa de Cronbach normalizado uma vez que as escalas de Likert apresentavam vários níveis de classificação e só recorrendo à normalização se pode computar um índice com significado em todas elas.

Como, em geral, o verdadeiro valor do alfa é subavaliado, pode afirmar-se que o verdadeiro valor para alfa é de 0,800, o que se situa no que é habitual aceitar como mínimo para escalas novas (Streiner e Norman, 1991) sugerem que em escalas novas o coeficiente deverá situar-se à volta de 0,70 e de 0,80.

1.2. Informação acerca dos medicamentos

Esta é a primeira escala de Likert e traduz-se nas questões 15 (com quatro perguntas) e 16 do inquérito, a que correspondem as variáveis V19 a V23.

A análise de imediato mostra que o alfa é de 0,724 mas a retirada da variável V23 (Lê a bula?) eleva este valor para 0,797 e nem mesmo a sua recodificação (identificada como V23_BIS) leva a uma melhoria do valor de alfa (passaria a 0,685).

1.3. Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos / representação sociais

Neste parágrafo surgem três escalas de Likert,

- na primeira (L1) pede-se a opinião dos inquiridos relativamente a oito questões, que correspondem às variáveis V41 a V48;
- na segunda (L2) pede-se a opinião em relação a algumas características dos medicamentos, que se traduzem nas variáveis V49 a V56
- na terceira (L3) pede-se a opinião em relação a dez afirmações de carácter genérico, que são as variáveis V57 até à V66.

Escala L1

Em L1 apurou-se imediatamente um alfa de 0,698, sem que a eliminação de qualquer variável levasse à sua melhoria.

Escala L2

Em L2, o valor inicial calculado para alfa foi de 0,735 e a recodificação das variáveis V51 e V52 não levou à sua melhoria. Contudo, a sua respectiva eliminação provocou o aumento do valor de alfa que se passou para 0,770 não podendo ser melhorado, como se pode ver nos quadros seguintes:

Quadro 45: Escala L2 Valor inicial

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.735	.738	8

Quadro 46: Escala L2 Valor final

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.770	.776	6

E já não é possível aumentar mais alfa por meio da eliminação de variáveis:

Quadro 47: Alfa de Cronbach ((1)

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V49_Medicamentos_sao_capsulas_magicas	.751
V50_Medicam_sao_tonicos_energia_combustivel	.737
V53_Medicam_sao_paraiso_seguro_sem_stress	.714
V54_Medicam_sao_obstaculo_prisao_inimigo	.735
V55_Medicam_sao_morte_doenca_pestes_veneno	.726
V56_Medicam_sao_estilo_vida_aceitacao_social	.754

Escala L3

Em L3 o alfa começou por ser 0,368 mas a progressiva eliminação de V57, V58, V59, V61, V65 e V66 levou progressivamente o alfa para o valor final de 0.649:

Quadro 48: Alfa de Cronbach (2)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.368	.381	10

Leva ao valor final de alfa:

Quadro 49: Alfa de Cronbach (3)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.648	.649	4

Efectivamente já não é possível melhorar mais o alfa:

Quadro 50: Alfa de Cronbach (4)

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V60_Medicam_sem_receita_grande_risco	.562
V62_A_Medicam_so_com_receita_medica	.604
V63_Medicam_de_amigos_e_familiares_sao_um_risco	.550
V64_Sempre_medico_mesmo_para_proble_ligeiros	.601

1.4. Todas as escalas de Likert

Com todas as variáveis não eliminadas (e restaram 22), todas as escalas de Likert apresentam um alfa de 0,752 (valor normalizado por agora haver várias medidas em diversas escalas) o que se situa em valor razoável para progressão do estudo.

Quadro 51. Alfa de Cronbach (5)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.749	.752	22

E não há possibilidade de aumentar esse valor (ver Quadro 52):

Quadro 52. Alfa de Cronbach (6)

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V19_Perguntas_na_farmacia	.740
V20_Pergunta_quais_as_contraindicacoes	.739
V21_Pergunta_sobre_reaccoes_adversas	.737
V22_Pergunta_como_tomar_medicamentos	.744
V41_Medicos_receitam_demais	.744
V42_A_toma_do_medicam_deve_ser_interrompida	.744
V43_Medicam_causam_dependencia	.738
V44_Medicam_naturais_sao_mais_seguros	.746
V45_Medicamen_fazem_mais_mal_que_bem	.730
V46_Os_medicam_sao_veneno	.736
V47_Medicos_confiam_demais_nos_medicam	.735
V48_Medicos_com_mais_tempo_receitariam_menos	.739
V49_Medicamentos_sao_capsulas_magicas	.741
V50_Medicam_sao_tonicos_energia_combustivel	.738
V53_Medicam_sao_paraíso_seguro_sem_stress	.738
V54_Medicam_sao_obstaculo_prisao_inimigo	.727
V55_Medicam_sao_morte_doenca_pesto_veneno	.730
V56_Medicam_sao_estilo_vida_aceitacao_social	.741
V60_Medicam_sem_receita_grande_risco	.751
V62_A_Medicam_so_com_receita_medica	.743
V63_Medicam_de_amigos_e_familiares_sao_um_risco	.750
V64_Sempre_medico_mesmo_para_proble_ligeiros	.751

1.5. Todas as variáveis

O cálculo inicial proporciona o valor de 0,765.

Quadro 53: Alfa de Cronbach (7)

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.547	.765	65

Não sendo possível melhorar mais o resultado como resulta do Quadro 54:

Quadro 54: Alfa de Cronbach (8)

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V2_O_que_fez	.621
V3_O_que_condiciona_a_saude	.712
V4.1_Febre	.526
V4.2_Tosse	.523
V4.3_Cansaço	.525
V4.4_Dores_no_corpo	.517
V4.5_Nervosismo	.520
V4.6_Tristeza	.507
V4.7_Insónias	.523
V4.8_Dores_de_cabeca	.525
V4.9_Dores_de_dentes	.523
V4.10_Ma_digestao	.515
V4.11_Mal_barriga	.517
V4.12_Pele	.510
V4.13_Gripe_constipacao	.523
V4.14_Ver_mal	.517
V4.15_Problemas_sexuais	.519
V6C_Quem_aconselhou_med_sem_receita	.561
V9_Evitar_idas_ao_medico	.555
V10_Medico_deve_dar_alternativas	.532
V11_O_medico_sabe_tudo	.544
V12_Vezes_consulta_medico_por_ano	.545
V13_Vai_ao_medico_por	.612
V15_Compra_remedios_receitados	.549

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V17_Nao_respeita_por	.537
V18_Medico_nao_receita	.548
V19_Perguntas_na_farmacia	.547
V20_Pergunta_quais_as_contraindicacoes	.546
V21_Pergunta_sobre_reaccoes_adversas	.546
V22_Pergunta_como_tomar_medicamentos	.549
V23_Le_a_bula	.515
V24_A_bula_e	.537
V25_Remedio_pode_causar_problemas	.560
V26_Que_faz_as_sobras	.541
V27_Ve_info_sobre_saude_na_TV	.548
V28_Ve_info_sobre_saude_na_Radio	.538
V29_Ve_info_sobre_saude_em_Revistas	.547
V30_Ve_info_sobre_saude_nos_Jornais	.550
V32_Remedios_venda_livre_em_supermercados	.542
V33_Publicidade_a_remedios_de_venda_livre	.543
V34_O_seu_estado_saude_atual_e	.548
V35_Cuidados_com_a_saude_sao	.557
V36_Pratica_actividade_fisica	.547
V37_Quantas_horas_dorme	.511
V38_Numero_refeicoes_por_dia	.542
V39_Fuma	.544
V40_Bebe_bebidas_alcoolicas	.546
V41_Medicos_receitam_demais	.547
V42_A_toma_do_medicam_deve_ser_interrompida	.523
V43_Medicam_causam_dependencia	.550
V44_Medicam_naturais_sao_mais_seguros	.550
V45_Medicamen_fazem_mais_mal_que_bem	.554
V46_Os_medicam_sao_veneno	.539
V47_Medicos_confiam_demais_nos_medicam	.534
V48_Medicos_com_mais_tempo_receitariam_menos	.540
V49_Medicamentos_sao_capsulas_magicas	.543
V50_Medicam_sao_tonicos_energia_combustivel	.543
V53_Medicam_sao_paraiso_seguro_sem_stress	.551
V54_Medicam_sao_obstaculo_prisao_inimigo	.562
V55_Medicam_sao_morte_doenca_pestes_veneno	.551
V56_Medicam_sao_estilo_vida_aceitacao_social	.541
V60_Medicam_sem_receita_grande_risco	.527
V62_A_Medicam_so_com_receita_medica	.540

	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V63_Medicam_de_amigos_e_familiares_sao_um_risco	.531
V64_Sempre_medico_mesmo_para_proble_ligeiros	.545

1.6. Conclusões (nota: Quadro C, F, F1 e F2 correspondem às perguntas respectivas do Anexo I – Questionário I)

1. No Quadro C, a eliminação de V23 melhora o valor do alfa, que passa de 0,724 para 0,797;
2. No Quadro F, Escala L1, o alfa é de 0,698, sem possibilidade de melhoria;
3. No Quadro F, Escala L2, o alfa começa por assumir o valor de 0,735 e a eliminação das variáveis V51 e V52 permite a passagem para 0,770;
4. No Quadro F, Escala L3, o valor inicial de alfa é de 0,368 mas a sucessiva eliminação das variáveis V57, V58, V59; V61, V65 e V66 faz com que termine por assumir o valor 0,649;
5. Em conjunto, todas as escalas de Likert apresentam um valor de alfa de 0,752 e, finalmente;
6. Todas as variáveis restantes têm um alfa de 0,765.

Com as limitações apontadas, as observações apresentam um valor razoável para a continuação do estudo.

2. Detecção e expurgo de valores aberrantes – Análise Exploratória de Dados

2.1. Análise Exploratória de Dados

2.1.1. Enquadramento

Trata-se de um conjunto de técnicas relativamente simples e algo intuitivas para a análise de dados numéricos desenvolvidas desde a década de 70 do século XX (embora já antes alguns autores tivessem sentido necessidade de encarar a realidade como não seguindo o modelo normal – valores mínimos e máximos com muito maior importância do que a normalidade sugeria – foi a partir deste período que se acelerou a criação e a utilização destas técnicas).

O SPSS ainda se encontra muito voltado para a análise de dados clássica, pois foi nessa perspectiva que foi criado, mas tem vindo a incorporar progressivamente ferramentas de EDA (da designação inglesa: *Exploratory Data Analysis*).

Postas estas questões, começamos por analisar os dados, tendo em vista em especial a detecção de *outliers*, já que a análise estatística clássica não nos oferece pistas relativamente a este tema.

No SPSS podemos usar o diagrama caixa e bigodes (*box and whiskers*), ferramenta já clássica para esta análise. Neste diagrama os outliers são assinalados por pequenos círculos (outliers moderados) e por pequenas estrelas (outliers severos), sendo ainda apresentado um número que é o caso respectivo.

Ao eliminar observações anómalas ou aberrantes (outliers) foi criada uma nova variável que se identificou com as iniciais SO (*Sem Outliers*). Exemplo: V2 e V2_SO ou V2_BIS e V2_BIS_SO.

2.1.2. Variáveis excluídas da análise

Por, logicamente, não fazer sentido as integrar nesta análise, foram excluídas as variáveis:

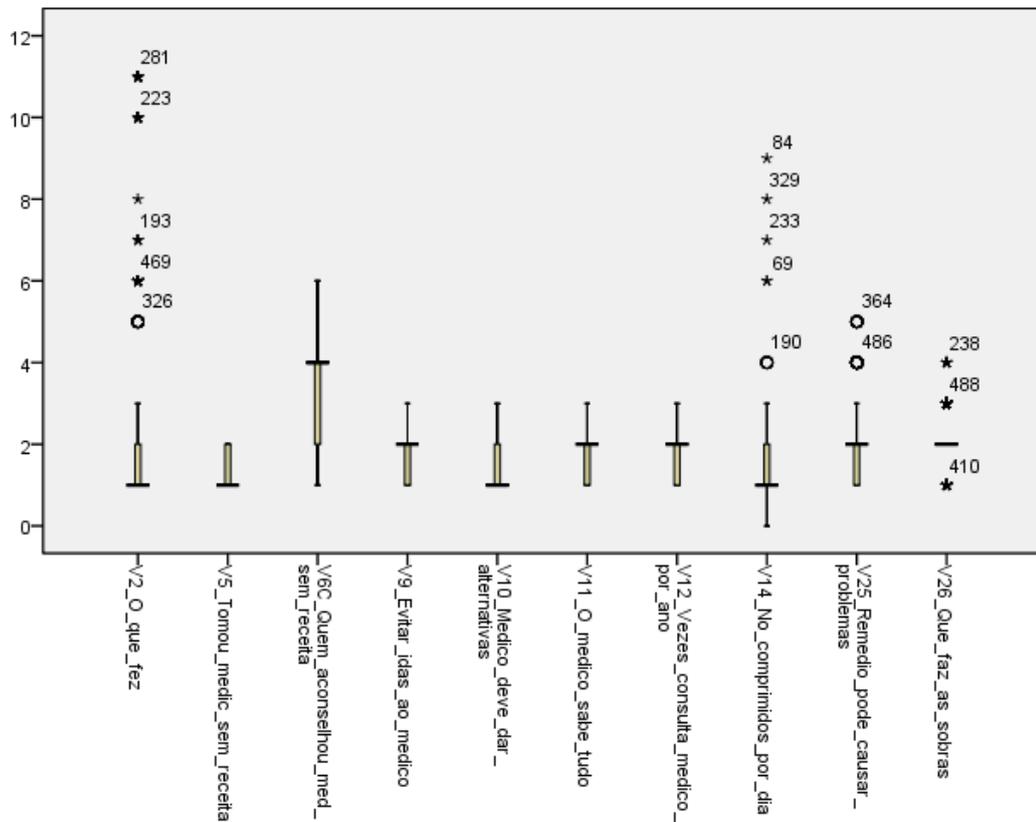
- que integram escalas de Likert – V19 a V23, V41 a V48; V49 a V56 e V57 a V66 e as
- qualitativas – V1, V1A, V7, V36A, V67, V72 e V74

2.1.3. Análise agregada

Por forma muito genérica apresentam-se as variáveis com bastantes outliers. Note-se que nem todos os outliers são representados, pelo que é sempre necessário identificar os valores a partir dos quais as observações podem ser consideradas outliers.

Os resultados obtidos a partir dos conceitos teóricos devem, neste particular, ser ponderados com muito bom senso pois se está numa parte da Análise Estatística que apresenta características com grau elevado de subjectividade.

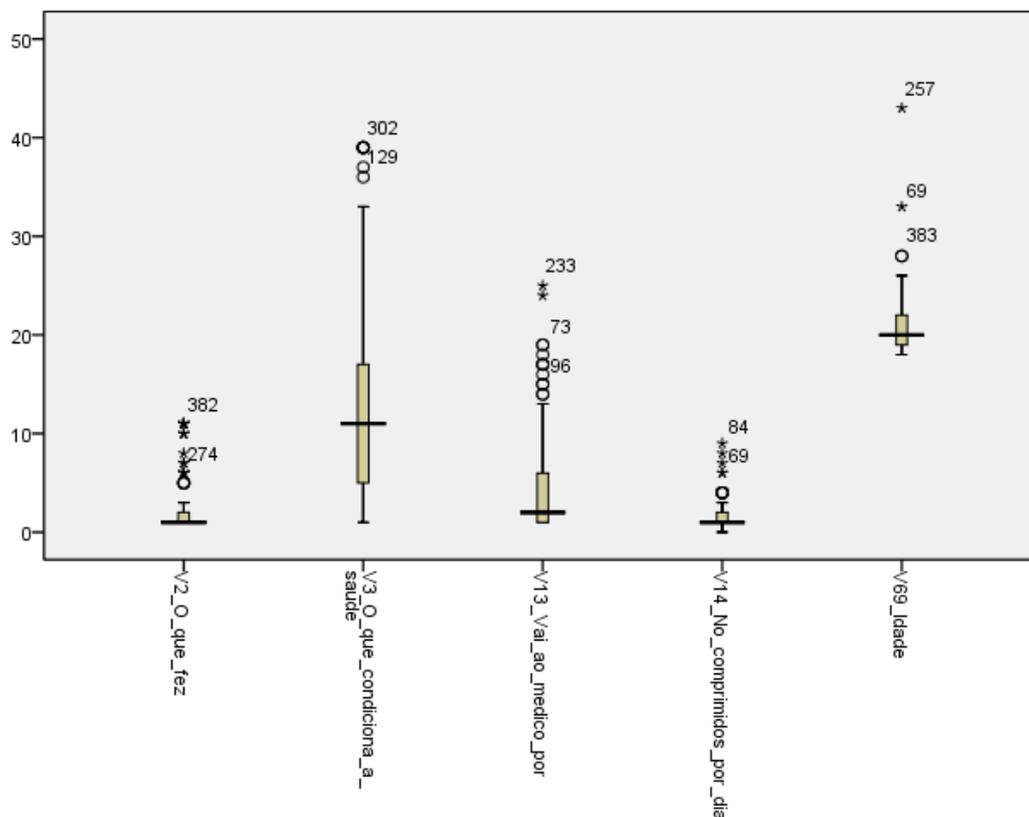
Gráfico 57: Primeiras variáveis com outliers



Desde logo as variáveis “V2_O_que_fez_da_última_vez_que_esteve_doente” e “V14_Quantos_comprimidos_toma_por_dia” parecem ser ricas em outliers, contrastando com as restantes variáveis. Contudo, em relação a V2, todas as opções apresentadas e escolhidas parecem ser válidas, não havendo razão para aceitar a existência de outliers. De igual modo, não parece haver lógica em aceitar a existência de outliers na variável V14, que toma valores de 0 (não toma comprimidos) até 9 comprimidos diários.

As variáveis “V25_O_que_faz_se_se_apercebe_que_o_remédio_pode_causar_problemas” e “V26_O_que_faz_às_sobras” também não apresentam razão lógica para possuírem outliers pois as respostas são todas verosímeis e possíveis.

Gráfico 58: Variáveis com outliers (nova escala)



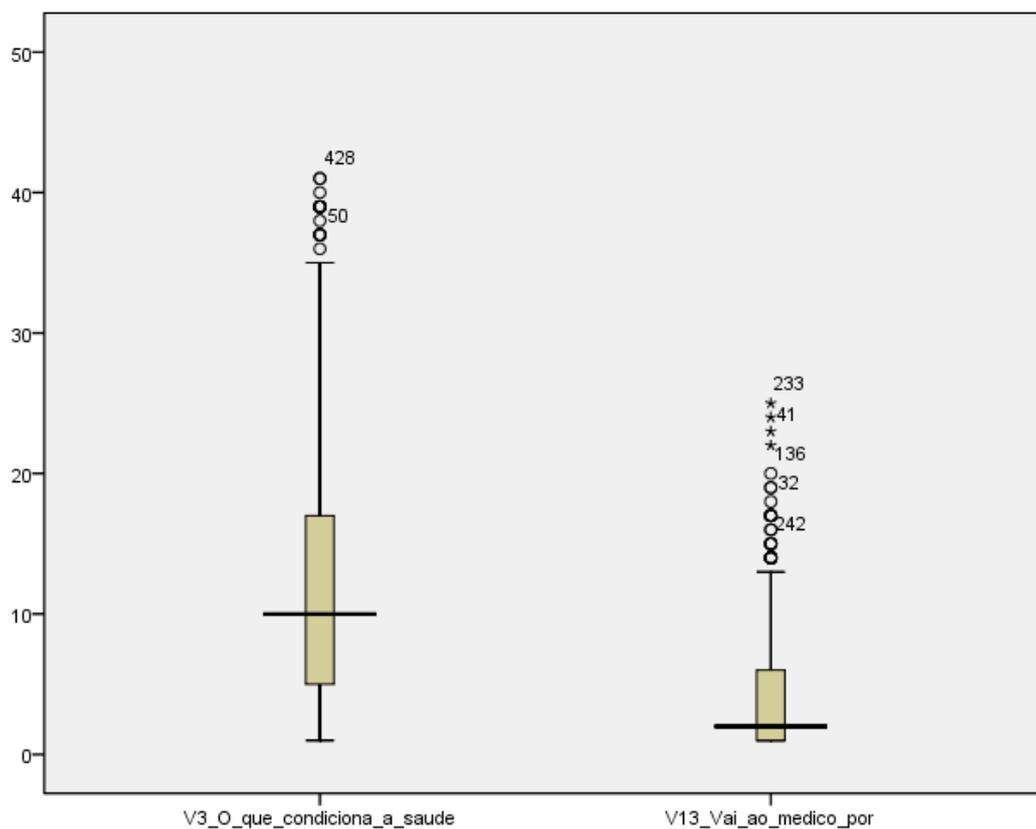
No Gráfico 58 é mais perceptível a existência de outliers em quantidade e, por ter um intervalo de variação semelhante, considerou-se também a variável V69_Idade.

A variável “V3_O_que_condiciona_a_saúde”, já foi referida a propósito da análise da coerência interna do questionário; aí referiu-se que apresenta uma dispersão muito elevada, consequência de se ter aceite escolhas múltiplas (e chegaram a 40) sobre as seis opções básicas e que seria avisado considerar apenas essas seis opções. Efectivamente apresenta outliers, mas não tantos como se esperava e apenas a partir das primeiras 35 escolhas múltiplas.

A variável “V13_Vai_ao_médico_por” é um caso semelhante ao da V3 pois as 5 opções básicas foram objecto de escolha múltipla, ocasionando 25 situações diferentes.

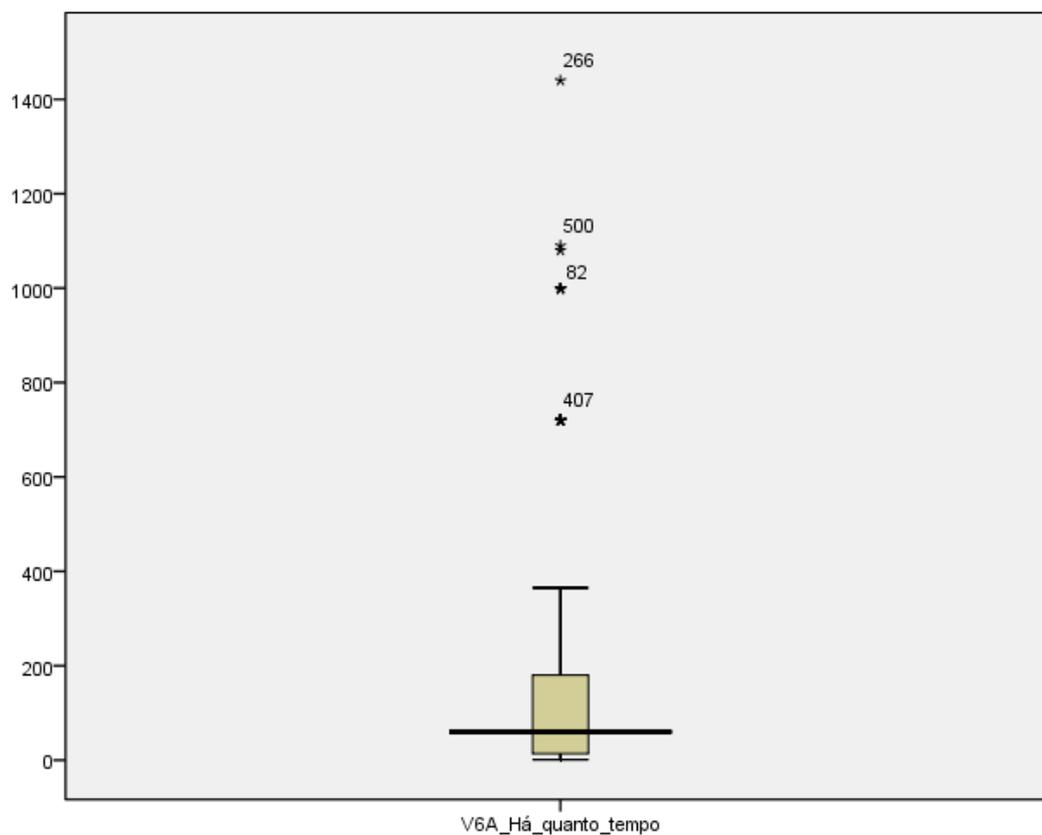
“V69_Idade” apresenta sem sombra de dúvida outliers pois o mínimo é 18 anos e o máximo 60 e a população inquirida é na sua quase totalidade jovem.

Gráfico 59: O problema das escolhas múltiplas



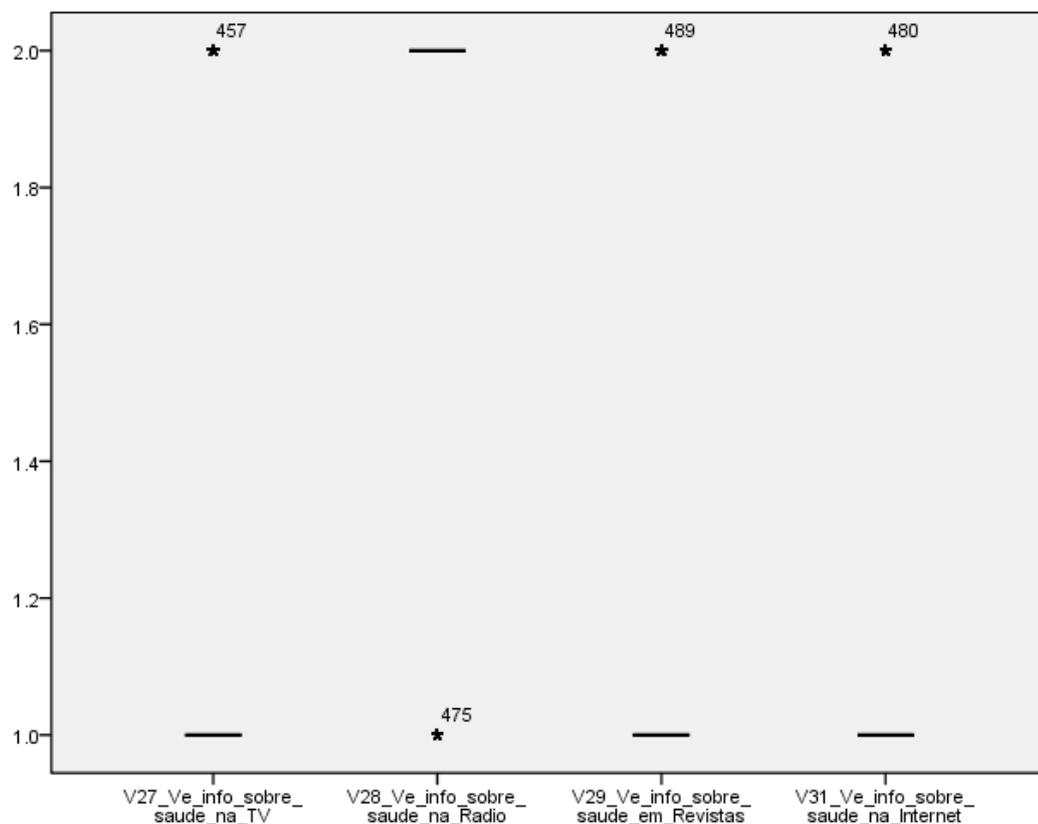
Com a escala diminuída, é notória a existência de outliers nestas duas variáveis.

Gráfico 60:



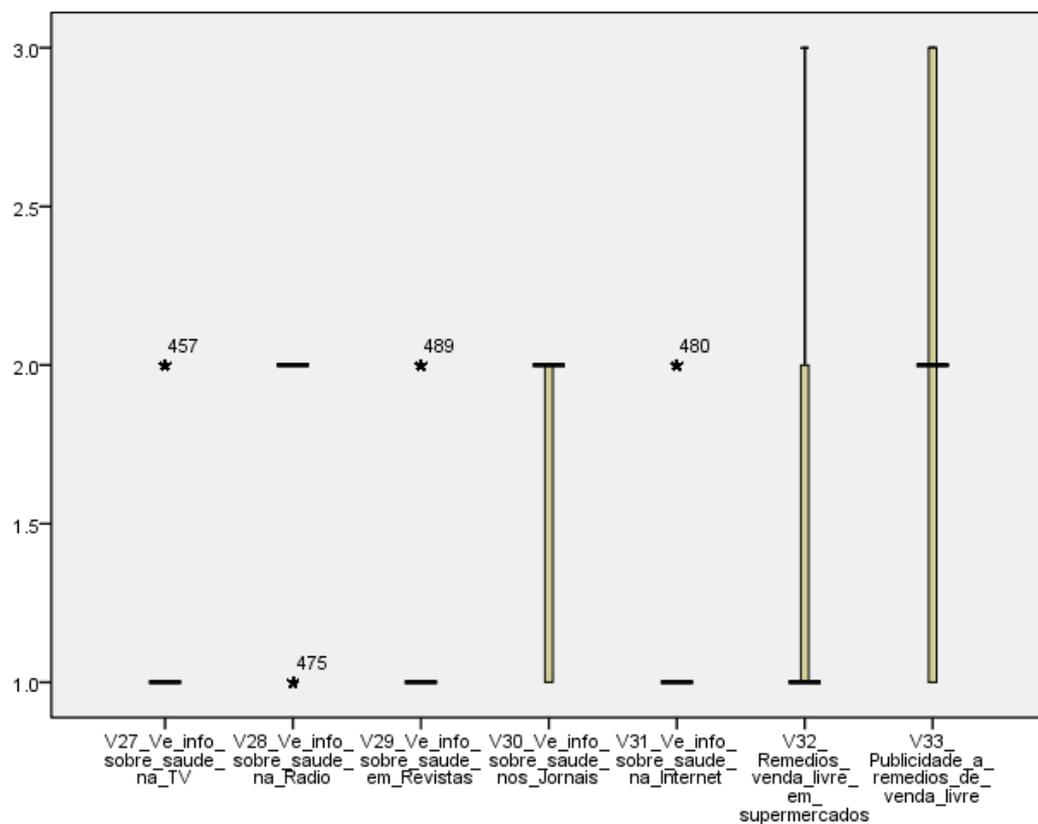
A variável “V6A_Quando_tomou_medicamento_sem_receita” apresenta tal amplitude (de 1 a 1440 dias) que a existência de outliers é certa, sendo nítida para além de um ano.

Gráfico 61: A origem da informação; variáveis dicotômicas



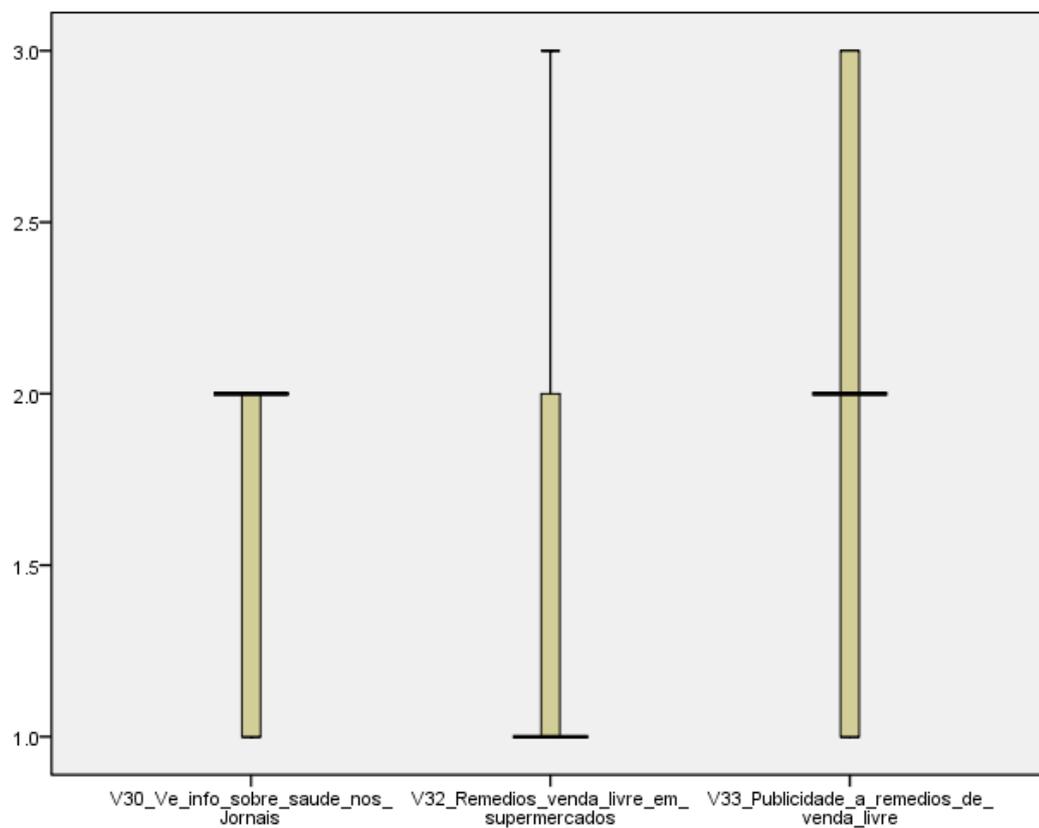
No Gráfico 51 encontram-se situações pouco vulgares, sem a “caixa” e sem os “bigodes”; é o que se pode designar por diagramas degenerados. No entanto, trata-se de variáveis dicotômicas (Sim; Não) não fazendo sentido a existência de outliers.

Gráfico 62: Variáveis tricotômicas



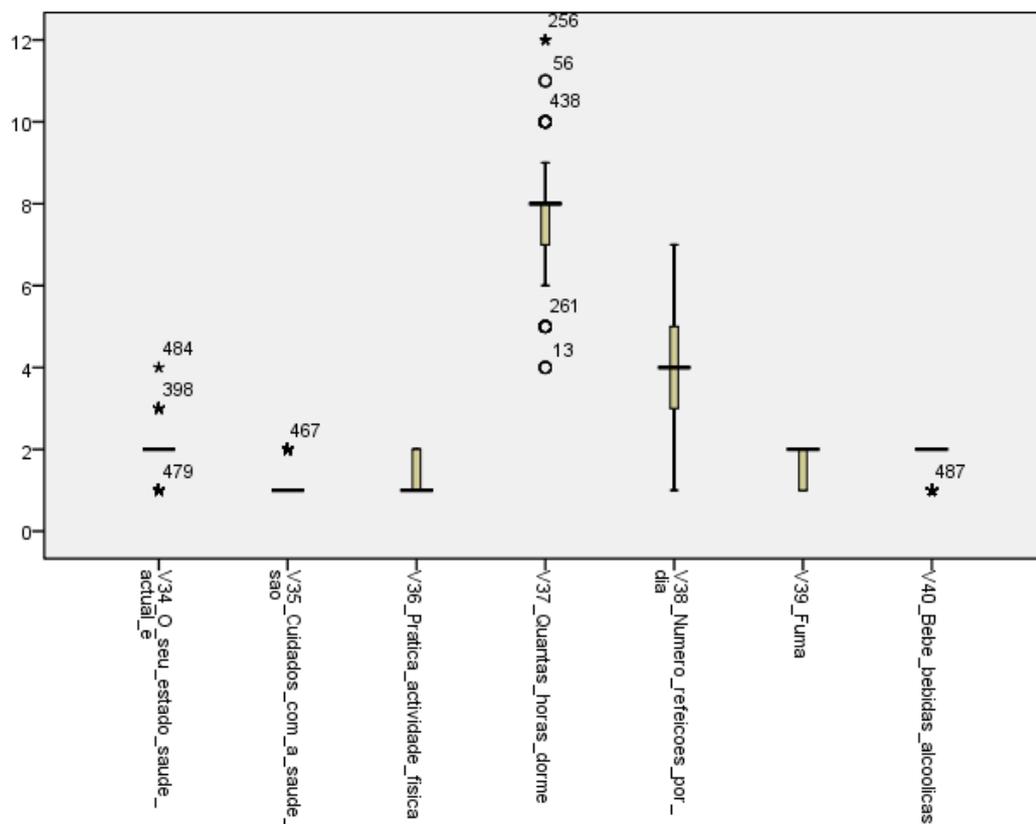
V32 e V33 apresentam três possibilidades de escolha e não têm outliers.

Gráfico 63: Mudança de escala nas variáveis tricotômicas



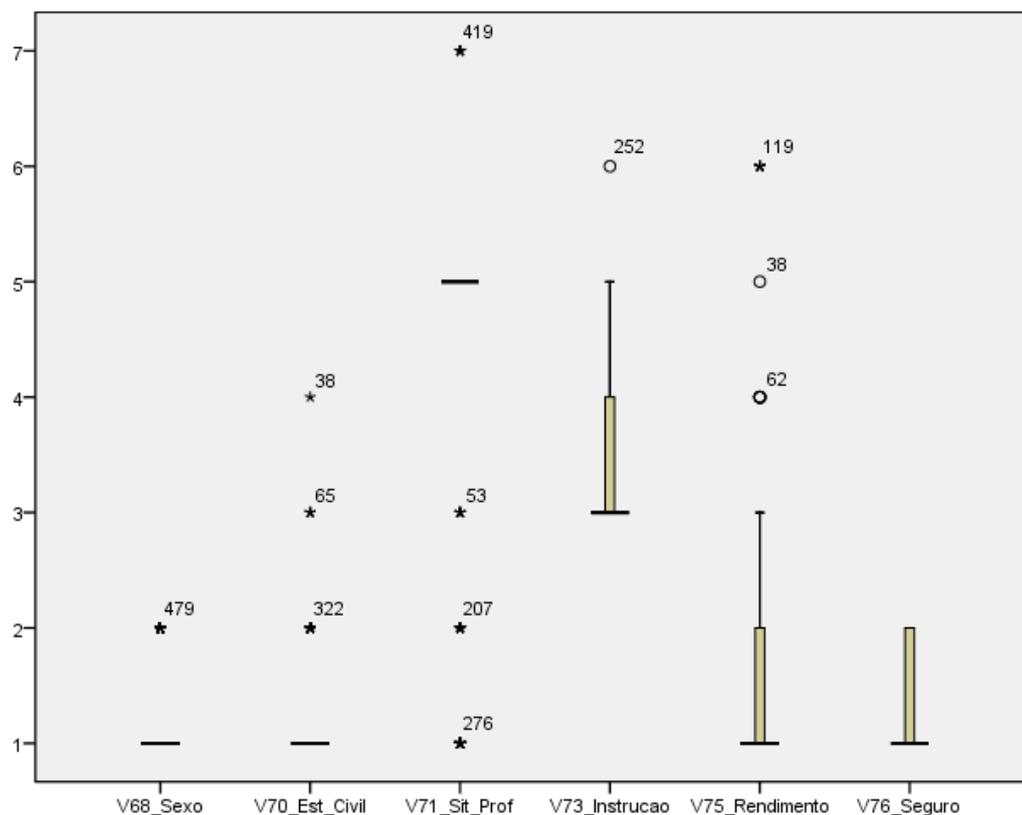
Com uma mudança de escala torna-se clara a situação destas variáveis.

Gráfico 64: Condicionantes da saúde



As variáveis V34, V35, V36, V39 e V40 não são compatíveis com a presença de outliers; já V37 e V38 poderão apresentar outliers pois a primeira traduz uma situação bizarra com as respostas a espalharem-se de 4 a 12 horas de sono e a segunda de 1 a 7 refeições diárias.

Gráfico 65: Variáveis auxiliares



As variáveis V68, V70, V71 e V76 não apresentam outliers.

Em V73, uma situação de doutoramento é, sem dúvida, um outlier.

Em V75 rendimentos acima de €20.000 poderão ser considerados outliers.

2.1.4. Identificação dos outliers

Esta identificação é feita a partir dos primeiro e terceiro quartis, respectivamente Q1 e Q3, do intervalo quartil ($Q3 - Q1$) e das barreiras internas e externas, superiores e inferiores:

- A barreira externa superior é o valor $Q3 + 3 \times (Q3 - Q1)$;
- A barreira interna superior é o valor $Q3 + 1,5 \times (Q3 - Q1)$;

- A barreira interna inferior é o valor $Q1 - 1,5 \times (Q3 - Q1)$;
- A barreira externa inferior é o valor $Q1 - 3 \times (Q3 - Q1)$

Os valores que se encontram para além da barreira interna superior são todos considerados outliers. Os que se situam entre as duas barreiras (interna e externa) constituem os outliers *moderados* e os que se situam para além da barreira externa são os outliers *severos*.

De modo semelhante se podem definir as barreiras interna e externa inferiores, com menor importância, pois a maior parte das vezes apresentam valores negativos que não fazem sentido.

Esta identificação é feita de uma vez por todas. Não é um processo iterativo semelhante ao feito com a eliminação de variáveis para melhorar o valor do coeficiente alpha. Procedendo desse modo estaríamos a eliminar cada vez mais outliers e acabaríamos (eventualmente) por ficar sem observações.

2.1.5. Análise pormenorizada

O cálculo das barreiras encontra-se no seguinte quadro:

Quadro 55: Cálculo das Barreiras

Variável	Barreiras Inferiores		Barreiras Superiores	
	Barreira Externa	Barreira Interna	Barreira Interna	Barreira Externa
	$Q1 - 3 \times (Q3 - Q1)$	$Q1 - 1.5 \times (Q3 - Q1)$	$Q3 + 1.5 \times (Q3 - Q1)$	$Q3 + 3 \times (Q3 - Q1)$
V2	-2	-0.5	3.5	5
V3	-31	-13	35	53
V5	-2	-0.5	3.5	5
V6A	-484	-235	429	678
V6C	-4	-1	7	10
V9	-2	-0.5	3.5	5
V10	-2	-0.5	3.5	5
V11	-2	-0.5	3.5	5
V12	-2	-0.5	3.5	5
V13	-2	-0.5	13.5	21
V14	-2	-0.5	3.5	5
V25	-2	-0.5	3.5	5
V26	2	2	2	2
V27	1	1	1	1
V28	2	2	2	2
V29	1	1	1	1
V30	-2	-0.5	3.5	5
V31	1	1	1	1
V32	-2	-0.5	3.5	5
V33	-5	-2	6	9
V34	2	2	2	2
V35	1	1	1	1
V36	-2	-0.5	3.5	5
V37	4	5.5	9.5	11
V38	-3	0	8	11
V39	-2	-0.5	3.5	5
V40	2	2	2	2
V69	10	14.5	26.5	31

2.2. Conclusões

Face ao exposto, devem considerar-se como apresentando outliers as seguintes variáveis, com os valores que se indicam:

- V6A_Quando_tomou_medicamentos_sem_receita (outliers a partir dos 429 dias)
- V10_Nº_comprimidos_que_toma_por_dia (de 1 a 4; outliers a partir dos 5 comprimidos)
- V13_Vai_ao_médico_por...(outliers a partir de 13,5)
- V37_Quantas_horas_dorme (outliers a partir de 9,5 horas; para 10, 11 e 12 horas)
- V38_Número_diário_de_refeições (de 1 a 7; outliers a partir de 8 refeições)
- V69_Idade (outliers a partir dos 26,5 anos)
- V73_Instrução (outliers para 6, isto é, para Doutoramento)
- V75_Rendimento (outliers para 4, 5 e 6, isto é, para rendimento superior a €20.000)

Estas variáveis vão ser recodificadas de acordo com a seguinte convenção (onde SO significa *Sem Outliers*):

Quadro 56: Recodificação de variáveis

Antiga variável	Nova variável
V6A	V6A_SO
V10	V10_SO
V13	V13_SO
V37	V37_SO
V38	V38_SO
V69	V69_SO
V73	V73_SO
V75	V75_SO

3. Relações entre variáveis – independência e dependência. O qui quadrado

3.1. Análise bivariada da amostra

O teste do qui-quadrado identifica globalmente se há ou não independência entre cada variável em análise e o sexo dos inquiridos. Se no primeiro caso (quando se aceita que há independência) a situação fica inteiramente caracterizada, no segundo (quando há dependência) resta ainda a questão de identificar quais as células responsáveis pela rejeição da hipótese de independência.

A análise estatística oferece resposta mediante um refinamento por meio do critério do Adjusted Residual (ou AR), na terminologia do SPSS. Assim, as células responsáveis pela opção por H_a são todas as que apresentarem um AR inferior a -1.96 ou superior a +1.96. Estas são as situações em que a *distância* entre as frequências observadas e as esperadas é suficientemente *grande* para que não seja suportada a hipótese da independência.

A análise dos resultados obtidos permite identificar as seguintes situações em que se verifica dependência (relação) entre as variáveis referidas e o sexo dos inquiridos:

Quadro 57: Variáveis relacionadas com o género

Variável	Elas	Eles
V9 – Geralmente é preferível cada um cuidar da sua saúde evitando idas ao médico, com excepção de problemas graves.	Opção: “Não”	Opção: “Sim”
V26 – Tratou-se / curou-se e sobraram medicamentos. O que faz com as sobras?	Opção: “Outro”	Opção: “Outro”
V29 – Costuma ler notícias sobre saúde em revistas?	Opção: “Sim”	Opção: “Sim”
V36 – Pratica uma actividade física regularmente?	Opção: “Sim”	Opção: “Não”
V 39 – Fuma?	Opção: “Não”	Opção: “Não”
V40 – Bebe bebidas alcoólicas frequentemente?	Opção: “Não”	Opção: “Não”
V42 – Na sua opinião: pessoas que tomam medicamentos devem interrompê-los de vez em quando?	Opção: “Discordo”	Opção: “Concordo”
V56 – Na sua opinião os medicamentos são: um estilo de vida, aceitação social	Opção: “Discordo”	Opção: “Discordo totalmente”
V59 – Não faz sentido suportar o mau estar quando há medicamentos para o combater	Opção: “Discordo totalmente” e “Indecisa”	Opção: “Discordo totalmente” e “Indeciso”

4. Detecção de variáveis explicativas – regressão linear múltipla. Análise stepwise; regressão forward e regressão backward

Considerando a variável V2 como variável dependente tentou-se encontrar uma ou mais variáveis explicativas que permitissem definir um modelo linear, simples ou múltiplo.

Esta análise, conhecida por Análise da Regressão Stepwise pode ser feita de acordo com dois esquemas distintos:

- o esquema Forward Selection e
- o esquema Backwards Elimination

No primeiro são escolhidas as variáveis fornecidas como potenciais Variáveis Independentes e, no caso de fornecerem explicação satisfatória, são integradas num modelo linear. No final da análise fica-se com um conjunto de variáveis independentes que constituem um modelo explicativo-preditivo do caso em estudo.

No segundo esquema parte-se de um modelo que integra todas as variáveis fornecidas como candidatas a variáveis independentes e procede-se à sua respectiva eliminação sempre que uma variável mostrar pouco poder explicativo.

O esquema forward identificou apenas uma variável (V4.3) como possível variável independente.

No segundo caso, as variáveis foram sendo progressivamente eliminadas, acabando por não restar nenhuma.

CONCLUSÃO

Não foi possível, portanto, identificar um modelo, linear com capacidade preditiva mínima.

5. Relações de vizinhança entre variáveis – análise de clusters

A análise de grupos ou de clusters, é uma técnica exploratória de análise multivariada que permite agrupar sujeitos ou variáveis em grupos homogêneos relativamente a uma ou mais características comuns. Cada observação pertencente a um determinado cluster é similar a todas as outras pertencentes a esse cluster, e é diferente das observações pertencentes aos outros clusters.

A identificação de agrupamentos naturais de sujeitos ou variáveis permite avaliar a dimensionalidade da matriz dos dados, identificar possíveis outliers multivariados e levantar hipóteses relativas às relações estruturais entre as variáveis.

A análise feita não proporcionou resultados significativos.

6. Redução de variáveis e procura de novas explicações

*Análise factorial de componentes principais – para análise de H2
(Médicos e medicamentos não apresentam riscos)*

Análise de Componentes Principais

A Análise de Componentes Principais (ACP) é uma técnica de análise exploratória multivariada que transforma um conjunto de variáveis correlacionadas num conjunto menor de variáveis independentes, combinações lineares das variáveis originais, designadas por *componentes principais*.

Análise Factorial

A análise factorial é uma técnica de análise exploratória de dados multivariada que tem por objectivo descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis inter-relacionadas de modo a construir uma escala de medida para factores (intrínsecos) que de alguma forma (mais ou menos explícita) controlam as variáveis originais. Em princípio, se duas variáveis estão correlacionadas (e a correlação não é espúria), essa associação resulta da partilha de uma característica comum não directamente observável (i.e., de um factor comum latente).

6.1. Quadro F – Crenças em relação aos médicos e aos medicamentos/representações sociais

As oito questões do quadro F destinam-se a avaliar as *Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos / representações sociais*, variável não explicitada objectivamente mas que pode ser avaliada por meio das respostas a essas questões, já que se encontra subjacente a todas elas. Trata-se de uma situação que se enquadra perfeitamente na técnica da Análise Factorial, que vai ser aplicada (em conjunto com a Análise de Componentes Principais) com recurso ao método de rotação Varimax, após prévia utilização da Medida de Keiser-Meyer-Olkin para adequação da amostra e do teste de esfericidade de Bartlett.

A análise das correlações existentes entre as variáveis do Quadro F – mostra que são significativas a algum dos níveis habituais (5% ou 1%) não se tratando, portanto, de correlações espúrias. Na análise foram usados os dados de todos os casos recolhidos.

Quadro 58: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett		
Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin.		0.742
Teste de esfericidade de Bartlett	χ^2 aproximado	617.58
	df	28
	Sig.	0

O valor da medida “Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin” varia entre 0 e 1, sendo tanto mais favorável quanto mais se aproximar de 1. É geralmente aceite que o seu valor mínimo deva ser 0.6 pelo que o valor calculado é aceitável.

Como o “Teste de esfericidade de Bartlett” leva à conclusão de que a matriz de correlações entre as variáveis não é uma matriz identidade, os

resultados destes dois testes asseguram que a análise prossiga por os seus pré-requisitos serem satisfeitos.

No Quadro 59 mostram-se as comunalidades, isto é, a percentagem da variância de cada variável que é explicada pelos factores extraídos (por cada uma das características comuns não directamente observáveis). A análise inicia-se sempre pela identificação de tantas componentes quantas as variáveis em estudo.

Quadro 59: Comunalidades

Comunalidades		
Componente	Inicial	Extracção
1	1	0.610
2	1	0.178
3	1	0.334
4	1	0.202
5	1	0.683
6	1	0.651
7	1	0.521
8	1	0.632

Método de extracção: Análise de componentes principais.

O problema que segue é identificar quais as componentes que se devem reter e quais as que se devem ignorar.

Há dois critérios normalmente usados:

- a) o dos valores próprios (eigenvalues) e
- b) o “scree plot”.

De acordo com a) devem ser seleccionadas as componentes cujo valor próprio é superior à unidade

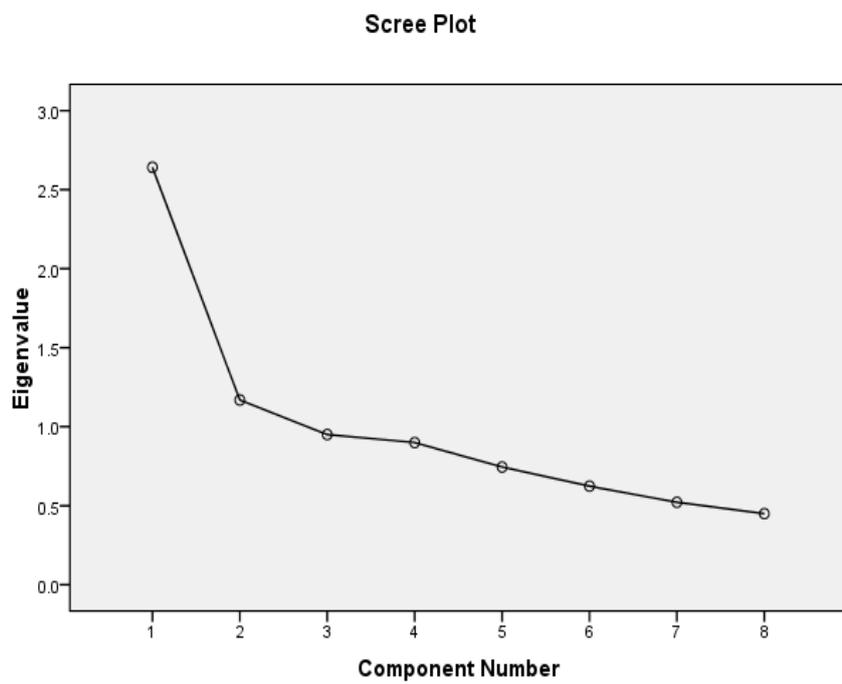
Quadro 60: Método de extracção: Análise de componentes principais

Valor próprio (eigenvalue) inicial			
Componente	Total	% da variância	% acumulada
1	2.642	33.020	33.020
2	1.169	14.612	47.631
3	0.950	11.876	
4	0.900	11.245	
5	0.745	9.309	
6	0.624	7.799	
7	0.522	6.520	
8	0.450	5.619	

Que, de acordo com os resultados do quadro acima, significa se de devem extrair as duas primeiras componentes.

O “scree plot” apresenta-se de seguida e, de acordo com o critério correspondente, devem ser extraídas as componentes até ao ponto onde o diagrama começa a ficar paralelo o eixo dos xx o que, novamente leva a considerar a extracção das componentes 1 e 2:

Gráfico 66: Scree Plot (1)



A composição das duas componentes principais, antes e depois de uma rotação dos eixos (processo Varimax) proporciona os seguintes resultados:

Quadro 61: Crenças e Atitudes em Relação aos médicos e aos medicamentos

	Antes da rotação		Depois da rotação	
	Componente 1	Componente 2	Componente 1	Componente 2
V41_Os médicos receitam demasiados medicamentos	0.593	-0.508	0.780	-0.043
V42_Pessoas que tomam medicamentos devem interromper de vez em quando	0.421	-0.017	0.345	0.243
V43_A maior parte dos medicamentos causa dependência	0.565	0.122	0.375	0.440
V44_Os medicamentos naturais são mais seguros que os químicos	0.449	-0.025	0.372	0.253
V45_Os medicamentos causam mais mal que bem	0.620	0.547	0.160	0.811
V46_Todos os medicamentos são venenos	0.511	0.624	0.027	0.806
V47_Os médicos confiam demasiado nos medicamentos	0.700	-0.177	0.663	0.285
V48_Se os médicos tivessem mais tempo para os doentes receitariam menos medicamentos	0.675	-0.420	0.791	0.077

Método de Extração: análise de componentes principais. Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser.

Finalmente, traduzindo correntemente os resultados do quadro acima, as conclusões que se podem tirar do Quadro F são as seguintes:

Quadro 62: Resultados ACP/Quadro F

Componente 1	Componente 2
V41 – Os médicos receitam demasiados medicamentos	
V47 – Os médicos confiam demasiado nos medicamentos	
V48 – Se os médicos tivessem mais tempo para os doentes receitariam menos medicamentos	
	V43 – A maior parte dos medicamentos causa dependência
	V45 – Os medicamentos causam mais mal que bem
	V46 – Todos os medicamentos são venenos
Em resumo:	
Os médicos cometem erros (receitam demais e confiam demais) e podiam melhorar o seu desempenho (mais tempo)	Dependência dos medicamentos, o mal que causam e o facto de serem considerados venenos
Melhoria da actuação dos médicos	Riscos dos medicamentos

Conclusão:

- As oito variáveis que integram o Quadro F apresentam dois grandes aspectos subjacentes que sintetizam a opinião dos inquiridos:
- Por um lado, os médicos deveriam melhorar a sua actuação (componente 1) e
- Por outro lado, os medicamentos apresentam riscos (componente 2).

6.2. Quadro F 1 – Metáforas acerca de medicamentos

A análise das correlações existentes entre as variáveis do Quadro F1 mostra que são significativas a algum dos níveis habituais (5% ou 1%) não se tratando, portanto, de correlações espúrias. Na análise foram usados os dados de todos os casos recolhidos.

Quadro 63: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett	
Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin.	0.758
Teste de esfericidade de Bartlett χ^2 aproximado	925.228
df	28
Sig.	0

O valor da medida “Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin” varia entre 0 e 1, sendo tanto mais favorável quanto mais se aproximar de 1. É geralmente aceite que o seu valor mínimo deva ser 0.6 pelo que o valor calculado é aceitável.

Como o “Teste de esfericidade de Bartlett” leva à conclusão de que a matriz de correlações entre as variáveis não é uma matriz identidade, os resultados destes dois testes asseguram que a análise prossiga por os seus pré-requisitos serem satisfeitos.

No Quadro 64 mostram-se as comunalidades, isto é, a percentagem da variância de cada variável que é explicada pelos factores extraídos (por cada uma das características comuns não directamente observáveis) e que neste caso são bastante elevados. A análise inicia-se sempre pela identificação de tantas componentes quantas as variáveis em estudo.

Quadro 64: Comunalidades

Comunalidades		
Componente	Inicial	Extracção
1	1	0.438
2	1	0.470
3	1	0.533
4	1	0.485
5	1	0.613
6	1	0.606
7	1	0.728
8	1	0.423

Método de extracção: Análise de componentes principais.

O problema que segue é identificar quais as componentes que se devem reter e quais as que se devem ignorar.

Há dois critérios normalmente usados:

- a) o dos valores próprios (eigenvalues) e
- b) o “scree plot”.

De acordo com a) devem ser seleccionadas as componentes cujo valor próprio é superior à unidade

Quadro 65: Eigenvalues iniciais

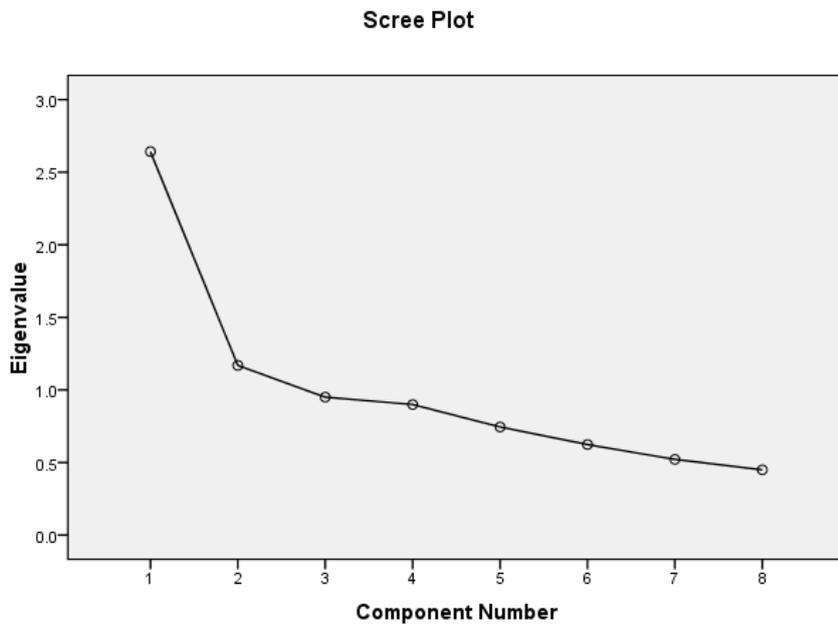
Componente	Valor próprio (eigenvalue) inicial		
	Total	% da variância	% acumulada
1	2.973	37.159	37.159
2	1.325	16.569	53.727
3	0.995	12.435	
4	0.751	9.382	
5	0.654	8.173	
6	0.485	6.061	
7	0.461	5.765	
8	0.357	4.457	

Método de extracção: Análise de componentes principais.

Que, de acordo com os resultados do quadro acima, significa se de devem extrair as duas primeiras componentes.

O “scree plot” apresenta-se de seguida e, de acordo com o critério correspondente, devem ser extraídas as componentes até ao ponto onde o diagrama começa a ficar paralelo o eixo dos xx o que, novamente leva a considerar a extracção das componentes 1 e 2:

Gráfico 67: Scree Plot (2)



A composição das duas componentes principais, antes e depois de uma rotação dos eixos (processo Varimax) proporciona os seguintes resultados:

Quadro 66: Resultados ACP/Quadro F1

	Antes da rotação		Depois da rotação	
	Componente 1	Componente 2	Componente 1	Componente 2
V49_Cápsulas mágicas	0.626	0.215	0.458	0.478
V50_Tônicos, combustível, energia	0.666	0.162	0.518	0.449
V51_Solução de um problema	0.212	0.699	-0.132	0.718
V52_Forma de ajuda, pacificação, consolo	0.410	0.564	0.106	0.689
V53_Um paraíso seguro sem stress	0.777	0.095	0.647	0.441
V54_Um obstáculo, prisão, inimigo	0.665	-0.406	0.778	-0.056
V55_A morte, doença, peste, veneno	0.685	-0.509	0.842	-0.130
V56_Um estilo de vida, aceitação social	0.639	-0.120	0.623	0.187

Método de Extração: análise de componentes principais. Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser.

Finalmente, traduzindo correntemente os resultados do quadro acima, as conclusões que se podem tirar do Quadro F1 são as seguintes

Quadro 67: Conclusão da ACP/Quadro F1

Componente 1	Componente 2
V50 – Tónicos, combustível, energia	
V53 – Um paraíso seguro sem stress	
V54 – Um obstáculo, prisão, inimigo	
V55 – A morte, doença, peste, veneno	
V56 – Um estilo de vida, aceitação social	
	V49 – Cápsulas mágicas
	V51 – Solução de um problema
	V52 – Forma de ajuda, pacificação, consolo
Em resumo:	
Os medicamentos são encarados de dois pontos de vista opostos: são energia, paraíso, aceitação social mas também parecem ser prisão, morte	Os medicamentos só apresentam aspectos positivos: têm algo de mágico, são solução e são ajuda

Conclusão:

As oito variáveis presentes neste quadro podem ser sintetizadas através de dois grandes aspectos pelos quais os medicamentos são percebidos:

- Uma bipolaridade em que os medicamentos se bem que se revelam muito positivamente (dando energia, criando um paraíso, promovendo aceitação social), não deixam de ter uma face negativa (podendo ser uma prisão e levar à morte) devendo ser geridos com cuidado (componente 1) e
- Contudo, também apresentam características muito positivas, sendo solução, constituindo ajuda, enfim, tendo algo de mágico (componente 2).

6.3. Quadro F 2 – Representações sociais acerca da saúde/doença

A análise das correlações existentes entre as variáveis do Quadro F2 (V57 a V66) mostra que são significativas a algum dos níveis habituais (5% ou 1%) não se tratando, portanto, de correlações espúrias. Na análise foram usados os dados de todos os casos recolhidos.

Quadro 68: Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett

Teste de Keiser-Meyer-Olkin e Bartlett		
Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin.		0.660
Teste de esfericidade de Bartlett χ^2 aproximado	592.912	
	df	45
	Sig.	0

O valor da medida “Adequação da medida de Kaiser-Meyer-Olkin” varia entre 0 e 1, sendo tanto mais favorável quanto mais se aproximar de 1. É geralmente aceite que o seu valor mínimo deva ser 0.6 pelo que o valor calculado é aceitável.

Como o “Teste de esfericidade de Bartlett” leva à conclusão de que a matriz de correlações entre as variáveis não é uma matriz identidade, os resultados destes dois testes asseguram que a análise prossiga por os seus pré-requisitos serem satisfeitos.

No Quadro 69 mostram-se as comunalidades, isto é, a percentagem da variância de cada variável que é explicada pelos factores extraídos (por cada uma das características comuns não directamente observáveis) e que neste caso são bastante elevados. A análise inicia-se sempre pela identificação de tantas componentes quantas as variáveis em estudo.

Quadro 69: Comunalidades

Comunalidades		
Componente	Inicial	Extracção
1	1	0.709
2	1	0.673
3	1	0.739
4	1	0.562
5	1	0.576
6	1	0.597
7	1	0.546
8	1	0.648
9	1	0.657
10	1	0.439

Método de extracção: Análise de componentes principais.

O problema que segue é identificar quais as componentes que se devem reter e quais as que se devem ignorar.

Há dois critérios normalmente usados:

- a) o dos valores próprios (eigenvalues) e
- b) o “scree plot”.

De acordo com a) devem ser seleccionadas as componentes cujo valor próprio é superior à unidade

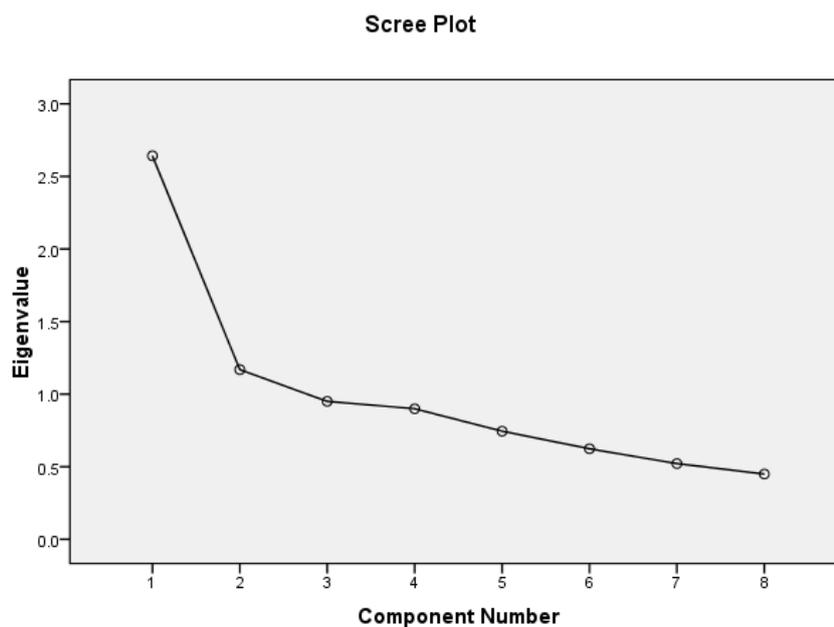
Quadro 70: Eigenvalues iniciais

Valor próprio (eigenvalue) inicial			
Componente	Total	% da variância	% acumulada
1	2.339	23.388	23.388
2	1.447	14.474	37.862
3	1.238	12.382	50.244
4	1.121	11.214	61.459
5	0.872	8.719	
6	0.707	7.072	
7	0.641	6.411	
8	0.585	5.848	
9	0.539	5.387	
10	0.510	5.104	

Que, de acordo com os resultados do quadro acima, significa se de devem extrair as quatro primeiras componentes.

O “scree plot” apresenta-se de seguida e, de acordo com o critério correspondente, devem ser extraídas as componentes até ao ponto onde o diagrama começa a ficar paralelo o eixo dos xx o que, novamente leva a considerar a extracção das componentes 1 e 2:

Gráfico 68: Scree Plot(3)



A composição das quatro componentes principais, antes e depois de uma rotação dos eixos (processo Varimax) proporciona os seguintes resultados:

Quadro 71: Análise de componentes principais Quadro F2

:

	Antes da rotação				Depois da rotação			
	Comp 1	Comp 2	Comp 3	Comp 4	Comp 1	Comp 2	Comp 3	Comp 4
V57_A auto-medicação com medicamentos já utilizados não implica riscos para a saúde	-0.415	0.494	0.278	0.464	0.046	0.837	-0.060	-0.049
V58_Conhecendo as indicações do medicamento, não há grande risco em usá-lo sem consultar o médico	-0.513	0.543	0.296	0.164	-0.176	0.787	0.073	0.131
V59_Não faz sentido suportar o mau estar quando há medicamentos para o combater	-0.054	0.183	0.686	-0.482	-0.007	0.161	0.258	0.804
V60_Tomar medicamentos sem indicação médica é um grande risco para a saúde	0.737	0.069	0.054	-0.101	0.509	-0.361	0.415	0.016
V61_A toma frequente de medicamentos reduz as defesas naturais do organismo	0.180	0.651	-0.208	-0.275	-0.118	0.124	0.726	-0.136
V62_Todos os medicamentos devem estar sujeitos a receita médica	0.665	0.081	0.189	0.516	0.745	0.080	0.030	-0.185
V63_Tomar medicamentos sugeridos por amigos ou familiares é pôr a saúde em risco	0.538	0.139	0.097	-0.029	0.550	-0.269	0.420	0.004
V64_Deve-se procurar assistência médica mesmo para os problemas ligeiros	0.546	-0.171	0.434	0.364	0.782	-0.070	-0.116	0.134
V65_Perante um mau estar físico é preferível suportá-lo a tomar, de imediato, medicamentos	0.232	0.480	-0.565	0.233	0.041	0.099	0.423	-0.683
V66_O farmacêutico não substitui a opinião do médico	0.408	0.402	0.061	-0.328	0.142	-0.082	0.629	0.128

Método de Extração: análise de componentes principais. Método de rotação Varimax com normalização de Kaiser.

Finalmente, traduzindo correntemente os resultados do quadro acima, as conclusões que se podem tirar do Quadro F2 são as seguintes:

Quadro 72: Resultados da Análise de componentes principais Quadro F2

Componente 1	Componente 2	Componente 3	Componente 4
V60 – Tomar medicamentos sem indicação médica é um grande risco para a saúde			
V62 – Todos os medicamentos devem estar sujeitos a receita médica			
V63 – Tomar medicamentos sugeridos por amigos ou familiares é pôr a saúde em risco			
V64 – Deve-se procurar assistência médica mesmo para os problemas ligeiros			
V57 – A auto-medicação com medicamentos já utilizados não implica riscos para a saúde			
V58 – Conhecendo as indicações do medicamento, não há grande risco em usá-lo sem consultar o médico			
V61 – A toma frequente de medicamentos reduz as defesas naturais do organismo			
V65 – Perante um mau estar físico é preferível suportá-lo a tomar, de imediato, medicamentos			
V66 – O farmacêutico não substitui a opinião do médico			
V59 – Não faz sentido suportar o mau estar quando há medicamentos para o combater			
Em resumo:			
Tomar medicamentos tem risco médico é que sabe.	A auto-medicação tem risco mas a informação diminui -o	Os medicamentos oferecem riscos pelo que se deve proceder com cuidado e por quem sabe (o médico)	Quando existir tratamento deve ser usado

Conclusão:

As oito variáveis apresentam quatro grandes aspectos subjacentes, que as sintetizam:

- Realçam a importância do médico como entidade gestora (componente 1);
- Realçam que a auto-medicação tem riscos, que diminuem com a informação disponível (componente 2);
- Os medicamentos apresentam riscos e devem ser prescritos por quem sabe – o médico (componente 3) e
- Os medicamentos devem ser usados cuidadosamente (componente 4).

Definido o objecto de estudo, desenhadas as variáveis e apresentados os resultados, continuamos com a sua discussão, com vista à obtenção de possíveis conclusões.

Capítulo VIII – Discussão

Como estudo exploratório não lhe podemos conferir o rigor necessário para extrapolar conclusões para o universo correspondente a este grupo etário.

Provavelmente esta amostra está enviesada, no sentido em que, por serem alunos de cursos da área da saúde, estão mais atentos e desenvolvem atitudes mais adequadas e saudáveis no que diz respeito à saúde em geral.

No entanto para esta amostra de alunos universitários de cursos da área de Ciências da Saúde, podemos observar que maioritariamente e tendencialmente, escolhem respostas com bom senso e espírito crítico.

É notória a importância que atribuem em levar uma vida saudável num ambiente de qualidade, para serem saudáveis. Parecem não ter medo dos problemas de saúde vulgares, desenvolvendo atitudes tipo *esperar para ver* (wait and see) tão preconizadas por Gérbas como medida de prevenção quaternária, ou usando apenas *tratamentos caseiros*, o que está de acordo com as observações de outros investigadores, como Vuckovic & Nichter (1997), que realçam o recurso crescente a meios terapêuticos alternativos, que no entanto coexistem com a medicalização habitual.

Também 50% dos jovens defende a gestão da saúde pelo próprio, evitando idas desnecessárias ao médico, e assim evitam *cascadas* diagnósticas inúteis.

Parecem entender a prescrição como *negociação* onde possam dar a sua opinião admitindo mesmo pôr em causa a velha autoridade médica paternalista, consultam geralmente para check-up ou doença aguda.

Perante o problema de saúde mais prevalente, a gripe, 32% usaram medicamentos receitados anteriormente para o mesmo problema o que

nos leva a pensar na prática da auto-medicação responsável, preconizada pela Assemblée Nationale Française para melhor controlar a Política do Medicamento (Horel 2008).

Inquiridos acerca da auto-medicação, sem diferenças de género, 50% referiu, sim, sendo os fármacos mais utilizados antipiréticos e anti-inflamatórios. Apenas 8% usaram medicamentos receitados por familiar, vizinho ou Internet, o que vai na mesma linha de equilíbrio já referida.

Os medicamentos prescritos, são respeitados, e assim também o médico a sua prática e os seus conhecimentos, mesmo a ausência de prescrição onde só 9.2% não acha essa atitude normal. Tomam (57.8%) um comprimido por dia que se trata de anti-concepcional, o que está de acordo com a nossa amostra maioritariamente feminina. Não parecem detectar-se fenómenos de medicalização entre os jovens universitários.

Quando consultam o médico, compram e tomam os medicamentos de acordo com as indicações dadas, os que não seguem a prescrição é porque melhoraram. Esta atitude mostra confiança nos médicos, na medicina e também autonomia da gestão pessoal do corpo, alinhando-se com a filosofia do *empowerment* e *enablement* actuais.

Na farmácia, fazem as habituais perguntas acerca dos medicamentos: para que serve, como se toma, e a leitura da bula também é frequente.

As contra-indicações e as reacções adversas raramente são inquiridas, provavelmente representam medos inconscientes e um esforço de interpretação adicional.

Como jovens do seu tempo, informam-se com a metodologia actual: TV, Revistas, Jornais e Internet e metade não concorda com os medicamentos de venda livre, quiçá, seja um reflexo do respeito e reconhecimento do trabalho de farmácias e farmacêuticos.

Consideram na maioria que o seu estado de saúde actual é bom e que os cuidados que dedicam ao corpo são apropriados, quase metade pratica regularmente uma actividade física, ginásio, natação, corrida, futebol. Maioritariamente, não fumam, não bebem, comem três a quatro refeições

por dia, dormem em média oito horas por noite. Não são evidentes práticas de risco na gestão da saúde e doença!

As crenças e atitudes dos jovens relativamente aos fármacos parecem mostrar medos/receios acerca dos medicamentos bem com uma certa culpabilização do médico que contribuirá para a medicalização, sobretudo devido ao facto de ter pouco tempo para falar e ouvir os doentes.

Num estudo que envolveu 84 universitários da área da saúde e utilizando o mesmo questionário (Horne, 1997), os resultados são sobreponíveis (Antunes, 2010).

Acerca das metáforas sobre medicamentos, parece haver uma ambivalência expressa no simbolismo atribuído à cápsula mágica onde está o veneno e a cura. Viabiliza-se assim no mundo de hoje, o conceito que os Gregos associavam ao *Pharmakon*, ou seja, o medicamento encerra em si mesmo a capacidade de fazer bem e mal, quiçá, este conceito poderá desempenhar um papel protector pessoal frente a campanhas para medicalização da sociedade. A percepção acerca da problemática dos medicamentos, também passa pela compreensão de simbolismos e metáforas utilizadas e associadas ao conhecimento genuíno, descritas e interpretadas em vários trabalhos, no entanto devemos sublinhar, que se trata de um fenómeno não completamente esclarecido, o que bem se compreende, dada a sua natureza complexa e multifactorial (Montagne, 1988).

Acerca das representações sociais acerca da saúde, continuam com uma atitude respeitosa para o médico e o seu saber, reconhecendo a importância do conhecimento na auto-medicação, bem como os riscos e benefícios dos medicamentos.

Antunes (2010), num estudo que envolveu 251 jovens universitários de cursos da área da saúde, observou que maioritariamente não acreditam

que os cuidados médicos tenham potencial de provocar dano ao paciente, também não acreditam que os médicos a medicina e o arsenal terapêutico apresentem perigos para a integridade dos indivíduos nem consideram a intervenção médica excessiva. Provavelmente estas opiniões relacionam-se com a idade, e com o facto de terem escolhido um curso na área da saúde, de que gostam e em que acreditam. Parecem opiniões seguindo a mesma linha de coerência em ambos os estudos.

Podemos observar que curiosamente na maior parte das variáveis (66) em estudo não há relação com o sexo o que nos pode levar a pensar que existe uma certa uniformização de conceitos, práticas e representações sociais. Será resultado duma aculturação social evidente nos tempos actuais, que nivela os indivíduos pela mesma parametrização?

Que sociedade teremos amanhã sem a criatividade que decorre da diversidade de ideias, opiniões e comportamentos?

Nas variáveis que se relacionam com o sexo (9) ressalta o efeito de *cuidadoras* habitualmente atribuído às mulheres tanto a nível social como dos objectos habituais da vida diária incluindo medicamentos e sobras de medicamentos. Também os excessos como beber e fumar se atribuem mais ao sexo masculino, elas cuidam-se mais, ou têm menos apetência para essas práticas. Também perante a ocorrência de uma doença ressalta o *cuidar* tanto no recurso à opinião médica como nos cuidados caseiros.

Habitualmente existe necessidade de estratégias diferentes para cada sexo, tal como referiram alguns investigadores que estudaram condutas de saúde em jovens universitários (Lowry *et al*, 2000; Davies *et al*, 2000; Andrade *et al*, 2003).

Estará a Universidade a formatar indivíduos em que todos pensam da mesma forma? Necessitaremos provavelmente de associar investigação qualitativas para investigar as diferenças de género perante as práticas de saúde e suas representações sociais.

Capítulo IX – Conclusões

Os jovens universitários inquiridos acerca dos itinerários de saúde/doença, desenvolvidos em vários patamares e configurados num objecto teórico de estudo, mostraram atitudes, opiniões e conhecimentos que de uma forma geral para além de revelarem bom senso e espírito crítico, estão na linha das ideias actuais sobre prevenção quaternária, o que nos pode levar a pensar que este Instituto está a fazer um bom trabalho na educação das gerações vindouras, pensando nos efeitos de modelagem que poderão desenvolver, já que, como profissionais da área da saúde, comunicam diariamente com muitíssimos indivíduos e suas famílias.

Não encontramos elementos no nosso estudo, para inferir acerca da expressão da medicalização tão presente na nossa sociedade. Pelo contrário, a sobriedade e bom senso do comportamentos dos jovens parecem visionar o contrário, ou seja, não medicamentação nem medicalização e auto-medicação sim, mas responsável.

Os jovens consideraram que a medicina de hoje não é isenta de riscos, embora as suas práticas os não apresentem, digamos que, ao contrário da sociedade que de uma forma geral nos transforma em consumidores do produto *saúde*, ainda que *certificado* pela corporação médico-farmacêutica, estes jovens com a precaução que evidenciam, parecem estar contra a corrente: têm dúvidas, e a arte da dúvida é uma forma de aprendizagem ao longo da vida.

Diferenças de género não foram visivelmente encontradas o que de certa forma é intrigante e inquietante. Como será a sociedade que estes jovens vão construir? Formatada, pouco imaginativa, cinzenta e sem o colorido da criatividade de género?

Assim como corolário destas conclusões, verifica-se a não confirmação da nossa primeira hipótese ($p \leq 0,05$) e a não confirmação também da segunda, o que salienta, a importância da investigação para nos

podermos aproximar mais da realidade concreta e teoricamente, verdadeira.

Seria interessante futuramente, estender o estudo a jovens universitários de outros cursos que não da área da saúde e fazer a respectiva análise comparativa com novas questões inseridas numa nova arquitectura, para tentarmos responder a novos contextos de saúde, educação e qualidade de vida.

Recomendações

Quando pensarmos em introduzir mudanças na sociedade, os jovens universitários poderão ser uma semente com muito tempo de germinação e ainda mais de frutificação dizíamos, para implementarem novas ideias nos itinerários de saúde/doença, de indivíduos e populações.

Bibliografia Citada

Adewuya, A. O. (2006). Prevalence of major depressive disorder in Nigerian college students with alcohol-related problems. *General Hospital Psychiatry*, v.28, p.169 – 173.

Alwan, A. (1997). Noncommunicable diseases: a major challenge for public health in the region. *Eastern Mediterranean Journal*. 3:16-16.

Andrade SM, et al (2003). Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na Região Sul do Brasil. *Rev Assoc Méd Bras*; 49:439-44.

Antunes, J (2015). Metáforas e Medicamentos, nos Itinerários de Saúde / Doença de Jovens Universitários. *NFAD Revista de Psicologia*, N°1-Vol.1, 2015. ISSN: 0214-9877. pp:495-506

BELL, S.E. & FIGERT, A.E. Medicalization an pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Soc Sci & Med*. Vol. 75, p.775-783. 2012.

Blaxter, M. (1983). The causes of disease-women talking, *Soc.Sci.Med.*, 17,2,59-69.

Britten, N. (1996). Lay views of drugs and medicines; orthodox and unorthodox accounts. in Williams, S.J., Calnan, M (orgs.). *Modern medicine-lay perspectives and experiences*. London, UCL Press, pp.48-73.

Buck, C. (1985). Después de Lalonde: la creación de la salud. In: *Promoción de la Salud: Una antología*, Publicación Científica 557, pp. 6-14 Washington, DC, OPS.

Calnan, M. (1987). Health and illness the lay perspective, Tavistock Public., London and New York.

Cassel, J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. American Journal of Medicine, 64:1040-1043.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. American Journal of Medicine, 104:107-123.

Conrad, P. (1985). The meaning of medications: another look of compliance. Soc. Sci. Med. 20, 29-37.

Conrad, P. (2005) The shifting engines of medicalisation, Journal of Health and Social Behavior, 46, 1, 3–14.

Conrad, P et al (2010). Estimating costs of medicalization. Soc Sci Med. v 70 pp 1943-1947.

Crawford, R. (1980), Healthism and the Medicalization of Everyday Life, International Journal of Health Services, 10 (3), pp. 365-388.

Lalo, C & Solal, P (2011). Le livre noir du médicament. Paris. Plon

Czeresnia, D. (1999). The concept of health and the difference between prevention and promotion. Cadernos de Saúde Pública, 15: 4701-709.

Dean, K. (1981). Self-care responses to illness: a selected review. Social Sciences & Medicine, vol.15A, pp.673-687

Decreto-Lei n.º 176/2006 de 30 de Agosto publicado em Diário da República, 1.ª série – N.º 167 – 30 de Agosto de 2006.

Dupuy, J.P., Karsenty, S. (1974). A invasão farmacêutica. Lisboa, Editorial Presença.

Eisenberg, D. et al. (2007). Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, v.77, n. 4, p.534-542.

Escorel, S. (1998). Reviravolta na Saúde. Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.

Fassin, D (1992). Pouvoir et maladie en Afrique. PUF. Paris.

Ferreira, J. A.; Almeida, L. S.; Soares, A. P. S. (2001). Adaptação acadêmica em estudante do 1º ano: diferenças de gênero, situação de estudante e curso. *Psico-USF*, v.6, n.1, p.01-10.

FOUCAULT, M.(1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

Fowler, G., Gray, M. (1983). Opportunities for prevention in general practice. In: Gray, M., Fowler, G., ed. lit. – *Preventive Medicine in general practice*. Oxford, Oxford University Press, 20-32.

Gaither C, Kirking D, Ascione F, Welage L. (2001). Consumers' views on generic medications. *J Am Pharm Assoc.* 41, 729-36.

Gérvas J., Fernandez, M.P. (2003). Genética y prevención quaternária: el ejemplo de la hemacrotosis. *Aten Primaria* Jul 30; 32 (3): 158-62.

Gérvas, J., Pérez Fernández, M. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*, 20 Suppl 3, 66-71.

Gérvas J., Fernandez, M.P. (2013). *Sano y Salvo*. Barcelona. Los Libros del Lince.

Goldman, R, (2007). Abuso de medicamentos: ¿la adicción del siglo XXI? *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria* Vol 14, Issue 5, pp 255-262

Gotzsche, P.C. (2002). Commentary: Medicalisation of risk factors. *BMJ* 2002 Apr 13; 324 (7342): 890-1.

Helman, C. (2000) (4.a ed.), (1984, La ed.), *Culture, health and illness*, Butterworth Heinemann, Oxford.

Herzlich, C. (1969). *Santé et maladie-analyse d'une représentation sociale*. École des Hautes études en sciences Sociales, Paris.

Horel, S. (2010). *Les médicamenteurs*. Paris: Éditions du Moment.

Horne R. Weinman J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of psychosomatic research*. 47(6), 555-67.

ILLICH, I.(1982). Medicalization and Primary Care. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, pp.463-470.

ILLICH, I. (1975a). *A expropriação da saúde – Nêmesis da Medicina*. 3ª Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

ILLICH, I. (1975b). Clinical damage, medical monopoly, the expropriation of health: Three dimensions of iatrogenic tort. *Journal of Medical Ethics*, I, pp. 78-80.

Infarmed. (2007) Current Status of Pharmaceutical Innovation in the EU. PEP, editor. *Pharmaceutical Innovation: A New R&D Strategy in the EU*; 19-20 November 2007; Viseu, Portugal.

Jamouille, M. (2000). *Quaternary prevention: prevention as you never heard before*. Maloine SA.

Jamouille, M; Gusso, G (2009). *Seminário Internacional de Atenção Primária/ Saúde da Família*. Centro de convenções Ulysses Guimarães. Florianópolis

Kalache, A. (2002). O envelhecimento da população: a saúde e novos desafios sociais. In *Fórum Gulbenkian de Saúde*. 4º Ciclo de Debates (2000/2001). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 11-23.

Keesing, R.M. (1981). *Cultural Anthropology*. New York: Holt, Rinehart and Wiston.

Kleinmam, A.M.D. (1980). *Patients and healers in the context of culture*, University of California Press. 1988 "Suffering, healing; and the human condition", in *The Illness Narratives*, Basic Books, Inc., New York 3-29; 251-267.

Kleinmam, A (1988). *Suffering, healing and the Human Condition*, in the *illness narratives*. Basic books, Inc, New York, 3-29; 251-267.

Lalonde, M. (1978). El pensamiento del Canadá respecto de las estrategias epidemiológicas en salud. Boletim da Oficina Sanitária Panamericana, 84 (3).

Last John M. (1995).Um dicionário de Epidemiologia. Lisboa, Ministério da Saúde

Leavell, H. & Clark, E.G. (1976). Medicina Preventiva. S. Paulo: Editora McGraw-Hill.

Lowenberg, S., Davis, F. (1994). Beyond medicalization-demmedicalization: the case of holistic health. Sociology of Health and Illness, vol.16,n 5, pp.579-599

Lowry R, et al (2000).Physical activity, food choiee, and weight management goals and practices among U.S. college students. Am J Prev Med 2000; 18:18-27.

Lupton, D. (1996). Food, the body and the self. London, Sage

Morgan, M. (1996). Perceptions and use of anti-hipertensive drugs among cultural groups. In Williams,S.J., Calnan, M. (orgs),Modern Medicine, lay perspectives and experiences. London,UCL Press,pp. 95-116.

Moraes, E.N.,Santos, R.R., RomanoSilva, M.A. (2008).Iatrogenia. In: Moraes, E.N.Princípios básicos de geriatria e gerontologia. Belo Horizonte: Coopmed, Cap.33. pp.443-456.

Marques J. (2008). A evolução da Farmacovigilância em Portugal e no Mundo. Unidade de Farmacovigilância do Norte.
Available from: <http://ufn.med.up.pt/documentacao2/5284177737.pdf>.

Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*, Gaetan morin éditeur, Paris.

Augé, M.; Herzlich, C. (1984). *Le sens du mal*, éditions des archives contemporaines.

McNair Wilson; Tradução de Mário Monteiro Pereira.- Lisboa. Inquérito, 1943-Biblioteca de Iniciação Médica.

Monteiro, C et al (2007) Interações medicamentosas como causa de iatrogenia evitável. *Rev Port Clin Geral* 23:63-73.

Moraes, N. et al (2008). Iatrogenia. In *Principios basicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed. cap 33 pp 443-456.

Morrison, A.S. (1998). Screening. In: Rothman, K.J.: Greenland, S., ed. *Lit.*

Modern Epidemiology. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 49-518.

Moynihan, R., Heath, I., Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* Apr 13; 324 (7342): 886-91.

Oliveira, C.C. (2004). *Auto-organização, educação e saúde*. Coimbra: Ariadne Editora.

OMS (2004). *Saúde 21: Saúde para todos no Século XXI*. Lisboa: Organização Mundial de Saúde. Lusodidacta. ISBN 978-972-8383-35-0.

Pereira, A.M.S. & Ramos, S. (2000). Promoção dos estilos de vida saudável em contexto académico. In: *Actas do Congresso International*

Interfaces da Psicologia, vol II, Évora: Universidade de Évora, pp. 229-237.

Pereira, A. M. S.; Silva, C. (2001). Quality of life in the academic context: Contributions to the promotion of students 'health behaviours. In: 10th Biennial Conference of International Study Association on Teachers and Teaching, 21 a 25 de Setembro de 2001, Universidade de Algarve. Faro, p. 21.

Pereira, A. M. S. et al. (2006). Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de intervenção. *Análise Psicológica*, vol.24, n.1, p.51-59.

Pita, J. R. (1996). *Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra, Livraria Minerva.

Rodrigues, D ; Anderson, P.(2012). Integralidade e Complexidade na Medicina de Família Comunidade e Atenção Primária à Saúde: Aspectos teóricos. In: Gusso, G & Lopes, C. *Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática*. Porto Alegre: Artmed. Cap 7.pp.60-70.

Saks, M (1988). *Medicine and complementary medicine-challenge and change*, in Scambler, G;Higgs, P.*Modernity, medicine and health-debate on post modernism*.Routledge, London and New York, 241:198-215.

Schellevis, F.G. (1993). *Chronic diseases in general practice: comorbidity and quality of care* [Tese de doutoramento]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.

Sen, A (1999). *Development as freedom*. New Delhi. Oxford university press.

Santos, J. (2014). Prevenção Quinquenária: Prevenir o dano para o paciente, actuando no medico. Rev. Port. Med. Geral Fam. Vol. 30, nº3, Lisboa, Maio.

Sigerist, H. E. The University at the Crossroads.Addresses and Essays. Nova Iorque, Henry Schuman,1946.

Silva,AS; Pinto,M. (1986). Metodologia das ciências sociais. Porto, Edições Afrontamento.

Soares, A.O. (1995). Iatrogenia: velhos e novos aspectos da face velada da Medicina.Medicina Interna. Vol. 2, n.2, pp.122-133..

SOUSA, A. T.(1981). Curso de história da medicina: das origens aos fins do século XVI. Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian.

Souza, A.; Carvalho, M. (2003). Programa de Saúde da Família e Qualidade de Vida: um Olhar da Psicologia.Estudos de Psicologia.Natal. Vol8, nº3, p.515-523.

Starfield, B. (2000). Is US health really the best in the world? JAMA 284, 483-5.

Starfield B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1a Ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde.

STREINER, D.; NORMAN, G. (2003). Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. Oxford University Press.

Tesser,C.D.(1999).A biomedicina e a crise da atenção à saúde: um ensaio sobre a desmedicalização.Campinas,SP.

Tinetti, ME; Fried, T (2004). The end of disease era. Am J med.Feb 1;116(3):179-85.

Tones, K.;Tilford, S (2001).Health promotion:effectiveness, efficiency and equity.United Kingdom: Nelson Thornes.

Topol, E (2015).O futuro da medicina está no seu smartphone.The wall street journal.19/janeiro
<http://br.wsj.com/articles/SB10083468024828034148604580407911096713130>

Tylor, E (1871). Primitive Culture.Vol.1.London.John Murray.

Van Den Akker, et al(1996). Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. Eur J Gen Pract. 2, 65-70.

Vuckovic, N.; Nichter, M. (1997). Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States. Social Sciences & Medicine,,vol.4, n 9,,pp.1285-1302

WHO (2004). Rational use of medicines by prescribers and patients. 115th Session, Executive Board.! Available from:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB115/B115_40-en.pdf,

Williams, S.J., Calnan, M. (1996). Modern medicine-lay perspectives and experiences. London, UCL Press.

Zola,I. K.(1973).Pathways to the doctor from person to patient. Social Science & Medicine, 7, 677-689.

Zorzanelli,et al (2013). Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. Ciência e Saúde Coletiva, 2013.

Bibliografia Não Citada

Adam, P.; Herzlich, C. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan, Paris.

Agnew, O.A. (1984). *Coming-up of air: consumer culture in historical perspective*. In: *Consumption and the World of Goods*, London, Routledge.

Almeida, L.M. (2005). *Da prevenção primordial à prevenção quaternária*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23, 91-6.

Andrade SM, Soares DA, Braga GP, Moreira JH, Botelho FMN (2003). *Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na Região Sul do Brasil*. *Rev Assoc Méd Bras*; 49:439-44.

Antunes, J (2012). *A prevenção quaternária e seu impacto nos itinerários de saúde e doença*. *INFAD INFAD Rev Psi Ano XXIV, nº1 Vol 2-2012*

Antunes, J (2013). *Género, práticas de saúde e representações sociais em estudantes universitários*. *INFAD Rev Psi Ano XXV, nº1 Vol 1-2013, pag.227-236*.

Antunes, J (2014). *Impacto da Prevenção Quaternária no Envelhecimento Bem Sucedido.*, *INFAD Rev Psi, W2-Vol.1, ISSN: 0214-9877. pp:99-106*

Antunes, J (2014). *A Prevenção Quaternária nas práticas de saúde dos estudantes universitários*, *INFAD Rev Psi, Nº1-Vol.4 pp:29*

Balint, M. (1998). *O médico, o seu doente e a doença*. Lisboa, Climepsi Editores.

Baltes, P. B., Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In BALTES, P. B., BALTES, M. M., eds. – Successful aging: perspectives from the behavioral.

Cambridge: Cambridge University Press, Cap. 1, 1-34.

Baltes, M. M., Carstensen, L. L. (1996). The Process of Successful Ageing. *Ageing and Society*, 16, 397-422.

Baltes, P. B., Staudinger, U. M., Lindenberger, U. (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review of Psychology*, 50, 471-507.

Bangkok, Charter for Health Promotion in a globalized world (11 August 2005) [Em linha]. WHO [Consult. 11.08.2005]. Disponível em http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/

Blech, J. (2006). Os inventores de doenças. Porto, Ambar.

Bodou, E. (2008). Les nouveaux paradigmes de la santé. Bruxelles, Éditions Larcier.

Cabral, M.V., Silva, P.A. (2002). Saúde e doença em Portugal. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Cant, S. & Sharma, U. (1999). A new medical pluralism-Alternative medicine. *Doctors Patients and the State*. London, UCL Press.

Cassel, J (1997).The nature of suffering and the goals of medicine in Hendersen, E; Nancy P et al.Eds The social medicine reader – Culture Health and Illness.Duke University Express 12-23.

Charmaz, K. (1983). "Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill"; *Sociology of Health and Illness*, 5, 2, 168-195.

Chadwick, E. (2010). The sanitary conditions of the labouring population in Great Britain. London: W. Clowes. 1843. Memphis, Tennessee: General Books, reprinted.

Chrysanthou, M (2002), Transparency and Selfhood: Utopia and the Informed Body, *Social Science & Medicine*, 54 (3), pp. 469-479.

Conferência Internacional para a Promoção da Saúde, Ottawa, Canada, 17-21 Novembro 1986 (1987). Carta de Otawa para a promoção da saúde; organizadores Health and Welfare. Canadian Public Health Association. OMS. Lisboa: Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários.

Crawford, R. (1980), Healthism and the Medicalization of Everyday Life, *International Journal of Health Services*, 10 (3), pp. 365-388.

Cunningham-Burley, S.; Irving, S. (1987). "And have you done anything so far?" – An examination of lay treatment of children's symptoms", *British Medical Journal*, 295, 700-702.

Davies J. McCrae BP, Frank J. Dochnahl A, Pickering T, Harrison B, et al. Identifying male college students' perceived health needs, barriers to seeking help, and recommendations to help men adopt healthier lifestyles. *J Am Coll Health* 2000; 48:259-67.

Depp, C. A., Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 16-20.

Diefenbach, M. A. & Leventhal, H. (1996). The common sense model of illness representations: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.

Donovan, J. L. & Blake, D. R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making? *Social Science and Medicine*, 34(5), 507-513.

Echabe, A. E., Guillen, C. S. & Ozamiz, J. A. (1992). Representations of health, illness and medicines: Coping strategies and health promoting behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 339-349.

Engels, F. (1958). *The condition of working class in England*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1958. Original version from 1845. Translated by Henderson W.O. and Chaloner W.H.

Epp, J. (1986). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: *Promoción de la salud: Una antología*, Publicación Científica 557, pp 25-36, Washington, DC, OPS

Estatuto do Medicamento (2006), Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de Agosto. 2006; Disponível em:

http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_Capitulo_I/035-E_DL_176_2006_VF.pdf

Fainzang, S. (1997). «Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades», *Sciences Sociales et Santé*, 15, 3,30. 2001 *Médicaments et société*, PUF, Paris.

Featherstone, M. (1991). The body in consumer culture. In Featherstone, M., Hepworth, M., Turner, B. (eds), *The body – Social Process and Cultural Theory*. London, Sage, pp. 170-196.

Feinstein, A.R. (1970). The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chron Dis.*, 23, 455-68.

Fernandes, M. (2008). *A saúde também se educa*. Lisboa, Instituto Piaget.

Freidson, E. (1984) (ed. Francesa), 1970 (ed. Inglesa), *La Profession médicale in Paris*, Payot.

Fortin, M.F. (1999). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Funès, P. (2008). *Médecin malgré moi*. Paris, Le cherche midi. Gendron.

Gérvas J, Pérez Fernández M. (1997). Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. *Med Clin (Barc)* 109. 549-52.

Gérvas J., Fernandez, M.P. (2005). Aventura y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria* Feb 15; 35 (2): 95-8.

Gérvas J. (2006). Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención quaternaria en España. *Gac Sanit* 2006 Mar; 20 Supl 1: 127-34.

Godfrey, M. (2001). Prevention: developing a framework for conceptualizing and evaluating outcomes of preventive services for older people. *Health and Social Care in the Community*, 9(2), 89-99.

Goffman, E. (1998). *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, Editora Guanabara.

Green, L.W. (1992). Patch: CDC's Planned Approach to Community Health: an application of PRECEED and an inspiration for PROCEED. [Em linha]. *Journal of Health Education*. 23, 140-147. [Consult. Julho 2010]. Disponível em <http://wonder.cdc.gov/wonder/prevguid/p0000065/p0000065.asp>.

Helman, C (1994). *Cultura, saúde e doença*, 2ªed Porto Alegre: Artes Médicas

Herzlich, C. (1984). *Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*, Payot, Paris.

Hespanhol, A., Couto, L; Martina, C. (2008). A medicina preventiva. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 49-64.

Holstein, M. B., Minkler, M. (2003). Self, Society, and the "New Gerontology". *Gerontologist*, 43(6), 787-796.

Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: Advances in theory and treatment. Em Petrie, K. & Weinman, J. (Eds.). *Perceptions of health and illness. Current research and applications* (pp. 155-189). London: Harwood Academic Publishers.

Horne, R.; Weinman, J. & Hankins, M. (1997). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for

assessing the cognitive presentation of medication. *Psychology and Health*. Vol., pp. 1-24. Harwood Academic Publishers.

Hunt, L. M.; Jordan, B.; Irwin, S. (1989). "Views of what's wrong: diagnosis and patients concepts of illness", *Soc. Sci. Med.*, 28, 9, 945-956.

Illich, I. (1981). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 4a Ed. São Paulo: Editora Nova Fronteira.

Kleinman, A. (1988). *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press

Kline, Paul (1993). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.

Kuenlein, T et al (2010). *Primary Care*. 10(18):

Lalo, C., Solal, P. (2011). *Le livre noir du médicament*. Paris: Plon.

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of the Canadians: a working document*. Ottawa: Government of Canada.

Laureano, R. M. S. e Botelho, M.C.(2010). *SPSS: O Meu Manual de Consulta Rápida*, Edições Sílabo.

Laureano, R. M. S. (2011). *Testes de Hipóteses com o SPSS*. O Meu Manual de Consulta Rápida, Edições Sílabo.

Lowry R, Galuska DA, Fulton JE, Wechsler H, Kann L, Collins JL. Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among U.S. college students. *Am J Prev Med* 2000; 18:18-27.

Mahler, H (1987). World health for all to be: address to the fortieth World Health Assembly, Geneva, 5 may. Geneva: WHO

Maroco, J. (2012). Análise Estatística com a Utilização do SPSS, 4ª edição, Edições Sílabo.

Maroco, J. e Garcia_Marques, T.(2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas, in Laboratório de Psicologia, 4(1), pp 65-90. Lisboa, ISPA.

Masoro, E. J. (2001). "Successful Aging" – Useful or Misleading Concept? The Gerontologist. 41(3), 415-419.

Mckinlay, J. B. (1975). "The help-seeking behavior of the poor", in Kosa, J. e Zola, I. K., Poverty and health – A sociological analysis, Harvard University Press, UK, pp. 224-273.

Mechanic, D. (1960). "The concept of illness behavior", J. Chron. Dis., 15, 2, 189-194. 1969 "Illness and cure", in Kosa, J.; Antonovsky, A.; Zola, I. K., Poverty and health a sociological analysis, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, pp. 191-214.

Melo, M. (2007). A prevenção quaternária contra excessos da medicina. Rev Port Clínica Geral 2007 Mai-Jun; 23 (3): 289-93

Montagne, M. (1988). The metaphorical nature of drugs and drug taking. Social Sciences & Medicine. Vol.26, 4, pp. 417-424.

Monteiro, C., Marques, F.B., Ribeiro, C.F., (2007). Interações medicamentosas como causa de iatrogenia evitável. Rev Port Clin Geral, 23, 63-73.

Morgan, M. (1996). Perceptions and use of anti-hypertensive drugs among cultural groups. In Williams, S.J., Calnan, M. (orgs), Modern Medicine, lay perspectives and experiences. London, UCL Press, pp. 95-116.

Murteira, B. (1993). Análise Exploratória de Dados, McGraw-Hill, Lisboa.

Murteira, B.; Ribeiro, C.S.; A. e S., J. e Pimenta, C. (2010). Introdução à Estatística, Escolar Editora, Lisboa.

Nunes, B. (1997). O Saber Médico do Povo, Fim de Século, Lisboa.

OMS (1998). CONSELHO DA EUROPA. COMISSÃO EUROPEIA Rede Europeia e Portuguesa de Escolas Promotoras de Saúde. Mero Martins: Editorial do Ministério da Educação.

Pignarre, P. (1977). Q'est-ce qu'un médicament? Un object étrange entre science, marché et société. Paris, Editions La Découverte.

Pignarre, P. (2003). Le grand secret de l'industrie pharmaceutique. Paris: La Découverte.

Raphael, D. (2006). Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. International Journal of Health Services 36:4,651-677.

Reis, E.; Melo, P.; Andrade, Rosa e Calapez, T. (1999). Estatística Aplicada, Vol. 2, 3ª ed. revista, Edições Sílabo.

Reis, E. (2001). Estatística Multivariada Aplicada, 2ª edição, Edições Sílabo.

Richardson, R. J. (1989). Pesquisa social: métodos e técnicas. 2ª ed., São Paulo. Atlas.

Ribeiro, JLP. (2005). O importante é a Saúde. Fundação Merck, Sharp & Dome.

Rosser, W. (1996). Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? J Fam Pract, 42, 139-44.

Rosser, W., Shafir., M. (1998). Evidence-based family medicine. Hamilton: BC Decker Inc.;

Rowe, J. W., Kahn, R. L. (1997). Successful aging. The Gerontologist. 37(4), 433-440.

Sharma, U. M. (1990). "Using alternative therapies: marginal medicine and central concerns", in ABBOT, Pamela; PAYNE, Geof, New Directions in the Sociology of Health The Falmer Press, Londres, New York, Filadélfia, pp. 127-139.

Shilling, C. (1993). The body and social theory. London, Routledge.

Silva,AS; Pinto,M. (1986). Metodologia das ciências sociais. Porto, Edições Afrontamento.

Streiner, D. L. e Norman, G. R. (1991). Health measurement scales: practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press.

Stewart M, Weston WW, Brown JB, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. (1995). Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks: Sage Publications.

Taylor, A.J.P.Bismark (2009). O Homem e o Estadista.Lisboa:Edições 70, p.199.

Terris, M. (1987). Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades em la teoria de la salud publica. Genebra, OMS.

Tones, K. (2002). Health pro~otion, health education, and the public.health. In: Oxford Textbook of Pubhc Health. Volume 2: Methods of Public Health. Oxford: University Press, 829-863.

United Kingdom. HM Government (2008). Health is Global: a UK Govenment Strategy 2008-2013. [Em linha]. London: HM Govenment. [Consult. Outubro 2009] Disponível em

http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_088753.pdf.

United Nations (1993). Agenda 21: the United Nations Programme of Actions from Rio. New York: United Nations. Department of Public Information, 1992. Presented at the United Nations Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro.

Van deer Geest, S.; White, S.R. (1989). The charm of medicines: metaphors and metonyms. Medical Anthropology Quaterly,vol.3 (4), pp.345-367.

Van Den Akker, M., Buntinx, F., Knottnerus, J.A. (1996). Comorbidity or multimorbidity:what's in a name? A review of literature. Eur J Gen Pract. 2, 65-70.

Van Den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J.F., Roos, S., Knottnerus, J.A. (1998). Multi-morbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol.* 51(5), 367-75.

Van Den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J.F., Knottnerus, J.A. (2001). Psycho-social patient characteristics and GP-registered chronic morbidity: a prospective study. *J Psychosom Res.* 50(2), 95-102.

Van Den Akker, M., Buntinx, F., Metsemakers, J.F., Knottnerus, J.A. (2000). Marginal impact of psychosocial factors on multimorbidity: results of an explorative nested case control study. *Soc Sci Med.* 50, 1679-93.

Van Den Akker, M., Buntinx, F., Roos, S., Knottnerus, J.A. (2001). Problems in determining the occurrence rates of multimorbidity. *J Clin Epidemiol.* 54(7), 675-9.

Verweij, M. (1999). Medicalization as a moral problem for preventative medicine. *Bioethics* 1999 April; 13 (2): 89-113.

WHO (2005). Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. Geneva: March.

WHO (2005). Global health promotion scaling up for 2015: a brief review of major impacts and developments over the past 20 years and challenges for 2015. Copenhagen: Unedited Working Paper.

WHO (2006a). The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. [Em linha]. Geneva: The Bangkok Charter for Health Promotion

WHO (2006b). Health promotion: follow-up to 6th Global Conference on Health Promotion: report by the Secretariat. Copenhagen: January. (EB 117/11. Executive Board 16).

WHO (2009). Milestones in health promotion: statements from global conferences. Geneva.

WHO (2010). Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being. Adelaide: Government of South Australia.

WHO (2010b). CHOICE: Choosing Interventions that are Cost Effective. [Em linha]. Copenhagen: World Health Organization,. [Consult. Agosto 2010] Disponível em <http://www.who.int/choice/enl>.

Williams, S.J., Calnan, M. (1996). Modern medicine-lay perspectives and experiences. London, UCL Press.

World Health Organization (1985). As metas da Saúde para todos. Traduzido pelo Ministério da Saúde. Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

World Health Organization (1986). Health and Welfare Canada. Canadian Public Health Association – Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa (Ontario), World Health Organization and Welfare Canada. Canadian Public Health Association.

ZIMMERMAN, M.A. (2000). Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In RAPPAPORT, L, ed. lit. – Handbook of community psychology. New York: Academic/Plenum Publishers, 43-63.

Anexos

Anexo I

Questionário sobre atitudes, conhecimentos e comportamentos, acerca de saúde e doença, em jovens universitários

(Questionário anónimo)

A - Doenças e/ou problemas de saúde

1 - Pense na última vez que teve uma doença e/ou problema de saúde. Indique qual foi _____

2 - Como resolveu? Foi ao médico

Usou medicamentos anteriormente prescritos para o mesmo problema

Usou medicamentos aconselhados por outrem (vizinho, familiar, amigo,...)

Quais?

_____ Quem? amigo vizinho familiar
 Aconselhou-se na farmácia loja produtos naturais
ervanária Internet

Não fez nada e aguardou que o problema passasse

Outra resolução. Qual?

3 - Na sua opinião, quais os factores que mais influenciam a saúde?

Condições de trabalho

A qualidade do meio ambiente

Os cuidados médicos

Os problemas familiares

Levar uma vida saudável (não fumar, não beber, fazer exercício)

As condições económicas

4 – Habitualmente, perante os seguintes problemas de saúde que resolução escolheria?

(assinale com uma X)

	Espera que passe	Usa tratamentos caseiros	Usa medicamentos que conhece	Vai à farmácia	Vai ao médico	Fala com um amigo/vizinho/familiar
1) Febre						
2) Tosse						
3) Cansaço						
4) Dores no corpo.						
5) Nervosismo						
6) Tristeza						
7) Insónias						
8) Dores de cabeça						
9) Dores de dentes						
10) Má digestão						
11) Mal da barriga						
12) Problemas de pele						
13) Gripe / Constipação						
14) Ver mal						
15) Dificuldades sexuais						

5 – Já tomou medicamentos sem receita médica? (excluindo os de venda livre)

Sim Não

6 – Em caso afirmativo, a última vez que tomou medicamentos sem receita médica:

Foi há quanto tempo? _____

Qual era o medicamento? _____

Quem lho aconselhou?

- Amigo / Vizinho / Familiar
- Publicidade (Rádio/TV/Internet)
- Farmacêutico
- Tinha em casa, receitado pelo médico, noutra altura para o mesmo fim.
- Tinha em casa, comprado sem receita médica.
- Outra situação. Qual? _____

B – Consulta médica e prescrição de medicamentos

7 –

a) Geralmente é preferível cada um cuidar da sua saúde evitando idas ao médico, com excepção de problemas graves.

Concordo Discordo Não tenho opinião

b) Prefiro médicos que apresentem alternativas terapêuticas onde possa dar a minha opinião

Concordo Discordo Não tenho opinião

c) Os doentes não devem pôr em causa o saber e a autoridade médica

Concordo Discordo Não tenho opinião

8 – Habitualmente consulta o médico

- Uma vez por ano
- Até 4 vezes por ano
- Outro: _____

9 – Habitualmente vai ao médico por:

- Situações de urgência / doença aguda
- Check-up
- Atestado / baixa
- Renovação de receitas
- Controlo de doença crónica. Qual?

10– Se actualmente toma medicamentos:

Quantos comprimidos toma por dia? _____

Sabendo, indique os nomes:

11 – Habitualmente compra os medicamentos receitados pelo médico?

Sim Não

12 – Costuma respeitar as quantidades e forma de tomar os medicamentos prescritos pelo médico?

Sim Não

13 – Se respondeu não, diga qual o motivo.

- Melhorou
 - Piorou
 - Efeitos secundários
 - Outro. Qual?
-

14 – O que pensa do médico que não receita medicamentos?

- Aceita com normalidade
- Não acha normal, mas não comenta
- Pergunta ao médico porque não receitou nada

C – Informação acerca dos medicamentos
--

15 – Na farmácia, costuma pedir informações/esclarecimentos sobre: (assinale com uma X)

	Nunca	raramente	frequentement e	sempre
Finalidades do medicamento				
Contra-indicações				
Reacções adversas				
Modo de tomar os medicamentos				

16 – Habitualmente lê o folheto que vem com o medicamento

- Nunca Raramente Frequentemente Sempre

17 – O que pensa da literatura incluída nas embalagens dos medicamentos?

- Dificil de perceber Pouco esclarecedora De fácil compreensão
- Outra
-

18 – Se perceber que o medicamento que vai tomar pode causar algum problema

- Volta ao médico
 - Pede esclarecimentos numa farmácia
 - Não toma o medicamento
 - Toma na mesma o medicamento
 - Outro. Qual?
-

19 – Tratou-se / curou-se e sobraram medicamentos. O que faz?

- Deita fora
 Guarda para outra vez
 Entrega na farmácia
 Outra. Qual? _____

D – Fontes de informação sobre saúde/doença

20 – Costuma ler/ver/ouvir programas sobre saúde?

- | | | |
|------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Programas de Televisão | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Programas de rádio | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Revistas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Jornais | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Internet | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

21 – Actualmente existem medicamentos de venda livre p.e. em supermercados.

- Concorda Discorda Não tem opinião

22 – O que pensa da publicidade a medicamentos de venda livre

- Concorda Discorda Não tem opinião

E – Saúde corporal

23 – Actualmente considera o seu estado de saúde:

- Ótimo
 Bom
 Fraco
 Mau

24 – Os cuidados que tem normalmente com a sua saúde, considera-os

- Apropriados Insuficientes

25 – Pratica uma actividade física regularmente?

- Não Sim

Qual? _____

26 – Quantas horas dorme normalmente? _____

27 – Quantas refeições toma por dia normalmente? _____

28 – Fuma?

- Sim Não

29 – Bebe bebidas alcoólicas frequentemente?

- Sim Não

F – Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos/representação sociais

Na sua opinião:
(assinale com uma X)

	Discord o Totalme nte	Discor do	Indeci so	Concor do	Concord o Totalme nte
1) Os médicos receitam demasiados medicamentos.					
2) Pessoas que tomam medicamentos devem interrompê-los de vez em quando.					
3) A maior parte dos medicamentos causa dependência.					
4) Os medicamentos naturais são mais seguros que os químicos.					
5) Os medicamentos causam mais mal que bem.					
6) Todos os medicamentos são venenos.					
7) Os médicos confiam demasiado nos medicamentos					
8) Se os médicos tivessem mais tempo para os doentes receitariam menos medicamentos.					

Na sua opinião os MEDICAMENTOS SÃO:
(assinale com uma X)

	Discord o Totalme nte	Discor do	Indeci so	Concor do	Concord o Totalme nte
1) Cápsulas mágicas.					
2) Tónicos, combustível, energia.					

3) Solução de um problema.					
4) Forma de ajuda, pacificação, consolo.					
5) Um paraíso seguro sem stress.					
6) Um obstáculo, prisão, inimigo.					
7) A morte, doença, peste, veneno.					
8) Um estilo de vida, aceitação social.					

Acerca das afirmações seguintes, dê a sua opinião:
(assinale com uma X)

	Discord o Totalme nte	Discor do	Indeci so	Concor do	Concord o Totalme nte
1) A automedicação com medicamentos já utilizados não implica riscos para a saúde.					
2) Conhecendo as indicações do medicamento, não há grande risco em usá-lo sem consultar o médico.					
3) Não faz sentido suportar o mau estar quando há medicamentos para o combater.					
4) Tomar medicamentos sem indicação médica é um grande risco para a saúde.					
5) A toma frequente de medicamentos reduz as defesas naturais do organismo.					
6) Todos os medicamentos devem estar sujeitos a receita médica.					
7) Tomar medicamentos sugeridos por amigos ou familiares é pôr a saúde em risco.					
8) Deve-se procurar assistência médica mesmo para os problemas ligeiros.					
9) Perante um mau estar físico é preferível suportá-lo a tomar, de imediato, medicamentos.					
10) O farmacêutico não substitui a opinião do médico.					

Distrito de residência _____

Sexo: Feminino Masculino

Idade: _____ anos

Estado Civil:

- Solteira/o
- Casada/o
- Divorciada/o
- Viúva/o
- Outro. Qual? _____

Situação Profissional:

- Trabalhador por conta de outrem
- Trabalhador por conta própria
- Desempregado
- Doméstico/a
- Estudante
- Reformado
- Outra. Qual? _____

Qual a profissão que exerce (ou última que exerceu)? _____

Grau de instrução:

- Não sabe ler nem escrever
- Ensino Primário
- Ensino Secundário
- Licenciatura, qual?

-
- Mestrado ou pós graduação
 - Doutoramento

Rendimento anual (em euros):

- Até 5.000
- 5.000 – 10.000
- 10.000 – 20.000
- 20.000 – 50.000
- 50.000 – 100.000
- > 100.000

Tem algum seguro de saúde? Sim Não

Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos “*crenças sobre fármacos*” de Robert Horne et al., 1999 (Anexo II).

	Discord o Totalme nte	Discor do	Indeci so	Concor do	Concord o Totalme nte
1) Os médicos receitam demasiados medicamentos.					
2) Pessoas que tomam medicamentos devem interrompê-los de vez em quando.					
3) A maior parte dos medicamentos causa dependência.					
4) Os medicamentos naturais são mais seguros que os químicos.					
5) Os medicamentos causam mais mal que bem.					
6) Todos os medicamentos são venenos.					
7) Os médicos confiam demasiado nos medicamentos					

8) Se os médicos tivessem mais tempo para os doentes receitariam menos medicamentos.					