

**SOCIEDADE  
CRISE E RECONFIGURAÇÕES**

# **VII CONGRESSO PORTUGUES DE SOCIOLOGIA**

**19 a 22 Junho 2012**

**Universidade do Porto - Faculdade de Letras - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação**

---

ÁREA TEMÁTICA: Sociologia da Saúde

---

**CONTRIBUTO PARA A DEFINIÇÃO DE UMA TIPOLOGIA DE COMPORTAMENTOS E ATITUDES FACE AOS SINTOMAS DE DOENÇA**

---

CALHA, António

Mestre em Sociologia

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

[antoniocalha@hotmail.com](mailto:antoniocalha@hotmail.com)

---



## Resumo

Apresentamos nesta comunicação os resultados de uma investigação que teve por objetivo a construção de uma tipologia de atitudes face a sintomas de doença com base nos dados disponibilizados pelo *European Social Survey*. Procura-se, desta forma, contribuir para a caracterização de padrões diferenciados de comportamento perante a doença através da definição de perfis de comportamento e da identificação dos referenciais simbólicos envolvidos no processo de cura e na relação médico/paciente.

A metodologia seguida baseou-se no recurso a diferentes técnicas estatísticas: numa primeira fase, recorreu-se à Análise de Clusters, de modo a identificar diferentes perfis de comportamento em relação a um conjunto de sintomas de doença; posteriormente, utilizou-se a Análise de Componentes Principais na análise dos referenciais simbólicos relativamente ao processo de cura e à relação médico/paciente.

Os resultados obtidos demonstram a existência de padrões diferenciados de comportamentos associados a fatores sociais e culturais relacionados com a condição dos indivíduos. Foi possível definir uma tipologia de atitudes face aos sintomas de doença constituída por quatro grupos, confirmando que as diferenças de atitude correspondem a diferentes universos de referência relativamente à idealização do processo de cura e à conceptualização da relação médico/paciente.

## Abstract

We present, in this communication, the results of an investigation which aimed to build a typology of attitudes towards disease symptoms based on data provided by the European Social Survey. Our goal is to contribute to the characterization of different patterns of behavior concerning the disease, through behavioral profiling and identification of symbolic references involved in the process of healing and doctor/patient relationship.

The methodology was based on the use of different statistical techniques: Cluster Analysis, in order to identify different profiles of behavior in relation to a set of symptoms of disease, and Principal Component Analysis to analyze the symbolic references for the process of healing and doctor/patient relationship.

The results demonstrate the existence of different patterns of behaviors associated with social and cultural factors related to the condition of individuals. It was possible to define a four-group typology of attitudes towards disease symptoms, which confirms that the differences in attitudes correspond to different universes of reference for the idealization of the healing process and the conceptualization of the doctor/patient relationship.

Palavras-chave: Atitudes; Doença; Medicação; Médico; Sintomas.

Keywords: Attitudes; Illness; Medication; Doctor; Symptoms.



As abordagens sociológicas ao comportamento de doença retratam-no em termos da sequência de opções que o indivíduo toma perante um conjunto de sintomas encarados como problemáticos. São vários os estudos existentes que descrevem o processo de ação dos atores sociais face a uma situação da doença (Zola, 1973; Calnan, 1983; Punamaki e Kokko, 1995; Campbell e Roland 1996). Os resultados destes estudos têm revelado que, antes de procurarem apoio médico, os indivíduos passam por um processo de interpretação dos sintomas de doença, construindo um autodiagnóstico em função de conceções diferenciadas de doença. A decisão pela procura de cuidados de saúde é, portanto, baseada num conjunto complexo de fatores de diferente natureza: físicos, psicológicos e sociais. Na abordagem ao comportamento de doença, Campbell e Roland (1996) identificam quatro fatores que determinam a procura de cuidados médicos: i) os fatores demográficos e socioeconómicos, que influenciam a maior ou menor propensão dos indivíduos para adoecer e a sua resposta à doença; ii) o universo referencial de crenças sobre a doença, a perceção da sua severidade e da sua suscetibilidade e o balanço de custos/benefícios da procura de cuidados; iii) o progresso da doença, a forma como se desenvolve e como reage ao autocuidado; iv) o contexto em que se insere o indivíduo, que engloba as redes de apoio social e de aconselhamento sobre a doença.

Os referenciais simbólicos utilizados na interpretação do corpo, da saúde e da doença têm sido crescentemente influenciados, desde o século XIX, pela explicação científica consolidada no designado modelo biomédico. Os grandes progressos ocorridos na medicina, sobretudo no âmbito do controlo de doenças infecciosas, do desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas e da descoberta de novos fármacos, originaram expectativas sociais mais elevadas relativamente ao controlo da doença. Em resultado das expectativas sociais, associadas ao modelo biomédico, o processo de interpretação da condição fisiológica individual passou a assentar, crescentemente, em critérios de avaliação e de monitorização definidos pela comunidade científica. A determinação da fronteira entre saúde e doença passou a estar sob a esfera de influência dos profissionais de saúde, garantindo-lhes um grande poder na definição daquilo que é normal ou anormal, desejável ou indesejável, são ou enfermo. A medicalização dos cuidados no parto constitui um exemplo deste alargamento da esfera de influência da medicina: “até ao século XIX, a medicalização em matéria de parto e de puericultura praticamente não existia, virando-se a maior parte das mulheres para as tradições das anciãs” (Abdelmalek e Gerárd, 1999, p. 53). Os ganhos em saúde, traduzidos, neste caso particular, na diminuição significativa da mortalidade infantil, ocorreram graças à afirmação da lógica da intervenção médica, à custa da alteração de hábitos sociais e culturais, e à perda da hegemonia de intervenientes não profissionais no ato do parto.

Apesar do avanço da ciência no universo de referência individual na interpretação do corpo, diferentes estudos têm revelado que os indivíduos percecionam o corpo, a saúde e a doença através de sistemas de explicação mais amplos que os profissionais de saúde. De facto, os critérios de deteção e de interpretação dos sintomas de doença variam entre os diferentes grupos sociais, estando relacionados com a acessibilidade de cada grupo à cultura médica (Hespanha, 1987) e sendo influenciados pelos sistemas de explicação da cultura popular.

A existência de padrões diferenciados de comportamento sugere que o comportamento face à doença é condicionado por fatores sociais e culturais associados à condição dos indivíduos (Weiss e Lonnquist; 2006, p.129). Esta distinção entre grupos sociais na interpretação da doença poderá constituir um fator determinante de diferenciação, não só da procura, mas também do acesso aos cuidados de saúde. Pretendemos contribuir para este debate através da definição de uma tipologia de atitudes relativas a sintomas de doença com base nos resultados do *European Social Survey*<sup>i</sup>. Para tal, procura-se caracterizar os diferentes perfis de comportamento e identificar os referenciais simbólicos respeitantes ao processo de cura e à relação médico/paciente. As amostras utilizadas são representativas dos indivíduos com mais de catorze anos oriundos de 26 países europeus<sup>ii</sup>. Os dados utilizados foram ponderados de acordo com as recomendações do próprio *European Social Survey*, de modo a permitir uma aproximação das amostras à realidade demográfica dos diferentes países.

## 1. Tipologia de atitudes face aos sintomas de doença

No que concerne ao comportamento dos indivíduos face a sintomas genéricos de doença, foram contempladas, no questionário, quatro questões sobre a quem recorre o inquirido quando padece de uma grave inflamação na garganta, uma forte dor de cabeça, sérias dificuldades em dormir e uma forte dor nas costas. As respostas relativas a cada um dos quatro sintomas encontram-se no quadro 1.

Quadro 1. Distribuição dos inquiridos pelas fontes de aconselhamento face a diferentes sintomas de doença

	Grave inflamação da garganta	Forte dor de cabeça	Sérias dificuldades em dormir	Forte dor nas costas
Ninguém	23,2%	30,4%	21,2%	8,3%
Amigos ou familiares	17,9%	16,7%	13,2%	8,8%
Farmacêutico	16,5%	13,8%	6,4%	2,7%
Médico	39,1%	36,1%	55,3%	72,1%
Enfermeiro	1,5%	1,2%	0,9%	0,8%
Internet	0,2%	0,2%	0,5%	0,2%
Linha telefónica de apoio médico	0,7%	0,7%	0,4%	0,4%
Outro técnico de saúde	0,8%	1,1%	2,2%	6,7%
<b>N.</b>	<b>47363</b>	<b>47151</b>	<b>46538</b>	<b>47100</b>

O quadro permite observar que o recurso ao médico é a resposta mais referida em qualquer um dos sintomas considerados. No entanto, tem maior expressão nos sintomas menos comuns, sobretudo na forte dor nas costas, sendo menos expressiva em sintomatologias mais comuns, como seja a forte dor de cabeça. Em contraste, a passividade perante os sintomas, traduzida na ausência de recurso a qualquer tipo de apoio, surge com grande expressividade, especialmente quando os sintomas são mais vulgares, perdendo frequência na situação de forte dor nas costas.

Com base na tipologia de respostas dadas pelos inquiridos a cada uma das quatro questões, procurou-se definir perfis de comportamento face aos sintomas de doença. Para tal, recorreu-se à Análise de Clusters (utilizando o método Two-Step Cluster), da qual resultou a determinação de quatro clusters correspondentes a quatro perfis distintos com a configuração que se descreve em seguida.

### 1.1. Perfil 1 – *Indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico*

A este perfil correspondem 23,2% dos indivíduos da amostra, os quais recorrem sempre e em exclusivo ao médico quando confrontados com os quatro sintomas enunciados.

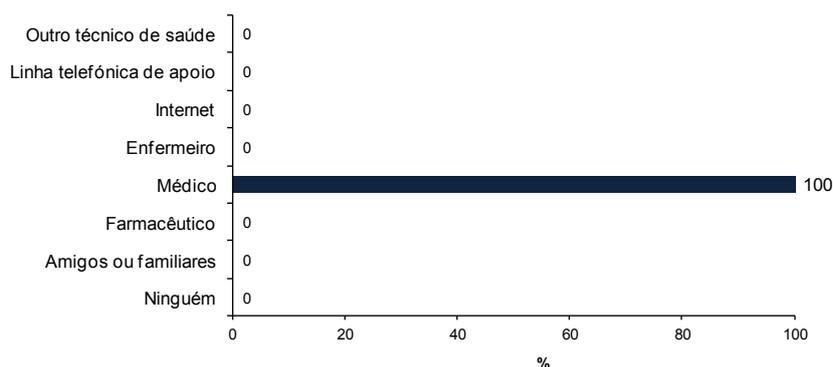


Gráfico 1 – Configuração das respostas, às quatro questões, dadas pelos indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico

### 1.2. Perfil 2 – *Indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento em função dos sintomas*

O segundo perfil, correspondente a 39,5% dos inquiridos, é constituído por indivíduos que evidenciam uma procura mais moderada de cuidados médicos, comparativamente ao perfil anterior, e alternada com outras instâncias de recurso. Face aos sintomas, estes indivíduos recorrem, em maioria, ao médico, mas também a outros profissionais de saúde, com particular relevância para o farmacêutico. O recurso ao médico verifica-se em 47,4% das situações (com particular relevância nos sintomas ‘forte dor nas costas’ onde essa procura

perfaz 73,9% das referências, e ‘sérias dificuldades em dormir’, perfazendo 55% das referências). O recurso ao farmacêutico é a resposta mais referida nos sintomas ‘grave inflamação da garganta’ (40,7% dos inquiridos) e ‘forte dor de cabeça’ (34,2% dos inquiridos). Este perfil evidencia, também, de forma expressiva, a ausência de recurso a qualquer fonte de aconselhamento ou de tratamento, particularmente em sintomatologias mais comuns, como a ‘forte dor de cabeça’ (com 22,9% das referências) e a ‘grave inflamação na garganta’ (com 15,6% das referências).

Quadro 2 – Distribuição de frequências por tipo de recurso face aos sintomas de doença dos indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento

	Grave inflamação da garganta	Forte dor de cabeça	Sérias dificuldades em dormir	Forte dor nas costas
Ninguém	15,6	22,9	13,8	3,4
Amigos ou familiares	4,0	6,4	7,0	1,6
Farmacêutico	40,7	34,2	15,2	5,8
Médico	31,9	28,7	55,0	73,9
Enfermeiro	3,5	2,9	2,0	1,6
Internet	0,6	0,4	1,0	0,4
Linha telefónica de apoio médico	1,7	1,7	1,0	0,8
Outro técnico de saúde	2,0	2,8	5,0	12,6
<b>N.</b>	<b>18210</b>	<b>18210</b>	<b>18210</b>	<b>18210</b>

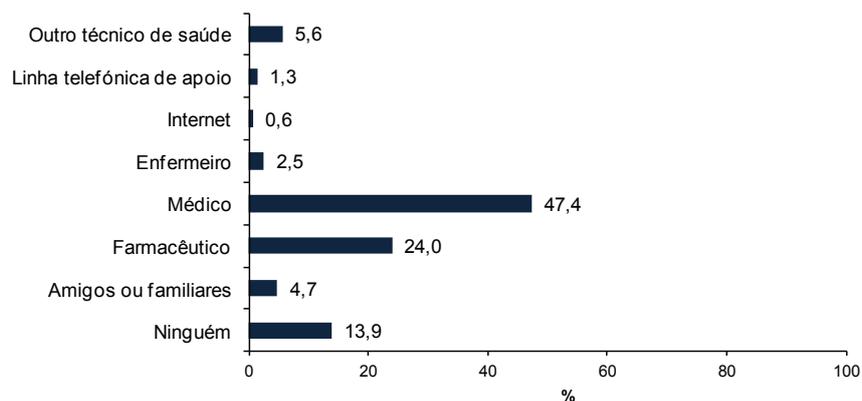


Gráfico 2 – Configuração das respostas, às quatro questões, dadas pelos indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento

### 1.3. Perfil 3 – Indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais

Os indivíduos enquadrados neste perfil, face aos sintomas enunciados, aconselham-se, na maioria das situações, com amigos ou familiares e constituem 18,6% dos inquiridos. Trata-se de um perfil de comportamento que se traduz na propensão para o recurso às redes informais de apoio, como familiares e amigos, com particular expressividade nos casos dos sintomas ‘grave inflamação da garganta’ (destacado em 86,2% das respostas), ‘forte dor de cabeça’ (referido em 75,1%) e, ainda que com menor relevância, ‘sérias dificuldades em dormir’ (apontado por 55,2% destes indivíduos). Relativamente ao sintoma ‘forte dor nas costas’, regista-se uma inversão na ordem de preferência deste grupo, surgindo em primeiro lugar o médico (referido por 51,3% destes inquiridos) e em seguida os amigos ou familiares (41,1% das preferências).

Quadro 3 – Distribuição de frequências por tipo de recurso face aos sintomas de doença dos indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais

	Grave inflamação da garganta	Forte dor de cabeça	Sérias dificuldades em dormir	Forte dor nas costas
Ninguém	8,7	13,8	10,7	1,6
Amigos ou familiares	86,1	74,4	54,7	40,1
Farmacêutico	0,8	1,2	2,6	1,4
Médico	4,0	10,4	30,5	52,4
Enfermeiro	0,2	0,0	0,4	0,7
Internet	0,1	0,1	0,6	0,1
Linha telefónica de apoio médico	0,0	0,0	0,1	0,2
Outro técnico de saúde	0,1	0,0	0,5	3,3
<b>N.</b>	<b>8025</b>	<b>8025</b>	<b>8025</b>	<b>8025</b>

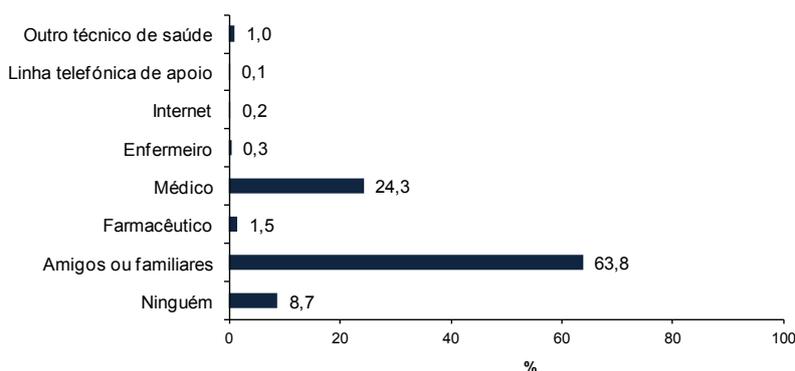


Gráfico 3 – Configuração das respostas, às quatro questões, dadas pelos indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais

#### 1.4. Perfil 4 – *Indivíduos com atitude tendencialmente passiva*

Trata-se de um perfil que envolve 18,7% dos inquiridos sendo constituído por indivíduos que optam, tendencialmente, por uma atitude de passividade face aos sintomas referidos. O quadro 5 permite confirmar essas tendências. A percentagem de indivíduos, incluídos neste perfil, que afirmam não recorrer a ninguém face ao sintoma de ‘forte dor de cabeça’ é de 98,8%; no sintoma de ‘grave inflamação na garganta’ o valor é de 83,1% e quanto ao sintoma ‘sérias dificuldades em dormir’ é de 73,8%. A opção pelo recurso ao médico assume prevalência apenas no caso do sintoma ‘forte dor nas costas’, referido por 54,2% destes indivíduos.

Quadro 4 – Distribuição de frequências por tipo de recurso face aos sintomas de doença dos indivíduos com atitude tendencialmente passiva

	Grave inflamação da garganta	Forte dor de cabeça	Sérias dificuldades em dormir	Forte dor nas costas
Ninguém	83,1	98,8	73,8	36,2
Amigos ou familiares	1,1	0,4	0,5	2,7
Farmacêutico	1,5	0,0	0,0	1,1
Médico	14,2	0,8	25,6	54,2
Enfermeiro	0,1	0,0	0,0	0,2
Internet	0,0	0,0	0,0	0,1
Linha telefónica de apoio médico	0,0	0,0	0,0	0,1
Outro técnico de saúde	0,0	0,1	0,1	5,4
<b>N.</b>	<b>8857</b>	<b>8857</b>	<b>8857</b>	<b>8857</b>

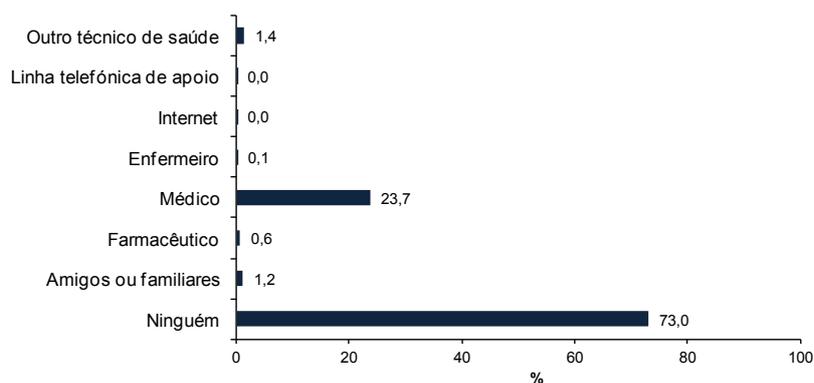


Gráfico 4 – Configuração das respostas, às quatro questões, dadas pelos indivíduos com atitude tendencialmente passiva

## 2. Atitudes face aos medicamentos

Para a caracterização das atitudes dos inquiridos face aos medicamentos foram, utilizadas cinco questões presentes no questionário. Estas pretendem avaliar o grau de concordância dos inquiridos relativamente à utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis com os seguintes objetivos: perder peso; reduzir a queda de cabelo; melhorar a memória; sentir-se mais feliz e melhorar a vida sexual. O valor do Alpha de Cronbach (0,830) evidencia uma consistência interna alta entre as cinco variáveis. Esse facto possibilitou a criação de uma nova variável compósita referente ao índice de concordância com a utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis. Este índice, construído a partir do cálculo da média das respostas dos inquiridos às cinco questões, tem uma amplitude de variação entre 1 (correspondente a uma total discordância) e 5 (correspondente a uma total concordância). No quadro 6 e no gráfico 4 são apresentadas as posições médias dos inquiridos face à utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis em cada um dos perfis de atitudes face aos sintomas de doença.

Quadro 5 – Nível de concordância com a utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis

	N.	Média	Desvio padrão
Indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico	9920	2,80	0,92
Indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento em função dos sintomas	17217	2,91	0,80
Indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais	8090	2,91	0,81
Indivíduos com atitude tendencialmente passiva	7916	2,73	0,90

A violação dos pressupostos da normalidade das distribuições e da igualdade de variâncias nas amostras consideradas impossibilitaram a comparação dos grupos através do teste One-way ANOVA, pelo que se recorreu à alternativa não paramétrica dada pelo teste Kruskal-Wallis. O resultado deste teste ( $\chi^2_{KW}(3) = 312,011$ ;  $p < 0,001$ ) permite concluir que existem diferenças estatisticamente significativas em, pelo menos, um dos quatro grupos relativamente ao nível de concordância com a utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis.

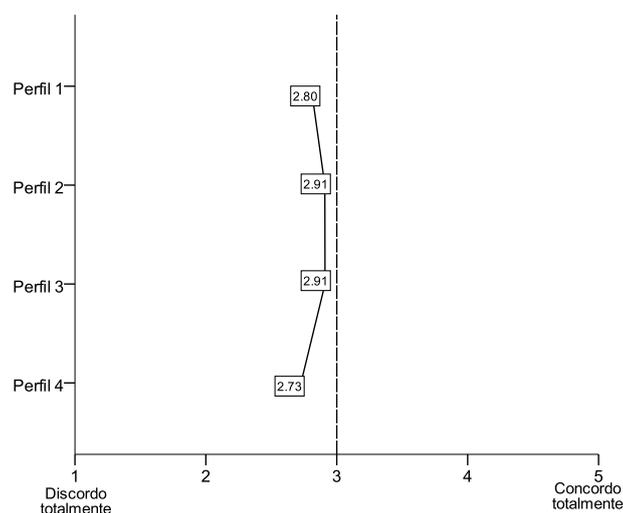


Gráfico 4 – Nível médio de concordância com a utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis em cada perfil de atitudes<sup>iii</sup>

Para identificar os pares de médias estatisticamente diferentes, realizou-se o teste de comparações *a posteriori* Games-Howell. Os resultados do teste levaram à identificação de diferenças estatisticamente significativas entre todos os grupos, à exceção dos perfis constituídos por ‘indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento’ [perfil 2] e por ‘indivíduos que privilegiam o recurso a contactos informais’ [perfil 3] (Games-Howell;  $p=0,999$ ). Estes dois perfis são os menos desfavoráveis à utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis, apresentando ambos uma média de 2,91 no índice criado. De seguida, encontram-se os indivíduos que recorrem exclusivamente ao aconselhamento médico [perfil 1], com uma média de 2,80, e os indivíduos cuja atitude é tendencialmente passiva [perfil 4], com um nível de concordância médio de 2,73, numa escala que varia entre 1 e 5. Os resultados obtidos revelam uma propensão, ainda que pouco acentuada, para a discordância na utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis. Apesar das diferenças estatisticamente significativas verificadas entre alguns dos grupos em análise, estas são, na realidade, pouco expressivas.

Como se pode constatar pela consulta do gráfico 5, o recurso a medicamentos naturais é, na generalidade, pouco frequente, embora seja possível aferir que se trata de uma prática mais comum entre os indivíduos com atitude tendencialmente passiva, aos quais se seguem os indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento. A realização do teste Kruskal-Wallis permite identificar diferenças na distribuição em, pelo menos, um dos quatro grupos considerados ( $\chi^2_{KW}(3) = 483,769$ ;  $p < 0,001$ ). A comparação múltipla da média das ordens assinala as diferenças entre todos os perfis considerados, à exceção dos perfis constituído por aqueles que diversificam a fonte de aconselhamento e aqueles que revelam uma atitude tendencialmente passiva ( $p=0,065$ ), grupos entre os quais as diferenças não são significativas. Dos quatro grupos considerados destaca-se o perfil dos indivíduos que recorre invariavelmente ao aconselhamento médico pela menor frequência de utilização deste tipo de medicamentos, comparativamente aos restantes grupos.

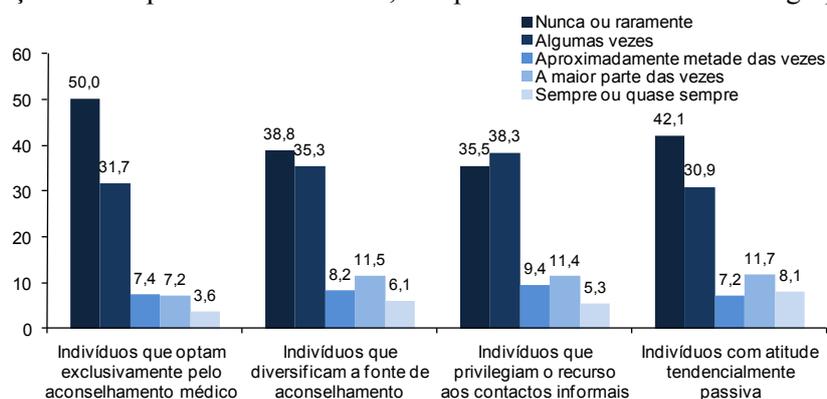


Gráfico 5 – Distribuição relativa da frequência de utilização de medicamentos naturais em cada um dos perfis de atitudes (valores em percentagem)

Relativamente à preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos, sobressai, em todos os perfis considerados, uma predominância para a confiança nestes produtos. Os diferentes perfis apresentam uma distribuição de frequências relativamente semelhante, embora o teste Kruskal-Wallis identifique diferenças na distribuição em, pelo menos, um dos quatro grupos considerados ( $\chi^2_{KW}(3) = 304,652; p < 0,001$ ). O recurso ao teste Games-Howell permite identificar o perfil dos indivíduos com uma atitude privilegiadora do recurso aos contactos informais como o único que se distingue de todos os outros. De acordo com o gráfico 6, estes indivíduos apresentam uma maior despreocupação relativamente a eventuais efeitos secundários associados ao consumo de medicamentos. De facto, apenas 25,9% afirmam ter preocupações em mais de metade das vezes.

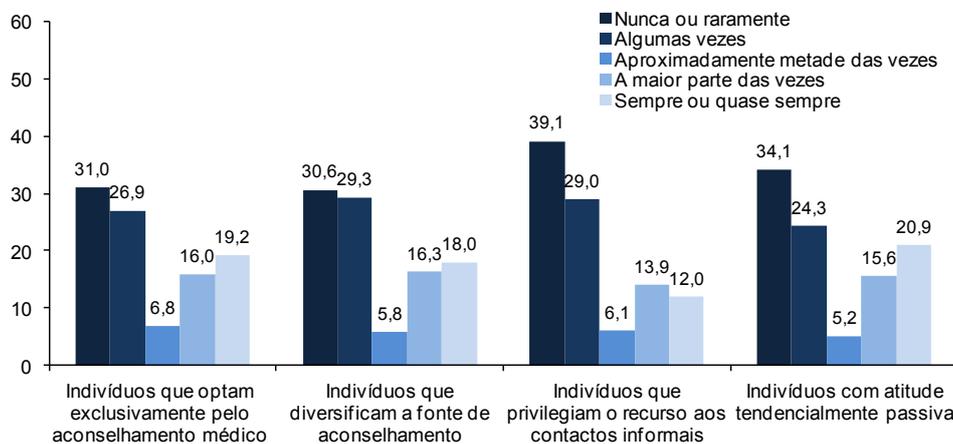


Gráfico 6 – Frequência com que se preocupa com os efeitos secundários dos medicamentos, quando prescritos, em cada um dos perfis de atitudes (valores em percentagem)

O gráfico 7 dá conta da preferência por medicamentos receitados pelos médicos. Como se pode verificar, os indivíduos que recorrem exclusivamente ao médico enquanto fonte de informação revelam uma clara preferência por medicamentos prescritos pelo médico (79,6% afirma fazê-lo em mais de metade das vezes). Este perfil contrasta com os indivíduos que têm uma atitude privilegiadora do recurso aos contactos informais, grupo em que essa preferência é menos acentuada. O teste Kruskal-Wallis identifica diferenças na distribuição em pelo menos um dos grupos considerados ( $\chi^2_{KW}(3) = 1327,372; p < 0,001$ ). Através da realização do teste Games-Howell percebemos que a diferença das distribuições apenas não é estatisticamente significativa entre os indivíduos que diversificam as fontes de informação e os indivíduos com uma atitude tendencialmente passiva ( $p=0,123$ ).

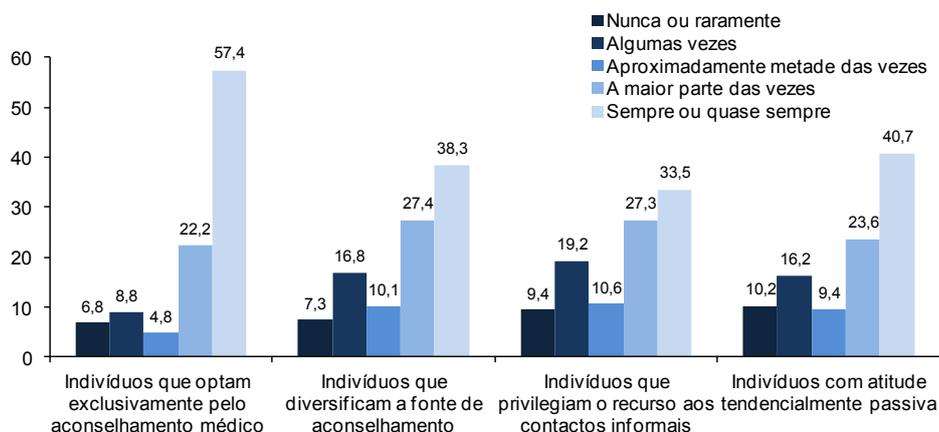


Gráfico 7 – Frequência com que prefere medicamentos receitados pelo médico em cada um dos perfis de atitudes face aos sintomas de doença (valores em percentagem)

No que se refere às práticas de automedicação, a observação do gráfico 8 mostra que não são muito frequentes. Constatam-se, no entanto, diferenças estaticamente significativas em pelo menos um dos grupos

( $\chi^2_{KW}(3) = 446,812; p < 0,001$ ). Os testes de comparações *a posteriori* Games-Howell e Dunnett's C identificam diferenças significativas entre todos os perfis, à exceção do par constituído pelos indivíduos que recorrem exclusivamente ao aconselhamento médico e indivíduos com atitude tendencialmente passiva face aos sintomas. Estes dois grupos apresentam maiores reticências quanto ao consumo de medicamentos receitados para outra pessoa.

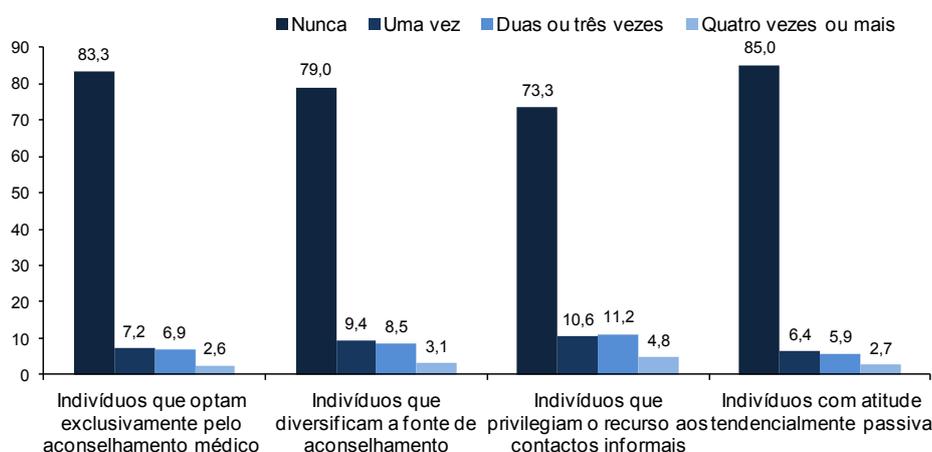


Gráfico 8 – Distribuição relativa do número de vezes, nos últimos 5 anos, que consumiu medicamentos receitados para outra pessoa em cada um dos perfis de atitudes

Os dados apresentados anteriormente permitem caracterizar e diferenciar cada um dos perfis de comportamento face aos sintomas de doença relativamente às atitudes sobre os medicamentos. Assim, no que diz respeito aos indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico quando em face de sintomas de doença, estes apresentam práticas de automedicação pouco expressivas, dando clara preferência a medicamentos prescritos pelo médico. O recurso a medicamentos naturais é menos frequente neste grupo quando comparado com todos os outros.

O perfil constituído por indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento é marcado por posições intermédias em relação às diferentes questões consideradas. As práticas de automedicação, não sendo expressivas, são relativamente elevadas quando comparadas com as dos restantes grupos. Evidenciam, porém, um nível moderadamente elevado de preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos.

Os indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais constituem o perfil com maior frequência de práticas de automedicação, manifestando uma menor preocupação com os efeitos secundários dos medicamentos e níveis relativamente baixos de preferência por medicamentos receitados pelo médico.

Entre todos os perfis considerados, os indivíduos com atitude tendencialmente passiva perante os sintomas de doença são os que mais reticências levantam quanto ao consumo de medicamentos. Apresentam práticas de automedicação pouco expressivas e encontram-se entre os que mais se preocupam com os efeitos secundários dos medicamentos.

### 3. Atitudes face ao processo de cura

Na análise das atitudes face ao processo de cura, recorremos a seis questões incluídas no questionário. Cada uma das questões consistia numa proposição relativa ao processo de cura, sendo solicitado aos inquiridos que identificassem o grau de concordância com cada uma delas. A escala utilizada na aferição do grau de concordância era de tipo Likert com cinco itens, variando entre as posições “discordo totalmente” e “concordo totalmente”.

O tratamento dos resultados obtidos fez-se com base no recurso à Análise de Componentes Principais (ACP), usualmente utilizada para resumir os dados, agregando variáveis que estão correlacionadas, e para identificar estruturas de pensamento, percebendo quais as dimensões analíticas inerentes ao conjunto das variáveis consideradas.

A avaliação dos requisitos subjacente à realização da ACP, nomeadamente o valor da estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,572), e o resultado do teste de Barlett ( $\chi^2 = 12562,086$   $p < 0,001$ ) permitiram concluir que a adequabilidade dos dados se encontra dentro dos limites mínimos de razoabilidade para a utilização desta técnica estatística.

A solução ótima encontrada revelou uma estrutura de respostas a três fatores, sendo a variância total explicada pelo modelo de 63,6%, com a configuração que consta no quadro 6. A primeira dimensão reporta-se ao processo de autocura, ou à capacidade regenerativa do organismo face aos desequilíbrios fisiológicos. A segunda dimensão diz respeito às expectativas nas virtualidades do medicamento enquanto meio de gestão dos desequilíbrios do corpo e do restabelecimento da saúde. A terceira dimensão corresponde à confiança no médico enquanto ator determinante no processo de cura.

Quadro 6 – Fatores que influenciam as atitudes face ao processo de cura (via Análise de Componentes Principais – utilizando o método de rotação Varimax com normalização Kaiser)

	Componentes		
	Autocura	Medicamento	Médico
Quando se tem doenças como uma simples constipação, as pessoas podem curar-se a si próprias	<b>,742</b>	-,116	,040
As pessoas confiam muito mais nos seus médicos do que em si próprias para se manterem saudáveis	<b>,683</b>	-,012	,116
A maior parte das doenças cura-se por si própria	<b>,673</b>	,140	-,298
Quando as pessoas têm a certeza do medicamento que precisam, o seu médico devia simplesmente passar-lhes a receita	,143	<b>,790</b>	,007
Sinto-me um pouco desapontado(a) quando saio do consultório médico sem uma receita	-,172	<b>,774</b>	-,055
O melhor é seguir as indicações dos médicos	,007	-,024	<b>,965</b>
Variância explicada	25,3%	20,9%	17,3%

Utilizando os *scores* fatoriais obtidos em cada uma das dimensões identificadas, ensaiou-se o cruzamento entre o universo de referências relativo ao processo de cura e os diferentes perfis de comportamento face aos sintomas de doença, traçados anteriormente. O resultado desta análise encontra-se representado no gráfico 9. A análise de comparação entre grupos, com recurso ao teste Kruskal-Wallis e aos testes de comparações *a posteriori* Games-Howell e Dunnett's C, detetou diferenças estatisticamente significativas entre quase todos os grupos considerados na distribuição de cada uma das dimensões extraídas na Análise de Componentes Principais<sup>iv</sup>. A única exceção a esta tendência reside na dimensão relativa ao nível de confiança no médico durante o processo de cura, em que as diferenças, verificadas entre o grupo constituído por indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento e o grupo constituído por indivíduos com atitude tendencialmente passiva, não são significativas ( $p=0,109$ ).

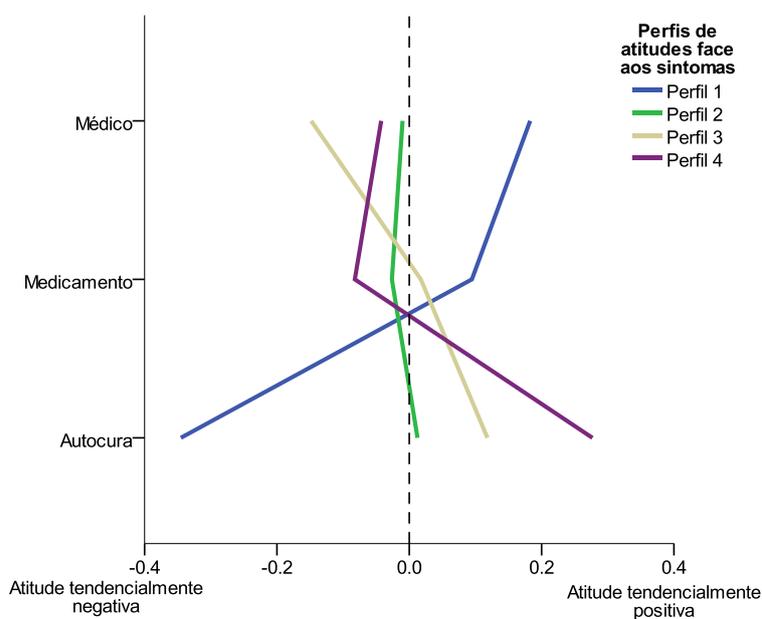


Gráfico 9 – Grau de importância atribuída em cada dimensão do processo de cura pelos diferentes perfis de atitudes face aos sintomas de doença

A análise do gráfico 9 permite perceber que os indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico [perfil 1] desvalorizam o processo de autocura privilegiando, em contrapartida, a importância do médico e, ainda que em menor grau, do medicamento no processo de cura. Subjacente a este perfil parece estar uma forte confiança nos resultados da prática médica no restabelecimento da saúde.

O segundo perfil, correspondente aos indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento, apresenta uma posição muito equilibrada em cada uma das três dimensões. Apesar disso, verifica-se uma tendência para a valorização da autocura e a desvalorização, ainda que ténue, das restantes dimensões.

Os indivíduos que preferem os contactos informais [perfil 3] são, entre todos os perfis considerados, quem mais desvaloriza o papel do médico no processo de cura, demonstrando uma valorização das outras dimensões, com particular relevância para a autocura.

No que diz respeito aos indivíduos com atitude tendencialmente passiva [perfil 4], estes registam uma forte valorização do processo de autocura, que contrasta com a desvalorização, não só da imagem do médico enquanto ator interveniente no processo de cura, mas sobretudo das potencialidades do medicamento.

#### 4. Perceção da relação médico/paciente

Para proceder à avaliação da perceção dos inquiridos quanto à relação que se estabelece entre médico e paciente, foi utilizada uma bateria de seis proposições enquadradas no questionário, relativamente às quais foi solicitada a indicação da frequência da sua ocorrência. Para tal foi utilizada uma escala de tipo Likert de cinco itens, variando entre 1, correspondente a “nunca ou raramente”, e 5, correspondente a “sempre ou quase sempre”<sup>v</sup>.

A interpretação dos dados fez-se com base no recurso à Análise de Componentes Principais (ACP). A avaliação dos requisitos para a realização desta técnica estatística, designadamente o valor da estatística Kayser-Meyer-Olkin (0,631) e o resultado do teste de Bartlett ( $\chi^2 = 16519,336$   $p < 0,001$ ), permitiu inferir a adequabilidade dos dados.

Os resultados da ACP conduziram à identificação de três fatores, sendo a variância total explicada pelo modelo de 64,1%, como se pode verificar no quadro 7. O primeiro fator reporta-se à distância da relação médico/paciente, polarizada pelos extremos das conceções do afastamento e da proximidade da relação. Como determinantes da gradação desta dimensão encontramos o envolvimento proactivo do paciente no

processo de cura e a questão da diferença de estatuto entre os atores intervenientes na relação. O segundo fator remete para a questão da comunicação, sendo esta determinada, sobretudo, pela maior ou menor possibilidade dada pelo médico à ocorrência do processo de comunicação, e pela maior ou menor percepção, por parte do paciente, da linguagem usada pelo médico. O terceiro fator surge associado, em particular, à percepção da apropriação e da partilha da verdade por parte do médico, o que nos conduz à questão da sinceridade.

Quadro 7 – Fatores que influenciam a percepção da relação médico/paciente (via Análise de Componentes Principais – utilizando o método de rotação Varimax com normalização Kaiser)

	Componentes		
	Distância	Comunicação	Sinceridade
Antes de tomarem uma decisão sobre o tratamento a seguir, os médicos conversam sobre isso com os pacientes	<b>,777</b>	,021	,099
Os médicos clínicos gerais/médicos de família tratam os pacientes como seus iguais	<b>,757</b>	,122	,115
Os médicos estão dispostos a admitir os seus erros aos pacientes	<b>,623</b>	,028	-,109
Os médicos inibem os pacientes de fazer as perguntas que gostariam	,023	<b>,793</b>	,079
Os médicos usam palavras ou expressões que os pacientes têm dificuldade em entender	,101	<b>,776</b>	,059
Os médicos escondem toda a verdade aos seus pacientes	,048	,123	<b>,979</b>
Variância explicada	26,3%	21%	16,7%

A configuração do referencial simbólico relativo à relação médico/paciente em cada um dos perfis de atitudes face aos sintomas de doença está representado no gráfico que a seguir se apresenta<sup>vi</sup>. No que se refere à percepção que cada um dos perfis tem relativamente à distância da relação médico/paciente, verificamos, através da realização do teste de Kruskal-Wallis, que existem diferenças estatisticamente significativas em pelo menos um dos grupos ( $\chi^2_{KW} (3) = 32,158; p < 0,001$ ). Os testes de comparações *a posteriori* Games-Howell e Dunnett's C apenas identificam diferenças estatisticamente significativas entre os indivíduos com atitude tendencialmente passiva face aos sintomas de doença [perfil 4] relativamente a todos os outros perfis de atitudes. Como se encontra patente no gráfico, os indivíduos com este perfil evidenciam uma perspetiva de maior distanciamento entre o paciente e o médico. Em contraposição, todos os outros grupos possuem uma imagem de maior proximidade.

Quanto ao processo de comunicação estabelecido entre médico e paciente, o resultado do teste Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (3) = 128,298; p < 0,001$ ) confirma diferenças estatisticamente significativas em pelo menos um dos grupos. A realização dos testes de comparações *a posteriori* Games-Howell e Dunnett's C permite perceber diferenças significativas dos indivíduos que privilegiam o recurso a contactos informais relativamente aos restantes grupos. De todos os perfis, este é o que atribui uma conotação mais negativa à representação social do processo de comunicação médico/paciente. Em contraste com o grupo anterior encontram-se os indivíduos que recorrem exclusivamente ao médico [perfil 1], que se distinguem significativamente de todos os outros grupos, e que perspetivam, de forma marcadamente positiva, o processo de comunicação. Os indivíduos que diversificam a fonte de informação [perfil 2] e com atitude tendencialmente passiva [perfil 4], distinguindo-se dos outros perfis, apresentam semelhanças entre si ( $p = 0,531$ ) na conceção mais moderada do processo de comunicação.

No que diz respeito à percepção da apropriação e da partilha da verdade por parte do médico, o resultado do teste Kruskal-Wallis ( $\chi^2_{KW} (3) = 42,346; p < 0,001$ ) identifica diferenças significativas em pelo menos um dos grupos em análise. As diferenças significativas identificadas, através dos testes de comparações *a posteriori*

Games-Howell e Dunnett's C, verificam-se nos indivíduos com atitude tendencialmente passiva [perfil 4] relativamente a todos os outros grupos. Estes indivíduos manifestam uma maior desconfiança em relação à sinceridade dos médicos. As diferenças existentes entre todos os outros grupos não são estatisticamente significativas.

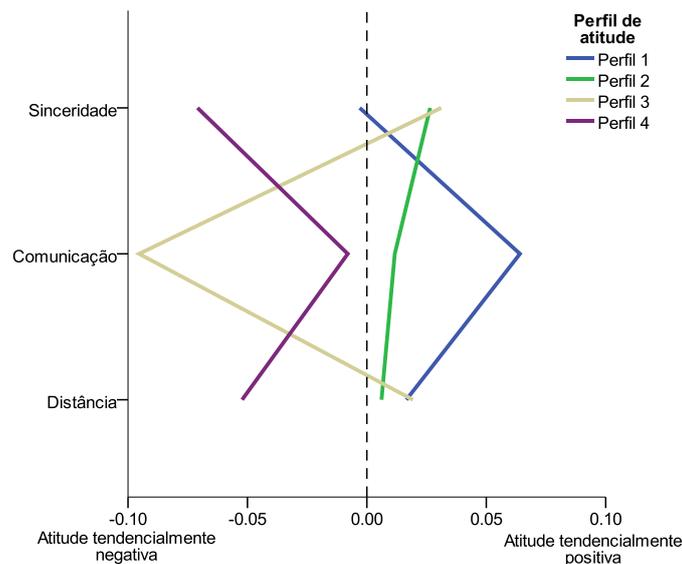


Gráfico 10 – Grau de importância atribuída a cada componente da relação médico/paciente pelos diferentes perfis de atitudes face aos sintomas de doença

## 5. Conclusão

Definimos uma tipologia de atitudes face aos sintomas de doença, constituída por quatro grupos, com base nos resultados do *European Social Survey*. As análises realizadas confirmaram que as diferenças de atitude correspondem a diferentes universos de referência relativamente à idealização do processo de cura e à conceptualização da relação médico/paciente.

Assim, no que diz respeito ao perfil constituído por indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico, os resultados obtidos revelam que estes valorizam, sobretudo, o papel do médico e as propriedades dos medicamentos no processo de cura, desvalorizando, de forma acentuada, a capacidade autorregenerativa do organismo. Na conceção da relação médico/paciente, evidenciam facilidade na comunicação e proximidade no estatuto dos atores envolvidos.

Trata-se de um comportamento indiciador da interpretação do corpo e dos seus “sinais” organizada exclusivamente sob o referencial médico e esvaziada de qualquer racionalidade não médica. Apesar de não se dispor de informação adicional que justifique um comportamento tão direcionado, este poderá refletir situações de sobrevalorização da importância dos sintomas referidos e situações de incapacidade e de *deficit* de conhecimento para a interpretação dos sintomas. Independentemente da sua justificação, trata-se, claramente, de um comportamento fortemente influenciado pelo modelo biomédico de conceção da doença e assente na ideia da medicina como único recurso válido e capaz de recuperar o equilíbrio do corpo. O comportamento destes indivíduos sugere uma conceção da reabilitação dependente da intervenção ou prescrição médica, o que representa uma aproximação às conceções mecânicas do corpo e à eficácia da medicina e da tecnologia médica.

Os indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento quando em face de sintomas de doença constituem um perfil marcado por posições intermédias relativamente às diferentes questões consideradas. Este é um perfil moderado nas posições e atitudes evidenciadas relativamente a todas as dimensões consideradas neste estudo. Ao nível do processo de cura, atribuem o mesmo grau de importância às capacidades do médico, às propriedades do medicamento e à capacidade regenerativa do organismo. O mesmo se verifica na perceção da relação estabelecida entre médico e paciente, a qual é marcada por níveis

semelhantes de relevância na percepção da distância entre os atores, na facilidade de comunicação e na partilha de informação.

Neste perfil, o médico constitui a principal referência em termos de recurso face aos sintomas de doença. No entanto, há espaço para outras fontes de suporte, significando um universo mais amplo de referências simbólicas na interpretação do corpo, quando comparado com o perfil anterior. Os dados disponíveis não permitem a caracterização destas referências, porém as atitudes destes indivíduos evidenciam uma maior autonomia face ao monopólio de saberes dos profissionais de medicina. A ilustrar esta tendência encontramos o elevado recurso destes indivíduos ao farmacêutico, indiciador de uma procura do acesso ao tratamento, dispensando a mediação do médico. Trata-se de um comportamento que se insere na tendência de desmonopolização do saber sobre o medicamento referida por Lopes (2004). Esta tendência está associada a uma crescente generalização e democratização do acesso à informação, quer por via dos meios de comunicação emergentes, como a internet, quer por via da própria informação escrita que geralmente acompanha os medicamentos.

Relativamente aos indivíduos que, face aos sintomas de doença, privilegiam os contactos informais, constatámos que as atitudes evidenciadas no processo de cura passam pela confiança na capacidade de autocura e nas propriedades dos medicamentos. Em termos comparativos, este grupo, entre todos os considerados, é o único que desvaloriza o papel do médico no processo de recuperação. Na relação médico/paciente percebem uma proximidade e uma partilha de informação entre os atores envolvidos. Em contraposição, evidenciam dificuldades no processo de comunicação.

Estes indivíduos desviam-se da lógica de intervenção médica, na medida em que parecem desconfiar do sistema pericial centrado no papel do médico, mas aproximam-se da lógica da medicalização da doença, dado que colocam elevadas expectativas na medicação. Com efeito, este é o perfil com maior frequência de práticas de automedicação e níveis mais baixos de preferência por medicamentos receitados pelo médico, práticas que denotam a fuga à legitimidade do controlo da prescrição por parte do médico.

Os indivíduos que adotam uma atitude tendencialmente passiva apresentam grande confiança na capacidade autorregenerativa do organismo na recuperação dos desequilíbrios fisiológicos e subestimam o papel dos medicamentos nesse processo. A percepção que têm da relação médico/paciente é marcada, em especial, pelo distanciamento entre os intervenientes e pela ocultação da informação por parte do médico. A visão otimista acerca do potencial de autocura do organismo humano surge, neste grupo, acompanhada pela rejeição dos modelos médicos de “doença-cura” e é identificável pela resistência farmacológica e por um nível relativamente elevado, em comparação com os outros perfis, de consumo de medicamentos naturais. Como refere Lopes (2001), a resistência farmacológica é, hoje, composta por diferentes racionalidades. Neste caso concreto, o desconhecimento dos contextos da ação confere às práticas deste perfil uma certa instabilidade de sentido, podendo ser encaradas, simultaneamente, como pré e pós-modernas.

## **Bibliografia**

- Abdelmalek, Ali; Gerárd, Jean-Luis (1999). *Ciências humanas e cuidados de saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Calnan, Michael (1983). Managing ‘minor’ disorders: pathways to a hospital accident and emergency department, *Sociology of Health and Illness*, vol. 5, n.º 2, 149-167.
- Campbell, Stephen; Roland, Martin (1996). Why people consult the doctor?. *Family Practice*, vol. 13, n.º 1, 75-83.
- Duarte, Susana (2002). *Saberes de saúde e de doença: porque vão as pessoas ao médico?*Coimbra: Quarteto Editora.
- Hammond T.; Clatworthy, J.; Horne, R. (2004), Patients’ use of GPs and community pharmacists in minor illness: a cross-sectional questionnaire-based study, *Family Practice*, vol. 21, n.º 2, 146-149.
- Hespanha, Maria (1987). O corpo, a doença e o médico, *Revista Critica de Ciências Sociais*, n.º 23, 195-210.

- Little, Paul et al. (2001). Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults, *British Journal of General Practice*, n.º 51, 987-994.
- Lopes, Noémia (2001). Automedicação: algumas reflexões sociológicas, *Sociologia Problemas e Práticas*, n.º 37, 141-165.
- Lopes, Noémia (2004). Automedicação: as encruzilhadas sociológicas, *Contextos de Sociologia*, n.º 3, 60-67.
- Maroco, João (2007). *Análise estatística com a utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Porteous, T. et al. (2006). Preferences for self-care or professional advice for minor illness: a discrete choice experiment, *British Journal of General Practice*, n.º 57, 911-917.
- Punamaki, R.; Kokko, S. (1995). Reasons for consultation and explanations of illness among Finnish primary-care patients, *Sociology of Health & Illness*, vol. 17, n.º 1, 42-64.
- Weiss, Gregory; Lonnquist, Lynne (2006). *The sociology of health, healing, and illness*. Pearson Prentice Hall.
- Zola, I. (1973). Pathways to the doctor – from person to patient, *Social Science and Medicine*, n.º 7, 677-689.

---

<sup>i</sup>Módulo rotativo Saúde e Prestação de Cuidados do *European Social Survey* Round 2 (2004/2005).

<sup>ii</sup> Os países incluídos no estudo são: Alemanha; Áustria; Bélgica; Dinamarca; Estónia; Eslovénia; Eslováquia; Espanha; Finlândia; França; Grécia; Holanda; Hungria; Irlanda; Islândia; Itália; Luxemburgo; Noruega; Polónia; Portugal; Reino Unido; República Checa; Suécia; Suíça; Turquia e Ucrânia.

<sup>iii</sup> Perfil 1 – Indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico; Perfil 2 – Indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento em função dos sintomas; Perfil 3 – Indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais; Perfil 4 – Indivíduos com atitude tendencialmente passiva.

<sup>iv</sup> Resultados do teste Kruskal-Wallis: i. dimensão ‘processo de autocura’ ( $\chi^2_{KW}(3) = 1933,044; p < 0,001$ ); ii. dimensão ‘propriedades do medicamento’ ( $\chi^2_{KW}(3) = 145,821; p < 0,001$ ); iii. dimensão ‘confiança no médico’ ( $\chi^2_{KW}(3) = 579,206; p < 0,001$ ).

<sup>v</sup> Para facilitar a interpretação dos dados foi invertida a codificação das escalas de algumas das proposições de forma a colocar o seu significado no mesmo sentido.

<sup>vi</sup> Para a elaboração do gráfico utilizaram-se os *scores* fatoriais obtidos em cada uma das dimensões identificadas.