



A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E SEU IMPACTO NOS ITINERÁRIOS DE SAÚDE/DOENÇA

Júlia Maria Guilherme Ribeiro Antunes

Médica e Médica Dentista
Instituto Superior de Ciências da Saúde
Assistente

Rua das Searas, 47
2790-151 Carnaxide
Portugal

Telefone: +351 917263741
julia@antunes.net

RESUMO

A Prevenção Quaternária, representa hoje fundamentalmente uma estratégia para lidarmos com alguns problemas que estão presentes na nossa sociedade, instalados na nossa cultura e que envolvem profissionais de variados sectores da actividade médica. Assim, a Medicalização da vida diária é uma realidade cada vez mais importante que no limite só nos pode colocar a seguinte questão: ainda existem Humanos saudáveis e onde estão? A Farmacologização acompanha o anterior processo, e de tal forma, que consulta médica que acabe sem medicamentos receitados, não é consulta! Resta sempre a tentativa da Automedicação! É tempo dos profissionais pensarem em comorbilidades, iatrogenia, mesmo em efeitos adversos dos medicamentos, até porque os actuais problemas económicos convidam a pensar bem onde colocamos os recursos disponíveis.

Para compreendermos, entre outros, as práticas de saúde de jovens e as suas representações sociais acerca da saúde, foi desenvolvido um estudo exploratório, utilizando um questionário aplicado a universitários, do qual se apresentam alguns resultados neste trabalho.

Como corolário da *democratização* das doenças e das suas complexidades, encontramos a Prevenção Quaternária que talvez venha a ser para os jovens a herança que poderá iniciar uma nova Cultura nos itinerários de saúde/doença.

Palavras chave: Prevenção Quaternária, Medicalização, Automedicação.



A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E SEU IMPACTO NOS ITINERÁRIOS DE SAÚDE/DOENÇA

Saúde e doença não são estados estanques, isolados ou aleatórios, às vezes a linha que os separa é quase “virtual”, e em qualquer momento, podemos passar a fronteira em qualquer dos sentidos, sem de tal facto termos conhecimento objectivo. Estes conceitos têm evoluído ao longo do Tempo contextualizados com diferentes momentos históricos e dizem respeito a todos nós. Actualmente assistimos a uma proliferação de “factores de risco” e de “diagnósticos” nunca vista, sendo os mais simples incómodos da vida diária alvo de medicalização. Porque se tornaram “doentes” as nossas sociedades? Onde estão as pessoas saudáveis? Como explicar a longevidade crescente das sociedades actuais, já que as doenças e /ou problemas de saúde aumentam vertiginosamente? Poderemos tratar “factores de risco” como se de verdadeiras doenças se tratasse? Que informação e quem deve estar mais informado? Jovens, adultos ou idosos? Quem pode mais facilmente mudar comportamentos? Que novos impactos teremos na saúde, educação e qualidade de vida das pessoas com a “democratização” das doenças? A prevenção quaternária procura dar resposta a estas questões.

Nas sociedades ditas desenvolvidas, o papel do Estado Providência parece definitivamente esgotado perante uma população com uma esperança média de vida impensável há poucos anos atrás. Assim novos paradigmas de saúde são necessários rapidamente encontrar, de forma a resolver os problemas de financiamento, medicalização/farmacologização, iatrogenia, prevenção, equidade entre outros.

A investigação em prevenção quaternária poderá contribuir para a sua implementação amanhã, no dia-a-dia da vida de milhões de pessoas, contribuindo para resolver alguns dos problemas acima referidos.

A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

A prevenção quaternária relaciona-se com a iatrogenia e constitui actualmente o nível mais elevado de prevenção, encerra em si a controvérsia clássica do “*heal or to harm?*” Na verdade ninguém quer causar dano, mas a verdade é que da prática clínica podem resultar desde simples incómodos até complicações capazes de por em causa a vida humana.

A prevenção quaternária, 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 diagnosticos e terapêuticos (Gérvás 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*” (Gotzssche, 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 éticamente aceitáveis.

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



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

O SIMBOLISMO SOCIAL DOS MEDICAMENTOS

O medicamento é o resultado do desenvolvimento da moderna medicina científica e da farmacologia moderna que despontaram no séc.XIX. Constituído a solução racional para os problemas de saúde, a sua popularidade e o seu uso generalizaram-se rapidamente. No entanto o medicamento não evitou o recurso a outras metodologias de tratamento, antes “acrescentou-se” como elemento do inconsciente colectivo representa, a cura para a doença. Neste mundo globalizado onde as fronteiras vão sendo abolidas, indiferente a hábitos, culturas e civilizações, parece também ser popular o medicamento, não só pelas suas propriedades farmacodinâmicas eficazes, mas também pelo simbolismo profundo, dito de outra forma, os medicamentos deixaram de constituir um conjunto de propriedades químicas para se transformarem em objectos sócio-técnicos (Pignarre, 1997).

O termo grego original para medicamento é “*pharmacom*” significando simultaneamente, remédio, veneno e sedução mágica (Montagne, 1988). Aparece assim como um objecto ambíguo integrando o bem e o mal, o remédio e o veneno, a cura e a morte. Com o decorrer do tempo, o aperfeiçoamento científico e tecnológico, as virtudes destacam-se dos efeitos maléficos, sem contudo apagar totalmente nas representações sociais dos medicamentos, a ambiguidade no que diz respeito aos seus efeitos. A indústria farmacêutica introduziria o termo “*medicines*” para substituir o antigo termo “*drugs*” e assim anular o seu sentido negativo (Montagne, 1988). Estes meios terapêuticos “*mágicos*” aparecem assim com uma imagem dupla. Desdobram-se entre benefícios e perigos (Morgan, 1996) o que viria a ser designado por Montagne de “*metaforas conflituantes*” (conflicting metaphors).

São estas “*metaforas conflituantes*” particularmente os seus aspectos mais obscuros, aqueles que se relacionam com o perigo, que têm legitimado o controlo médico acerca do acesso a medicamentos, transformando-se numa referência culturalmente assimilada. Isto não invalida que determinadas representações sociais se apropriem dos medicamentos à margem do controle médico redesenhando novos simbolismos dos seus benefícios e da sua inocuidade. Como sublinha Montagne, o mesmo medicamento pode ser alvo de diferentes metáforas em diferentes contextos sociais temporais.

Van deer Geest & White (1989), demonstraram que uma das propriedades dos medicamentos, que os distingue de outras formas de tratamento, é o seu carácter concreto, materializam-se em substâncias nas quais o tratamento é objectivado, possibilitando a cura ou alívio. Então os medicamentos comportam em si o “*poder*” de tratar, o que não sucede com outros processos terapêuticos. Numa cirurgia o sucesso depende em boa parte do cirurgião, e não do material cirúrgico que, à partida, é adequado. Assim o medicamento como que se “*autonomiza*” do prescritor exercendo o seu efeito independentemente de quem o prescreve. Esta ênfase no medicamento não esquece a importância do “*efeito do prescritor*” na construção social da eficácia do medicamento (Balint, 1998). Aqui pretende-se realçar que a autonomização possibilita o efeito “*individualização ou privatismo*” concedendo diversas modalidades de acesso e uso de medicamentos. Os efeitos de “*individualização ou privatismo*” possibilitam, assim, o acesso a tratamentos sem a necessidade de mediação do médico. Outro factor concordante, constitui-se na bula, ou informação escrita que acompanha os medicamentos. Esta remove a autoridade do saber aqueles que produziram ou prescreveram o medicamento, tornando-se o conhecimento acessível a quem tem o medicamento.

Os medicamentos permitem ainda outros níveis de instrumentalização como evitar deslocar-se a consulta médica, confidencialidade de dados e conseqüente privacidade acerca de um problema de saúde, finalmente o monopólio dos profissionais vacila: os indivíduos tratam-se a si mesmos!

Outra particularidade simbólica dos medicamentos é o seu efeito de “*metonímia*” entendido este, como o efeito da substituição do todo pela parte.

Este efeito de metonímia engloba o significado da prescrição terapêutica. Esta representa um elo entre o paciente e o médico, demonstra bem o interesse deste em o tratar e assegurar a sua confiança (Van deer Geest & White, 1989). Outra característica simbólica diz respeito à “*ergonomia social*” dos medicamentos: as formas de apresentação proporcionam fácil utilização, habitualmente são



A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E SEU IMPACTO NOS ITINERÁRIOS DE SAÚDE/DOENÇA

comprimidos ou xaropes; os manipulados já são pouco utilizados. Assim podem ser rapidamente ingeridos em qualquer lugar, em total privacidade.

A verdade é que os medicamentos têm sido alvo de popularidade crescente obrigando os países a gastar uma fatia cada vez maior do seu PIB e conduzindo a situações, no mínimo, curiosas: actualmente em Inglaterra os medicamentos novos são financiados pelos utentes!

A MEDICALIZAÇÃO

Este conceito visa designar a crescente expansão da medicina para os mais variados domínios da vida social e quotidiana concretizando-se com adjudicação de situações e comportamentos que até há bem pouco tempo lhe eram completamente estranhas, o alcoolismo, a violência, a toxicod dependência, mesmo a sexualidade, a menarca, a menopausa, a andropausa. Através deste processo, a medicina tem aumentado o seu controlo social e a sua penetração no quotidiano, cada vez mais alargado com grande eficácia. 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, ainda que reelaborados nos quadros de referência popular. 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*).

Nas sociedades europeias ocidentais, a universalidade dos sistemas de saúde, 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, permitiu a progressiva transferência de todo o tipo de situações, tradicionalmente não consideradas saúde/doença, para o contacto médico assíduo e permanente. 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 pertinente e apropriada. 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 medicamentos passa a utilização banal.

É uma mudança profunda do conceito de saúde/doença, pois tradicionalmente o recurso a medicamentos foram afastando as práticas e saberes leigos: de utilização excepcional o ao medicamento definia a fronteira entre o normal e o patológico, o natural e o estranho. Existe agora uma reconfiguração 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 apropriação popular dos critérios de prescrição. As expectativas de cura ou alívio levam à medicalização dos sintomas que, se não regredem, 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 tratamentos caseiros.

A automedicação nas sociedades modernas é um subproduto do próprio sistema; inicialmente vista como prática desviante, tem vindo a pouco e pouco sendo reabilitada, embora dentro de certos limites tutelados e confinados 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



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

médico (*Dupuy e Karsenty, 1974*). Assim, a automedicação 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 automedica é quem mais vai ao médico.

A crescente medicalização nas sociedades modernas, acompanha-se de crescente automedicação sustentando alguns autores o esboçar de tendências de *desmedicalização* (*Morgan, 1996*), expressas no crescente recurso às medicinas e medicamentos alternativos, na crescente promoção e adopção de novos estilos de vida, mesmo nos debates públicos, pondo em causa a dominância médica. Trata-se da teoria do “*Healthism*”, também chamada “*Salutocracia*” (*Lowenberg & Davis, 1994*). 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.

A ideologia do “*Healthism*”, também se apresenta concentrada em ideologia médica pois, embora se afaste da teoria da etiologia específica, adopta a da causalidade múltipla centralizando o paciente isolado do contexto social em que a doença foi adquirida. 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 são usados como complemento e não como alternativa.

A CULTURA DO CORPO E OS MEDICAMENTOS

A cultura de consumo aparece no final da II guerra mundial. Novas necessidades, massificação do consumo de bens e de serviços e construção do valor simbólico de os consumir (*Agnew, 1993*), criação sempre de novas necessidades e conseqüentemente mais consumo. O consumo de massa originou a produção em massa que silenciou a retórica da sobriedade e do trabalho árduo vigente até meados do séc.XX. Agora é a dialética dos “*estilos de vida*” que se acompanham de novas necessidades e desejos. Esta é a fase do capitalismo tardio com ênfase no hedonismo, no desejo e no prazer.

A necessidade de um corpo para esforços físicos marcados foi-se esbatendo aparecendo o corpo hedonista neste caso estético, e desfrutável, elegante, com sinais de prazer e de bem estar. É um projecto em si mesmo, requer investimentos estéticos e de saúde pessoais que promovam o seu valor social. Já não é só uma dádiva da natureza, é um investimento pessoal e um veículo de prazer (*Featherstone, 1991*).

Para trás ficou o corpo instrumental, que se revestia duma concepção naturalista onde se inscrevia a deterioração física, a velhice, a fatalidade inscrita nos cromossomas de cada um.

Para a frente aparece um corpo que é um investimento em si próprio, o seu vigor é socialmente visível, exige cuidados que vão desde a cosmética, a dietética, a cirurgia, estética, as curas de rejuvenescimento (*Shilling, 1993*).

A oferta de possibilidades para eliminar o mau estar, rapidamente, chega a ser alarmante! No entanto diferenças de género, classe social, mesmo gerações no que diz respeito às práticas, podem ser reconhecidas. O corpo simbolizado em si mesmo é mais apanágio das classes médias e altas, o corpo produtivo para a subsistência e o quotidiano, das classes baixas.

Vuckovic & Nichter (1997), defendem que a intolerância ao desconforto físico se relaciona directamente com o consumo crescente de medicamentos. Expressões como “*culto do natural*” parecem não englobar o evitamento de fármacos mas sim combinações com estes nos diferentes caminhos de saúde e doença (*Cant & Sharma, 1999*).

Estão enunciadas as condições que explicam a crescente presença de medicamentos no quotidiano e também o método de prevenção mais recentemente preconizado: a prevenção quaternária. É em torno desta problemática que continua esta investigação.



A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E SEU IMPACTO NOS ITINERÁRIOS DE SAÚDE/DOENÇA

MATERIAL E MÉTODOS

Podemos definir este estudo como descritivo, transversal e exploratório. Foram utilizados dois questionários: um estruturado com vinte perguntas, criado pela autora, (Anexo I) e o segundo com oito perguntas, acerca de “*crenças sobre fármacos*” de Robert Horne et al., 1999 (Anexo II).

A unidade de observação foi “aluno de curso de Ciências da Saúde”. Neste caso responderam os alunos dos cursos de Cardiopneumologia, Radiologia, Terapia da Fala e de Fisioterapia.

O primeiro questionário (perguntas P1 a P20) foi aplicado nos meses de Julho e Outubro de 2008 a duas amostras. Na primeira amostra – que vai ser identificada daqui em diante por Q1 – foi aplicado a 167 indivíduos (A1); numa segunda amostra – identificada daqui em diante por Q2 – foi aplicado a 84 indivíduos (A2).

O segundo questionário (perguntas P21 a P28) foi apenas aplicado a estes 84 indivíduos, em Outubro de 2008, e será identificado por Q3.

O questionário, utilizado como meio de recolha de dados, foi anónimo e de fácil e rápido preenchimento, visando a recolha de três categorias de dados:

- 1 – Factos - Do domínio pessoal dos indivíduos que compõem o universo social (idade, sexo, escolaridade);
- 2 – Julgamentos subjectivos - opiniões (perguntas: 2, 9, 11, 14 e 17), atitudes (perguntas: 6, 7 e 19);
- 3 – Cognações - Nível de conhecimentos dos diversos objectos em estudo (perguntas: 1, 3, 4, 5, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 18 e 20).

Este questionário foi distribuído em sala de aula em ambiente adequado à elaboração das respostas.

Os respondentes (alunos) não apresentaram qualquer dúvida sobre o questionário e as perguntas.

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Esta amostra não é probabilística nem representativa. O conjunto de indivíduos do nosso estudo foi escolhida 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)

No quadro que segue descreve-se sucintamente as duas amostras

Amostra	Sexo	Dimensão	Idade média dos inquiridos
Q1	F	131	20.1
	M	36	21.7
	Total	167	20.5
Q2/Q3	F	24	19.5
	M	60	19.4
	Total	84	19.4

Quadro 1: Dimensão da amostra e distribuição etária por sexo



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

Neste estudo as mulheres representam 61,75% da amostra, contra 38,25% de homens. Isto é concordante com a frequência feminina cada vez maior do Ensino Superior de Ciências da Saúde. As idades femininas e masculinas são semelhantes e representativas da escolaridade que frequentam.

TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi feito com recurso ao programa de análise SPSS para Windows, versão 15.0.

Numa primeira fase foram eliminadas todas as respostas incompletas por meio de uma crítica aos dados obtidos nos dois inquéritos feitos.

As amostras obtidas foram então analisadas com vista a testar a coerência / consistência interna da estrutura de questões apresentada, tendo sido utilizado para tal o teste do alfa de Cronbach.

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.

Também foi feita uma análise no sentido de se detectarem eventuais associações das questões iniciais que pudessem identificar ou constituir novos aspectos, não considerados inicialmente, mas relevantes para a análise do problema em causa. A mesma análise dos componentes principais com rotação dos eixos foi o instrumento usado para esta análise.

FIDELIDADE DA ESCALA

Ao lançar-se um questionário, a respectiva codificação dos resultados deve ser coerente, isto é: deve encontrar-se direccionada no mesmo sentido em todas as questões.

Um dos instrumentos estatísticos que permite avaliar o grau de consistência interna das questões dos inquéritos é o teste Alfa de Cronbach. Este teste foi aplicado aos questionários utilizados e proporcionou os seguintes valores que podem considerar-se aceitáveis para estudos na área das Ciências Sociais.

Aplicação	Dimensão	Valor do Alfa
Q1	167	0,689
Q2	84	0,559
Q3	84	0,685

Quadro 2: Coeficientes Alfa de Cronbach (consistência interna)

ANÁLISE DE COMPONENTES PRINCIPAIS

Nesta investigação pretende-se identificar as questões que, do inquérito aplicado, se tornaram mais relevantes, também possíveis associações que possam eventualmente definir outros aspectos e por outro lado eliminar questões com relevância fraca para a explicação dos problemas em estudo.

Para realizar esta análise utilizou-se o método de Varimax que estuda os componentes principais, com rotação dos eixos, obtendo-se os seguintes resultados:

**A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E SEU IMPACTO NOS ITINERÁRIOS DE SAÚDE/DOENÇA****Amostra Q1 – Componentes principais**

Foram identificadas sete componentes principais que se descrevem no quadro abaixo.

Componente	Definida pelas questões	Tentativa de identificação	Eigenvalue
1	P1, P5, P9	Os cuidados médicos não causam dano	10.589
2	P2, P3, P4 (e eventualmente a P14)	A indústria farmacêutica contribui para a “epidemia de riscos”	8.907
3	P17, P18, P19	Avanços da medicina	8.684
4	P6, P12	Alternativas não farmacológicas de tratamento	8.126
5	P10 e P16	Conhecimento da prevenção quaternária	7.441
6	P13	Conhecimento da prevenção quaternária	6.475
7	P7	O papel dos líderes de opinião é importante para a medicalização	5.977

Quadro 3: Relação componentes/questões da amostra Q1

As componentes detectadas possibilitam uma explicação (medida pelo valor acumulado dos respectivos eigenvalues- última coluna do quadro acima) de mais de 50% (exactamente 56.199%). O sentido das respostas relativamente ao componente 1, significa que os inquiridos não concordam que os cuidados médicos possam causar dano. Para o componente 2, os inquiridos relacionam a indústria farmacêutica com o exagero de importância que tem sido dada aos factores de risco. Relativamente ao componente 3, os inquiridos acreditam nos avanços da medicina e na adopção de estilos de vida saudáveis. Para o componente 4, os inquiridos consideram que também existem soluções não farmacológicas que é importante conhecer. Acerca dos componentes 5 e 6 os inquiridos têm conhecimento da prevenção quaternária. Como alunos de ciências da saúde é normal que tal se verifique. Sobre o componente 7, os inquiridos reconhecem que a medicalização pode ser influenciada por líderes de opinião.

As questões P8, P11, P15 e P20 não estão referenciadas no quadro anterior porque parece não serem relevantes para o estudo, embora se possam considerar relacionadas com os aspectos de (1) promoção de auto cuidados.

Amostra Q2 – Componentes principais, 20 questões

Quando se aplicou o mesmo questionário à segunda amostra encontraram-se os resultados que se resumem a seguir

Componente	Definida pelas questões	Tentativa de identificação	Eigenvalue
1	P1, P5, P20	Os cuidados médicos não causam dano	11.146
2	P8, P9, P13	Conhecimento da prevenção quaternária	9.474
3	P4, P12, P14	Crítica velada à indústria farmacêutica	9.151
4	P7, P15	O papel dos líderes de opinião é importante para a medicalização	8.626
5	P6, P18	Alternativas não farmacológicas de tratamento	7.903
6	P1	Consciencialização à cerca da prática médica	6.792
7	P16		6.661
8	P2, P11		6.596

Quadro 4: Relação componentes/questões da amostra Q2



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

Estes componentes explicam 66,35% do total (valor acumulado da coluna dos eigenvalues)

O sentido das respostas relativamente ao componente 1, significa que os inquiridos não concordam que os cuidados médicos possam causar dano.

Sobre o componente 2, os inquiridos têm conhecimento da prevenção quaternária. Como alunos de ciências da saúde é normal que tal se verifique.

No componente 3, os inquiridos parecem estar conscientes de algumas actividades/ mensagens da Indústria Farmacêutica que incluem “*marketing do medo*” e “*a pill for every ill*”.

Sobre o componente 4, os inquiridos reconhecem que a medicalização pode ser influenciada por líderes de opinião.

Para o componente 5, os inquiridos consideram que também existem soluções não farmacológicas que é importante conhecer.

Note-se que as dimensões 6, 7 e 8 apresentam uma característica comum, referida acima.

As perguntas com fraca relevância são agora as P10, P17 e P19.

Amostra Q3 – Componentes principais, 8 questões

Para o grupo das 8 perguntas adicionais (P21 a P28) aplicadas à mesma amostra, foram encontradas apenas duas dimensões:

Componente	Definida pelas questões	Tentativa de identificação	Eigenvalue
1	P21, P25, P26, P27, P28	Ligação do médico à medicalização e surgimento de uma crítica velada a isso	32.001
2	P22, P23; P24	Medo / receio dos medicamentos	17.759

Quadro 5: Relação componentes/questões da amostra Q3

Estas componentes explicam 49,76% da dispersão total e não é de excluir nenhuma questão.

O sentido das respostas relativamente ao componente 1, significa que os inquiridos estabelecem uma relação do médico/medicalização e acreditam que com mais tempo os médicos poderiam receitar menos medicamentos.

Sobre o componente 2, os inquiridos têm consciência de que os medicamentos podem ser nocivos.

Dada a coerência apresentada pelos resultados e os resultados da análise de componentes principais julga-se ter encontrado alguns aspectos que merecem a pena ser explorados em novos estudos a desenvolver oportunamente.

DISCUSSÃO

Como estudo exploratório não lhe podemos conferir o rigor necessário para extrapolar conclusões para o universo correspondente a este grupo etário. No entanto para esta amostra de alunos universitários do primeiro ano de cursos da área de Ciências da Saúde, podemos observar 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 coerentes.

Já no que diz respeito à Indústria Farmacêutica, parecem identificá-la com actividades como o “*marketing do medo*” para fazer a promoção da doença, bem como exagerar a importância dos factores de risco para promover a medicalização, mesmo vender o produto “saúde” através de um comprimido



A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E SEU IMPACTO NOS ITINERÁRIOS DE SAÚDE/DOENÇA

para cada doença (a pill for every ill). Haverá aqui uma crítica “velada” à Indústria Farmacêutica? Provavelmente esta consciencialização relacionar-se-á com a presença dos meios de comunicação nas nossas vidas, que dia após dia nos vão apresentando, ora medos, ora críticas, ora esclarecimentos, por profissionais das áreas respectivas.

Também os avanços da medicina são amplamente reconhecidos bem como a importância da adopção de estilos de vida saudáveis. Relativamente a soluções não farmacológicas, parece haver curiosidade nesta área, o que está de acordo com as observações de outros investigadores, como Vuckovic & Nichter (1997), que realçam o recurso crescente a meios terapêuticos alternativos, no entanto coexistindo com a medicalização habitual. Parece existir uma vontade social de experimentar “tudo”, talvez porque na prática não existem soluções globais mas sim por “componentes”. Estaremos a voltar de certa forma à metáfora do relógio de Descartes, que comparou o homem doente a um relógio avariado, e um saudável a um relógio com bom funcionamento?

Há reconhecimento do papel dos líderes de opinião como modeladores dos comportamentos de medicalização. Provavelmente a pergunta utilizada, evoca uma resposta afirmativa. Em investigação posterior é necessário modificar a pergunta.

A iatrogenia e a prevenção do sofrimento relacionam-se em vários componentes da análise estatística com a prevenção quaternária, provavelmente o facto de serem estudantes da área da saúde explica estes conhecimentos.

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. Este posicionamento relacionar-se-á com o facto de serem jovens e que portanto se encontram teoricamente na fase mais saudável da Vida.

CONCLUSÕES

Não foi possível comparar resultados com estudos semelhantes porque não foram encontrados na literatura. Seria interessante futuramente, estender o estudo a outros grupos etários e fazer a respectiva análise comparativa.

Os jovens inquiridos sem diferenças de género, parecem acreditar na Medicina, relacionam a Indústria Farmacêutica com práticas que podem levar à medicalização da sociedade, reconhecem a prevenção quaternária como metodologia de prevenção da iatrogenia e do sofrimento. Perante esta visão sóbria e aparentemente aprofundada da temática em estudo, nomeadamente no que se refere à prevenção quaternária, poderemos vaticinar um impacto positivo na saúde e consequentemente na qualidade de vida destes jovens adultos.

BIBLIOGRAFIA

- Agnew, O.A. (1984). Coming-up of air: consumer culture in historical perspective. In: *Consumption and the World of Goods*, London, Routledge.
- Balint, M. (1998). O médico, o seu doente e a doença. Lisboa, Climepsi Editores.
- Blech, J. (2006). Os inventores de doenças. Porto, Ambar.
- Bodou, E. (2008). Les nouveaux paradigmes de la santé. Bruxelles, Éditions Larcier.
- 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.
- 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



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, vol.10, 3, pp. 184-189.
- 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
- Dupuy, J.P., Karsenty, S. (1974). *A invasão farmacêutica*. Lisboa, Editorial Presença.
- Epp, J. (1986). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. In: *Promooción de la salud: Una antología, Publicación Científica 557*, pp 25-36, Washington, DC, OPS
- 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.
- Fernandes, M. (2008). *A saúde também se educa*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Funès, P. (2008). *Médecin malgré moi*. Paris, Le cherche midi. Gendron.
- Gérvas J. (2006). Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención quaternária en España. *Gac Sanit 2006 Mar; 20 Supl 1*: 127-34.
- Gérvas J., Fernandez, M.P. (2003). Genética y prevención quaternária : el ejemplo de la hemacrotosis. *Aten Primaria 2003 Jul 30; 32 (3)*: 158-62.
- Gérvas J., Fernandez, M.P. (2005). Aventura y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria 2005 Feb 15; 35 (2)*: 95-8.
- Gotzsche, P.C. (2002). Commentary: Medicalisation of risk factors. *BMJ 2002 Apr 13; 324 (7342)*: 890-1.
- Jamouille, M. (2000). Quaternary prevention: prevention as you never heard before. Maloine SA.
- Lalonde, M. (1978). El pensamiento del Canadá respecto de las estrategias epidemiológicas en salud. *Boletim da Oficina Sanitária Panamericana*, 84 (3).
- 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
- Lupton, D. (1996). *Food, the body and the self*. London, Sage.
- 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.
- 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.
- Moynihan, R., Heath, I., Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ 2002 Apr 13; 324 (7342)*: 886-91.
- Pignarre, P. (1977). *Q'est-ce qu'un médicament? Un objet étrange entre science marché et société*. Paris, Editions La Découverte.
- Pita, J. R. (1996). *Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal (1772-1836)*. Coimbra, Livraria Minerva.
- Ribeiro, JLP. (2005). *O importante é a Saúde*. Fundação Merck, Sharp & Dome.
- Shilling, C. (1993). *The body and social theory*. London, Routledge.
- Terris, M. (1987). Conceptos sobre promoción de la salud: dualidades em la teoria de la salud publica. Ginebra, OMS.
- Van deer Geest, S.; White, S.R. (1989). The charm of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quaterly*, vol.3 (4), pp.345-367.
- Verweij, M. (1999). Medicalization as a moral problem for preventative medicine. *Bioethics 1999 April; 13 (2)*: 89-113.



A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E SEU IMPACTO NOS ITINERÁRIOS DE SAÚDE/DOENÇA

- Vuckovic, N.; Nichter, M. (1997). Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States. *Social Sciences & Medicine*, vol.4,n 9,,pp.1285-1302
- Williams, S.J., Calnan, M (orgs) (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.

ANEXOS

Em anexo juntam-se os questionários:

- Anexo 1 - Estudo de opiniões, atitudes e conhecimentos, acerca da Prevenção Quaternária
 Anexo 2 - Crenças e atitudes, acerca de fármacos.

Anexo 1

QUESTIONÁRIO

Este questionário, individual e anónimo, pretende conhecer opiniões, atitudes e conhecimentos de jovens estudantes na área de Ciências da Saúde acerca da “medicalização” na nossa sociedade.

Assinale com uma “X” a resposta que melhor se adapta à sua opinião pessoal.

Obrigada pela sua colaboração.

	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente
1) Todos os cuidados médicos, incluindo os preventivos, têm o potencial de criar prejuízos ao paciente.					
2) A indústria farmacêutica exagera os perigos dos factores de risco igualando-os a doenças e sintomas e assim susceptíveis de tratamento.					
3) Os cuidados médicos preventivos ou curativos podem ser excessivos e agressivos, comportando-se também como um factor de risco de doença.					
4) A indústria farmacêutica faz a promoção da doença utilizando “marketing do medo”.					
5) O médico, a medicina e o arsenal terapêutico nos tempos actuais podem representar perigo à integridade do indivíduo.					
6) O médico deve também informar sobre alternativas não farmacológicas para problemas de saúde.					



PSICOLOGÍA POSITIVA Y SUS DIFICULTADES

	Discordo Totalmente	Discordo Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente
7) A utilização de líderes de opinião é frequente na nossa sociedade, para influenciar comportamentos de medicalização.				
8) Promover capacidades pessoais para cuidar de si próprio sem ter de recorrer a cuidados preventivos e/ou curativos desnecessários constitui objectivo da prevenção quaternária.				
9) A intervenção médica excessiva é uma ameaça ao paciente que contacta com o sistema de saúde.				
10) A prevenção quaternária, ao identificar estas intervenções médicas excessivas, previne o sofrimento e a iatrogenia.				
11) Paradoxalmente, a medicina ao pretender minora/anular o sofrimento humano, nalgumas situações pode até ampliar, induzir, criar novos problemas de saúde/doenças.				
12) A redução dos limiares para iniciar uma intervenção, origina aumento de exames diagnósticos e terapêuticos, trazendo custos para o doente e sistema de saúde.				
13) A prevenção quaternária defende a máxima qualidade de cuidados médicos com o mínimo de quantidade/intervenção possível.				
14) As mensagens da indústria farmacêutica vendem o "produto saúde" através de "um comprimido para cada doença".				
15) Frequentemente atribui-se a causalidade da doença aos factores de risco, esquecendo que estes não são nem causa suficiente nem necessária para o aparecimento da doença.				
16) É difícil compreender que um terço dos cuidados médicos é desnecessário.				
17) A medicina moderna pode curar praticamente todas as doenças às pessoas que têm acesso às mais avançadas tecnologias e tratamentos.				
18) Doenças cardíacas, cancro, diabetes,... poderiam diminuir se a dieta fosse mais cuidada, o exercício físico prática mais aceite, sono adequado, relações interpessoais adequadas assim como controlo do "stress".				
19) As queixas clinicamente inexplicáveis não devem constituir motivação para medicalização desnecessária.				
20) O excesso de diagnósticos ou pseudo-diagnósticos (colite, neurose, síndrome de fadiga crónica, fibromialgia, protalgia fugaz, síndrome das pernas inquietas) pode levar a intervenção médica excessiva.				

Por favor indique:

A sua idade _____

O seu sexo _____

Distrito de naturalidade: _____

As suas habilitações literárias: _____

Curso: _____



A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA E SEU IMPACTO NOS ITINERÁRIOS DE SAÚDE/DOENÇA

Anexo 2

	Discordo Totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Totalmente
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.					

Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos

Fecha de recepción: 8 febrero 2010

Fecha de admisión: 19 marzo 2010