

O impacto da conceção de doença nas atitudes e práticas de consumo de medicamentos¹

The impact of the disease conception in the attitudes and practices of medicine consumption

António Calha

Resumo

Procuramos, nesta comunicação, proceder à definição de uma tipologia de atitudes relativas a sintomas de doença a partir do tratamento dos dados obtidos no *European Social Survey (round 2)*. Com base nos resultados obtidos, aferimos, posteriormente, em cada um dos perfis identificados, as diferentes disposições no consumo de medicamentos. A análise realizada evidencia a existência de uma apropriação leiga das lógicas periciais de gestão terapêutica. No entanto, essa tendência assume proporções diferenciadas em função do perfil de conceção de doença.

Palavras-chave: atitudes; doença; medicação; sintomas

Abstract

Our aim, in this communication, is to determine of a typology of attitudes regarding disease symptoms from the data obtained in the *European Social Survey (round 2)*. Based on the results, we try to measure, in each of the profiles identified, different provisions on medication use. The analysis shows the existence of an appropriation of the logical expertise of therapy management. However, this tendency assumes different proportions according to the disease conception profile.

Keywords: attitudes; illness; medication; symptoms.

O crescimento da despesa pública desacompanhado do crescimento económico tem conduzido, nos últimos anos, a políticas de restrição orçamental em vários dos setores de intervenção tradicional do Estado. A prestação de cuidados de saúde, enquadrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), não tem constituído exceção, tendo sido implementadas medidas de contenção e controlo dos gastos públicos nesta área. Os gastos com saúde em Portugal representavam, em 2010, 10,7% do PIB (OCDE, Health Data, 2012), um dos valores mais altos dos países da OCDE. Os fatores associados ao crescimento da despesa de saúde são conhecidos e encontram-se referidos na literatura da economia da saúde (Ferreira *et al.*, 2006). Entre eles contam-se a crescente inovação tecnológica nos domínios do diagnóstico e da terapêutica, o envelhecimento da população, a intensidade em trabalho da prestação de cuidados em saúde, o efeito Baumol e o próprio ritmo do crescimento económico.

¹ Trabalho apresentado no III Seminário de I&DT, organizado pelo C3i – Centro Interdisciplinar de Investigação e Inovação do Instituto Politécnico de Portalegre, realizado nos dias 6 e 7 de Dezembro de 2012.

Em Portugal, no âmbito das despesas com a saúde, destaca-se o peso dos gastos em medicamentos nas despesas totais. Segundo os dados da OCDE, as despesas com medicamentos correspondiam, em 2010, a cerca de 18,6% da despesa total em saúde. De acordo com os dados do Infarmed, em 2009, o número de medicamentos prescrito por consulta foi de 2,21 por consulta, o que se traduziu num custo médio de 36,65€ por receita, equivalendo a um gasto do SNS de 25,04€ por receita. Ainda assim, apesar do elevado peso das despesas com medicamentos nos gastos totais com saúde em Portugal, a percentagem de financiamento público destas despesas é das mais baixas, e tem vindo a decrescer (Tribunal de Contas, 2011).

A forte pressão que os custos com medicamentos colocam na gestão dos recursos públicos tem gerado um conjunto de medidas macroeconómicas (Ferreira *et al.*, 2006) com o intuito de regular o mercado e, simultaneamente, gerar poupanças para o SNS. O sucesso das medidas é, no entanto, comprometido pelo funcionamento atípico do mercado do medicamento (Gonçalves, 2010), derivado da participação de agentes com diferentes motivações: o médico (que prescreve), a cadeia de produção (que fornece); o doente (que utiliza e paga) e o Estado (que comparticipa ou paga) (*idem*, *ibidem*).

A investigação académica tem-se debruçado, com regularidade, sobre as lógicas e os fatores de funcionamento do mercado do medicamento. Ao nível microeconómico, a atenção tem-se centrado, sobretudo, na assimetria da relação médico-doente no que respeita à informação acerca da eficácia, adequabilidade e qualidade do medicamento (Caprana e Rodrigues, 2004; Mota *et al.*, 2008). Na relação de agência médico-doente é salientada a pouca motivação para forçar o médico a considerar o custo total dos medicamentos aquando da prescrição (López-Casasnovas e Puig-Janoy, 2005; Ferreira, 2006).

Embora a relação de agência seja, reconhecidamente, de natureza imperfeita, parece-nos que o consumo de medicamentos poderá ser influenciado pelo perfil do consumidor. Deste modo, procuramos, nesta investigação, determinar a forma como os hábitos e atitudes de consumo de medicamentos varia em função do perfil do consumidor face à doença e, em última instância, definir uma tipologia de atitudes face aos sintomas de doença.

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, construindo um autodiagnóstico e encontrando diferentes explicações para a doença. A decisão pela procura de cuidados de saúde é, portanto, baseada num conjunto complexo de fatores de diferente natureza: físicos, psicológicos e sociais. 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 (Calha, 2012) sugere que o comportamento face à doença é condicionado por fatores sociais e culturais associados à condição dos indivíduos (Weiss e Lonquist; 2006:129). A forma como os diferentes grupos sociais interpretam a doença poderá constituir um fator determinante de diferenciação na procura e no consumo de medicamentos. É, pois, objetivo do presente estudo 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*, e aferindo a eventual existência de diferentes disposições no consumo de medicamentos em cada um dos perfis. Para tal, recorreremos aos resultados da segunda edição do *European Social Survey* (2004/05). As amostras utilizadas são representativas dos indivíduos com mais de catorze anos oriundos de 26 países europeus². Os dados utilizados foram ponderados de acordo com as recomendações do próprio *European Social Survey* de modo a permitir uma aproximação das amostras dos diferentes países à realidade demográfica.

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 de frequências relativa a quem recorrem os inquiridos face a diferentes sintomas de doença

	Grave inflamação da garganta		Forte dor de cabeça		Sérias dificuldades em dormir		Forte dor nas costas	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Ninguém	11006	23,2	14324	30,4	9861	21,2	3930	8,3
Amigos ou familiares	8497	17,9	7864	16,7	6161	13,2	4155	8,8
Farmacêutico	7816	16,5	6487	13,8	2964	6,4	1264	2,7
Médico	18520	39,1	17005	36,1	25718	55,3	33938	72,1
Enfermeiro	696	1,5	550	1,2	397	0,9	387	0,8
Internet	114	0,2	76	0,2	233	0,5	93	0,2
Linha telefónica de apoio médico	322	0,7	321	0,7	198	0,4	168	0,4
Outro técnico de saúde	392	0,8	524	1,1	1005	2,2	3165	6,7
Total	47363	100,0	47151	100,0	46538	100,0	47100	100,0

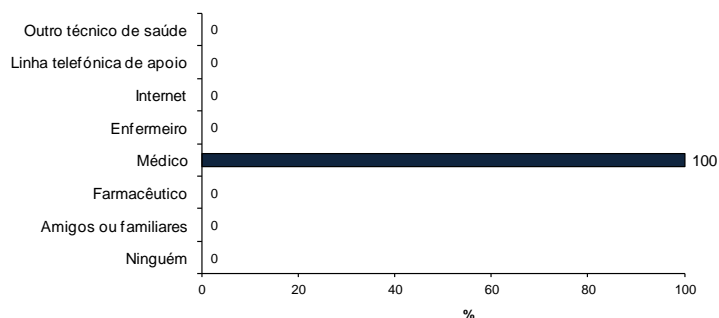
O quadro permite observar que o recurso ao médico é a resposta mais referida em qualquer um dos sintomas considerados. No entanto, tem maior expressão nos sintomas menos comuns, sobretudo na forte dor de costas, sendo menos expressiva em sintomatologias mais comuns, como seja a forte dor de cabeça. Em 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 de 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.

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 com que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico



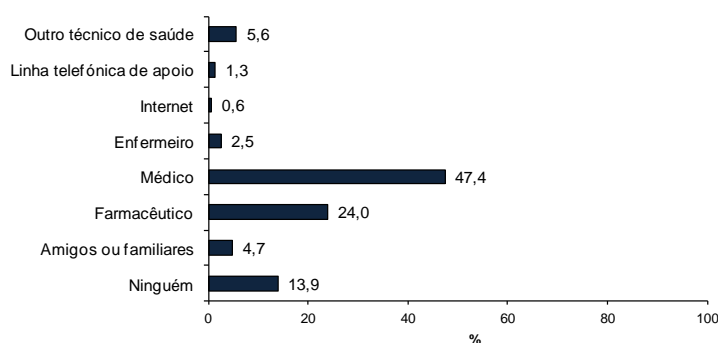
Perfil 2 – Indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento em função dos sintomas

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 na 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	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Ninguém	2833	15,6	4173	22,9	2512	13,8	611	3,4
Amigos ou familiares	723	4,0	1171	6,4	1277	7,0	285	1,6
Farmacêutico	7406	40,7	6224	34,2	2772	15,2	1053	5,8
Médico	5810	31,9	5234	28,7	10007	55,0	13458	73,9
Enfermeiro	643	3,5	521	2,9	357	2,0	295	1,6
Internet	109	0,6	67	0,4	179	1,0	67	0,4
Linha telefônica de apoio médico	314	1,7	318	1,7	187	1,0	144	0,8
Outro técnico de saúde	372	2,0	502	2,8	919	5,0	2297	12,6
Total	18210	100	18210	100	18210	100	18210	100

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



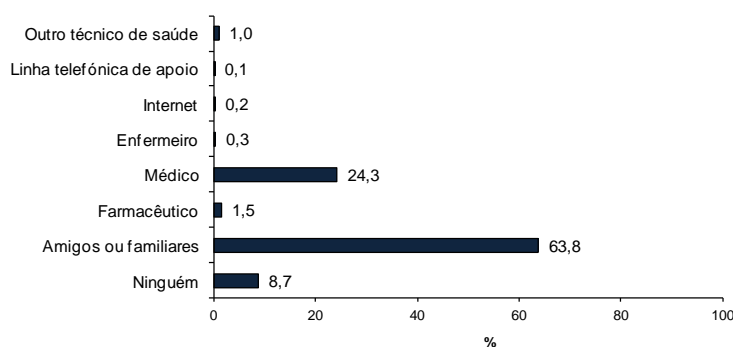
Perfil 3 – Indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais

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 na 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 4 – Distribuição de frequências por tipos 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	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Ninguém	700	8,7	1111	13,8	858	10,7	132	1,6
Amigos ou familiares	6910	86,1	5969	74,4	4389	54,7	3219	40,1
Farmacêutico	63	0,8	94	1,2	207	2,6	114	1,4
Médico	319	4,0	837	10,4	2444	30,5	4204	52,4
Enfermeiro	15	0,2	4	0,0	30	0,4	60	0,7
Internet	5	0,1	7	0,1	48	0,6	12	0,1
Linha telefónica de apoio médico	2	0,0	3	0,0	10	0,1	17	0,2
Outro técnico de saúde	11	0,1	0	0,0	39	0,5	267	3,3
Total	8025	100	8025	100	8025	100	8025	100

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



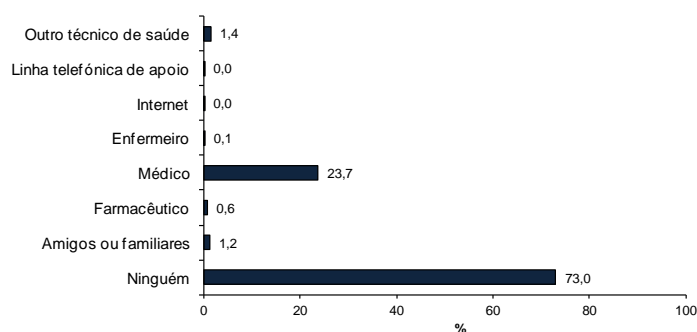
Perfil 4 – Indivíduos com atitude tendencialmente passiva

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 garganta’ é de 98,8%; no sintoma de ‘forte dor de cabeça’ 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 5 – 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	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Ninguém	7363	83,1	8748	98,8	6536	73,8	3208	36,2
Amigos ou familiares	95	1,1	33	0,4	44	0,5	238	2,7
Farmacêutico	133	1,5	0	0,0	0	0,0	95	1,1
Médico	1254	14,2	70	0,8	2267	25,6	4799	54,2
Enfermeiro	9	0,1	0	0,0	0	0,0	19	0,2
Internet	3	0,0	1	0,0	0	0,0	9	0,1
Linha telefónica de apoio médico	0	0,0	0	0,0	1	0,0	8	0,1
Outro técnico de saúde	0	0,0	5	0,1	9	0,1	481	5,4
Total	8857	100	8857	100	8857	100	8857	100

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

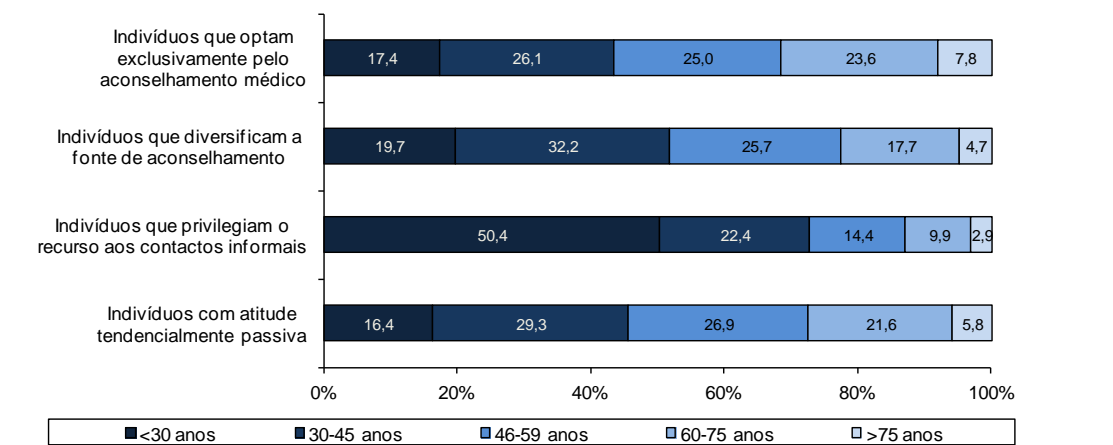


Caracterização dos diferentes perfis de atitudes face aos sintomas de doença

O gráfico 5 permite observar a constituição etária dos grupos em referência. Os indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico apresentam uma média de idades de 49,1 anos de idade, tratando-se do perfil mais envelhecido dos quatro em análise. Os indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento têm uma média de idades de 45,6 anos (refira-se que 51,9% destes indivíduos não têm mais de 45 anos de idade). O grupo mais jovem corresponde aos indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais, cuja média de idades se situa nos 34,9 anos. Relativamente aos indivíduos que evidenciam uma atitude de passividade face aos sintomas de doença, a média de idades situa-se nos 48 anos.

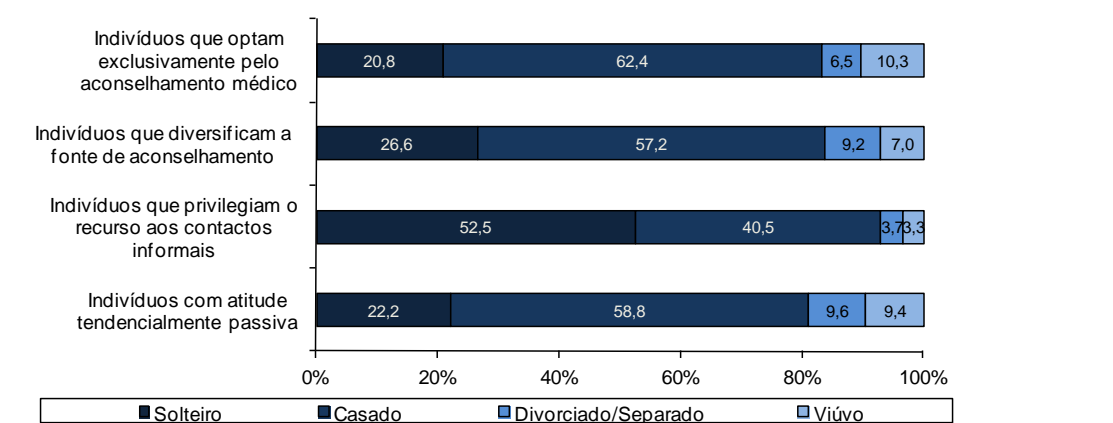
Através da realização do teste de Kruskal-Wallis³ é possível confirmar a existência de diferenças na distribuição etária em, pelo menos, um dos diferentes perfis ($\chi^2_{KW(3)} = 3604,247$; $p < 0,001$). Os resultados da comparação múltipla da média das ordens⁴ permitem identificar a existência de diferenças entre todos os grupos em análise.

Gráfico 5 – Escalões etários dos perfis de atitudes face aos sintomas de doença



A caracterização do estado civil de cada um dos perfis identificados encontra-se representada no gráfico 6. O resultado obtido com a realização do teste do Qui-quadrado permite constatar que as variáveis ‘perfil do inquirido face aos sintomas de doença’ e ‘estado civil’ estão relacionadas ($\chi^2_{(9)}=3044,332$; $p<0,001$). Todavia, a intensidade da relação é muito fraca (V de Cramer = 0,152). O perfil que mais se distingue relativamente aos restantes é o dos indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais, constituído maioritariamente por solteiros (52,5%).

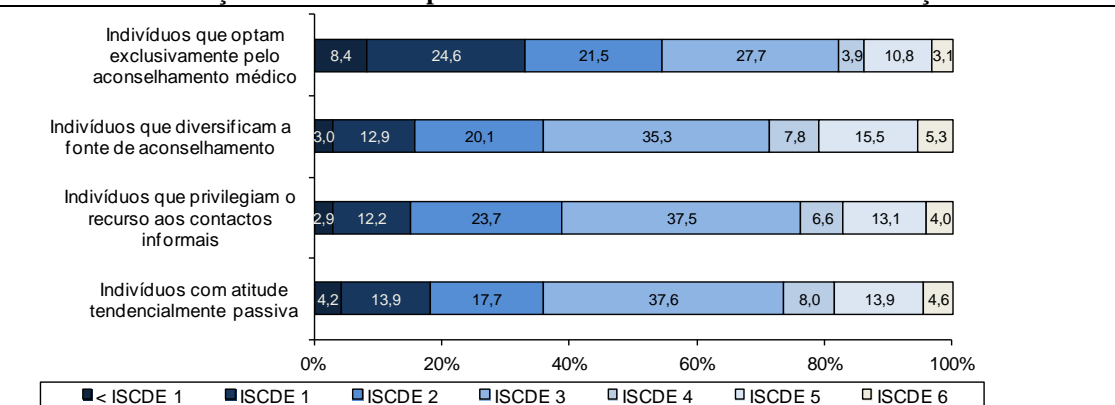
Gráfico 6 – Estado civil dos perfis de atitudes face aos sintomas de doença



O gráfico 7 representa os níveis de habilitações literárias de cada um dos perfis em análise. Os níveis educativos utilizados baseiam-se na Classificação Internacional Normalizada da Educação, comumente denominada ISCED, correspondente aos níveis educativos de referência da UNESCO, e que torna possível a harmonização e a comparabilidade das estatísticas educativas⁵.

Para avaliar se existem diferenças no nível de qualificações de cada um dos perfis de atitudes face aos sintomas de doença, recorreu-se ao teste não paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido da comparação múltipla das médias das ordens. O resultado do teste revela a existência de diferenças em, pelo menos, um dos grupos na distribuição por níveis etários dos quatro perfis de atitudes ($\chi^2_{KW(3)} = 1266,685$; $p < 0,001$). A comparação múltipla da média das ordens permite constatar que as diferenças encontradas se verificam entre todos os perfis considerados. São os indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento quem apresenta um nível de habilitações mais elevado. Seguem-se os indivíduos com uma atitude tendencialmente passiva e os indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais. Estes dois grupos são, aliás, aqueles que menos se diferenciam ($p = 0,044$), ainda que a diferença seja estatisticamente significativa para uma probabilidade de erro de 0,05. O perfil de indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico é o que revela um nível mais baixo de qualificação escolar.

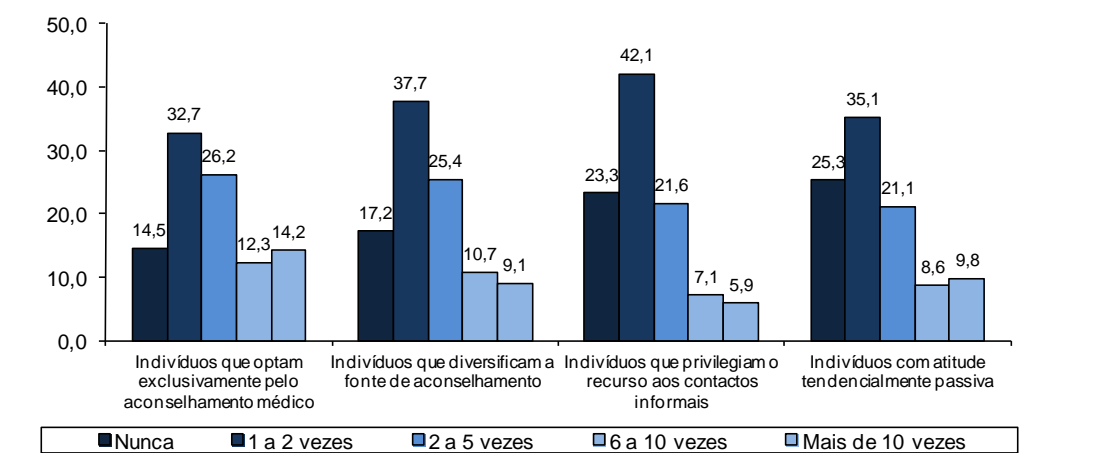
Gráfico 7 – Habilitações literárias dos perfis de atitudes face aos sintomas de doença



No que diz respeito ao número de idas ao médico nos 12 meses anteriores à realização do inquérito, o gráfico 8 permite-nos concluir que existe coerência entre os perfis de atitudes dos inquiridos e o seu comportamento relativamente à procura de cuidados médicos. O resultado do teste Kruskal-Wallis evidencia a existência de diferenças na distribuição do número de idas ao médico, em pelo menos, um dos quatro perfis de atitudes ($\chi^2_{KW(3)} = 882,52$; $p < 0,001$). Através da comparação múltipla da média das ordens, verifica-se que as diferenças encontradas se manifestam entre todos os perfis considerados. Para além disso, revela que são os indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico quem mais procurou o médico nos últimos 12 meses, seguidos dos indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento. Depois destes

surgem os indivíduos com uma atitude tendencialmente passiva e, por fim, os indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais.

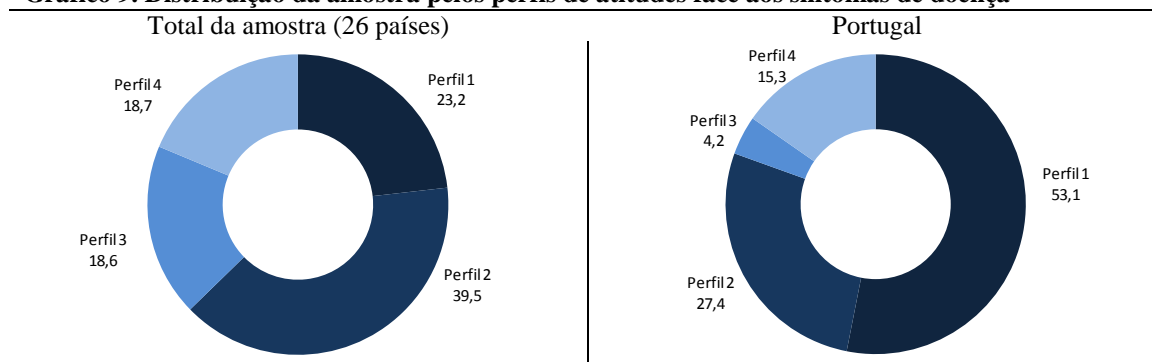
Gráfico 8 – Distribuição relativa do número de idas ao médico nos últimos 12 meses em cada um dos perfis de atitudes face aos sintomas de doença



Os perfis de atitudes face aos sintomas de doença na população portuguesa

Comparando a realidade portuguesa com a totalidade da população europeia considerada no estudo, constata-se que a configuração da distribuição da amostra pelos diferentes perfis de atitudes é bastante distinta. Como se pode observar no gráfico 9, em Portugal, verifica-se uma sobre-representação do perfil 1, correspondente aos indivíduos que, face ao conjunto de sintomas de doença, optam exclusivamente pelo aconselhamento médico. O peso relativo deste perfil indicia uma maior propensão para a sobrecarga da procura de cuidados em Portugal, quando comparado com a realidade europeia. Em contraponto, o perfil constituído por indivíduos que privilegiam o recurso a contactos informais apresenta, em Portugal, um peso residual relativamente aos restantes grupos.

Gráfico 9. Distribuição da amostra pelos perfis de atitudes face aos sintomas de doença⁶



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 10 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 6 – Nível de concordância com a utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis

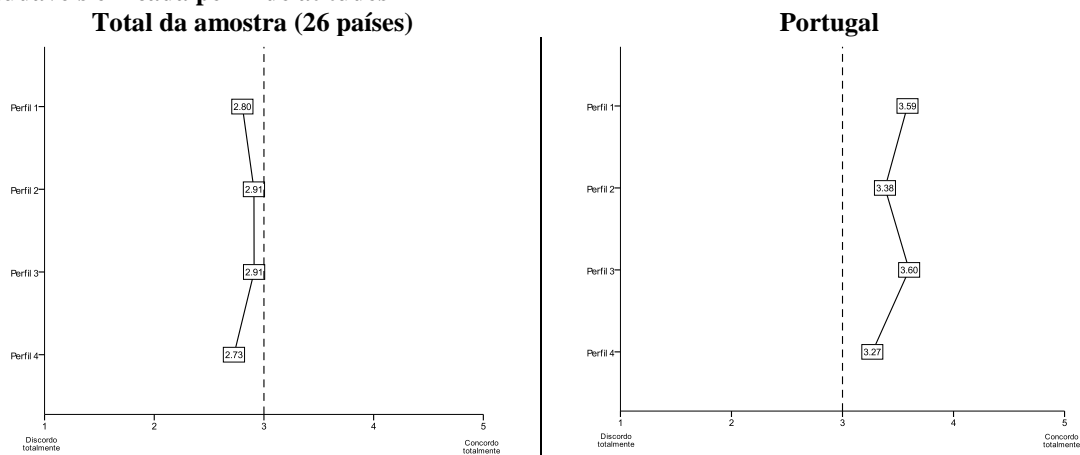
	Total da amostra (26 países)		Portugal	
	Média	D.P.	Média	D.P.
Indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico	2,80	0,92	3,59	0,66
Indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento em função dos sintomas	2,91	0,80	3,38	0,72
Indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais	2,91	0,81	3,60	0,61
Indivíduos com atitude tendencialmente passiva	2,73	0,90	3,27	0,78

Considerando a totalidade da amostra (26 países europeus), verifica-se que, independentemente do perfil, os inquiridos revelam uma tendência para discordar da utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis. A comparação destes resultados com os resultados obtidos junto dos inquiridos portugueses permite constatar uma maior propensão da população portuguesa para a aceitação do consumo destes produtos.

A comparação entre os diferentes perfis de atitudes na população portuguesa ($\chi^2_{KW(3)} = 66,217; p < 0,001$)⁷ torna possível verificar 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 10 – Nível médio de concordância com a utilização de medicamentos por parte de pessoas saudáveis em cada perfil de atitudes⁶



Para identificar os pares de médias estatisticamente diferentes, realizou-se o teste de comparações *a posteriori* Games-Howell. Os resultados do teste revelam que as diferenças encontradas no grau de concordância relativamente à utilização de medicamentos por pessoas saudáveis não são estatisticamente significativas entre os perfis 1 (Indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico) e 3 (Indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais) (Games-Howell; $p=0,997$) e entre os perfis 2 (Indivíduos que diversificam a fonte de aconselhamento em função dos sintomas) e 4 (Indivíduos com atitude tendencialmente passiva) (Games-Howell; $p=0,174$). Os resultados obtidos apontam para uma propensão, ainda que pouco acentuada, da população portuguesa para a concordância 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.

No que se refere às práticas de automedicação, a análise dos quadros 7 e 8 revela uma maior frequência destas práticas entre a população portuguesa. Esta tendência verifica-se quer nas situações em que a automedicação se faz através do consumo de medicamentos que foram anteriormente prescritos para o próprio, quer nas situações que correspondem ao consumo de medicação prescritos para outra pessoa. Estes valores

contribuem para a explicação dos elevados níveis de consumo de medicamentos em Portugal.

Quadro 7. Uso regular de medicamentos prescritos, anteriormente, para o próprio

	N.		%	
	Sim	Não	Sim	Não
Portugal	882	1168	43,0	57,0
Total da amostra (26 países)	18545	28819	39,2	60,8

Quadro 8. Distribuição relativa pelo número de vezes, nos últimos 5 anos, que consumiu medicamentos receitados para outra pessoa

	Nunca	Uma vez	Duas ou três vezes	Quatro vezes ou mais
Portugal	66,0	15,8	15,1	3,1
Total da amostra (26 países)	80,3	8,5	8,1	3,2

Analisando a realidade portuguesa, é de salientar a existência de diferenças estatisticamente significativas relativamente ao uso regular de medicamentos prescritos, anteriormente, para o próprio em cada um dos perfis de atitudes ($\chi^2_{(3)}=8,13$; $p=0,043$). Através da análise de ‘resíduos ajustados’, concluímos que as diferenças identificadas resultam da distribuição das respostas do perfil dos indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais, revelando, nestes casos, uma menor propensão para a automedicação.

Quando considerada a prática de automedicação, traduzida no consumo de medicação receitada para outros ($\chi^2_{KW(3)} = 65,278$; $p<0,001$), verifica-se que esta é mais comum entre os indivíduos que privilegiam o recurso aos contactos informais. Os resultados obtidos demonstram que as práticas de automedicação, em Portugal, sendo comuns, variam na sua natureza em função do perfil de atitudes face aos sintomas de doença.

Gráfico 11 –Uso regular de medicamentos prescritos, anteriormente, para o próprio em cada um dos perfis de atitudes, em Portugal

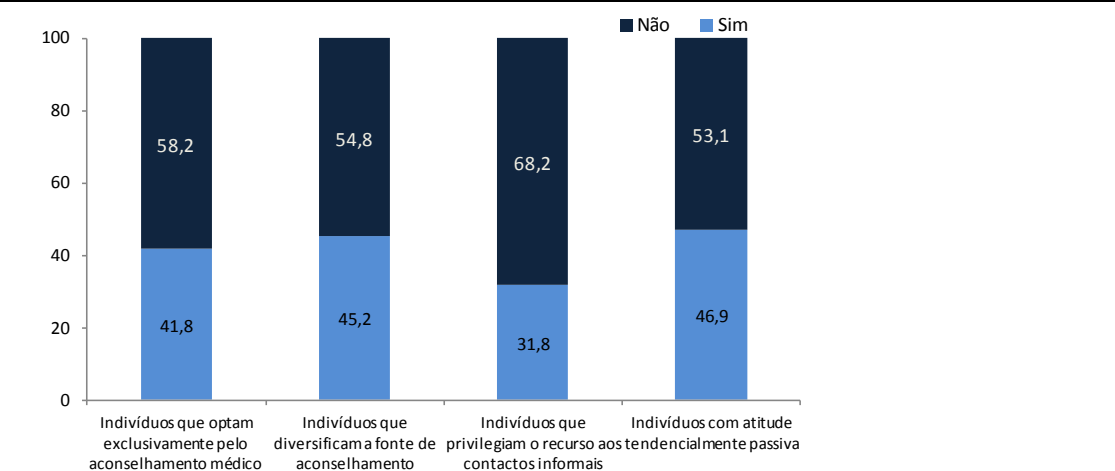
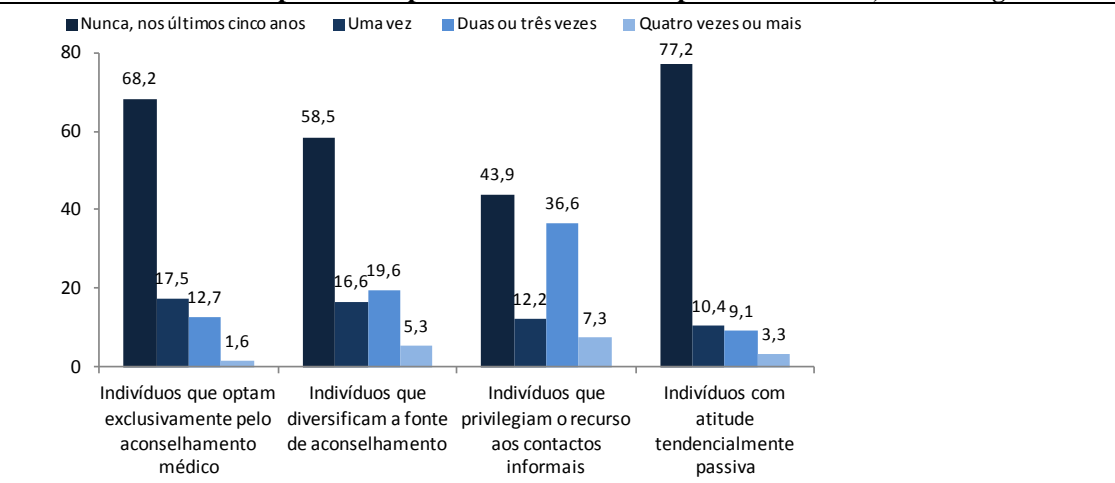
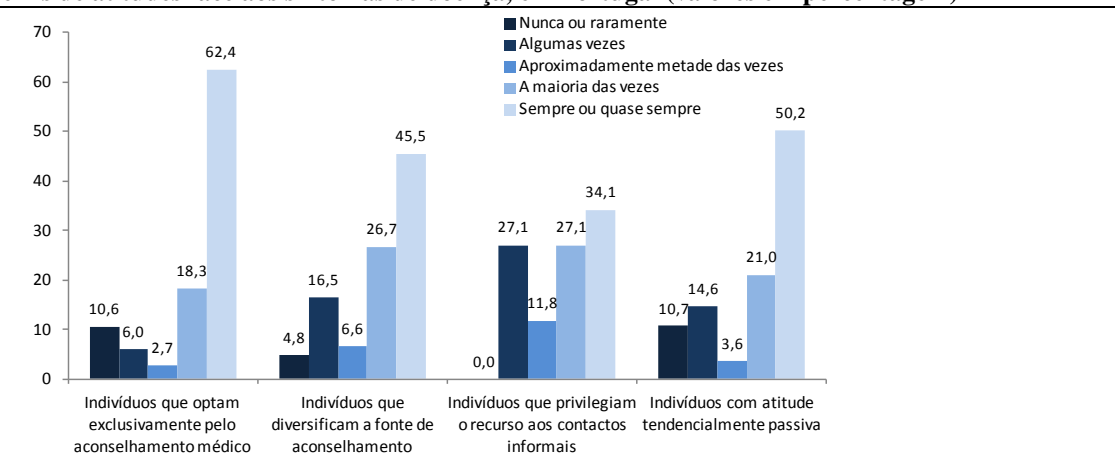


Gráfico 12 – Distribuição relativa do número de vezes, nos últimos 5 anos, que consumiu medicamentos receitados para outra pessoa em cada um dos perfis de atitudes, em Portugal



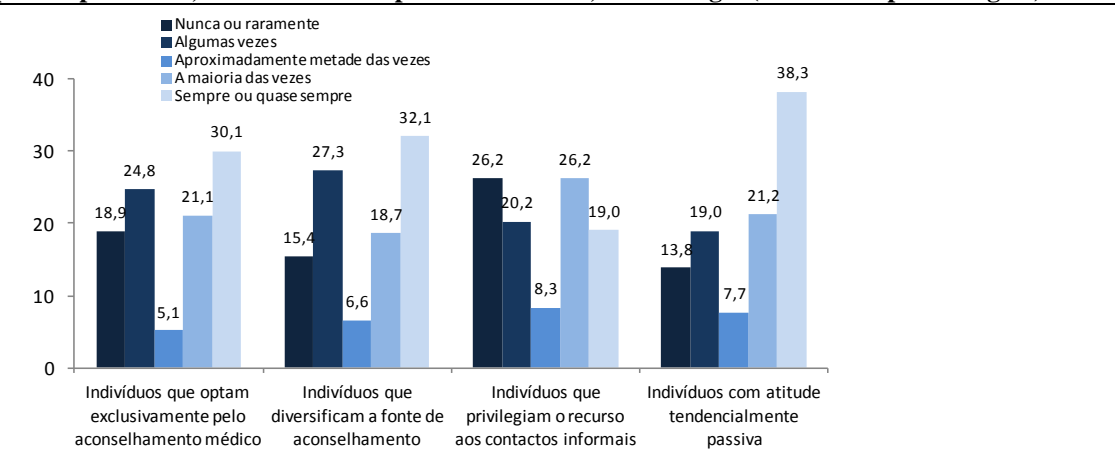
O gráfico 13 dá conta da preferência por medicamentos receitados pelos médicos. Como se pode verificar, os indivíduos que recorrem exclusivamente ao médico enquanto fonte de informação revelam uma clara preferência por medicamentos prescritos pelo médico (62,4% afirma fazê-lo em mais de metade das vezes). 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 ($\chi^2_{KW} (3) = 48,348$; $p < 0,001$). Através da realização do teste Games-Howell percebemos que a diferença das distribuições é estatisticamente significativa, apenas, entre os indivíduos que optam exclusivamente pelo aconselhamento médico e todos os restantes perfis.

Gráfico 13 – Frequência com que prefere medicamentos receitados pelo médico em cada um dos perfis de atitudes face aos sintomas de doença, em Portugal (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 ($\chi^2_{KW}(3) = 15,559; p < 0,001$).

Gráfico 14 – Frequência com que se preocupa com os efeitos secundários dos medicamentos, quando prescritos, em cada um dos perfis de atitudes, em Portugal (valores em percentagem)



Conclusão

Os dados apresentados anteriormente permitem caracterizar e diferenciar cada um dos perfis de comportamento face aos sintomas de doença relativamente ao consumo de 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 baseadas, sobretudo, no recurso a medicamentos que foram

utilizados em situações anteriores, dando clara preferência a medicamentos prescritos pelo médico.

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 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 os contactos informais constituem o perfil com maior frequência de práticas de automedicação com recurso a medicamentos prescritos para outra pessoa, 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 recorrentes com base em medicamentos prescritos em situações anteriores.

Os resultados obtidos evidenciam a existência de uma apropriação leiga das lógicas periciais de gestão terapêutica. No entanto, essa tendência assume proporções diferenciadas em função da forma como se encara a doença.

Notas de texto

² 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.

³ A utilização do teste não-paramétrico Kruskal-Wallis justifica-se face ao não cumprimento dos requisitos necessários à realização do teste One-Way ANOVA

⁴ Para a comparação múltipla da média das ordens seguiram-se os procedimentos sugeridos por Maroco (2007: 234)

⁵ Os seis níveis considerados são os seguintes: **ISCED 1** - Primary education or first stage of basic education correspondente ao ensino básico (1º e 2º ciclo); **ISCED 2** - Lower secondary or second stage of basic education correspondente ao ensino básico (3º ciclo); **ISCED 3** - Upper secondary education correspondente ao ensino secundário; **ISCED 4** - Post-secondary non-tertiary education correspondente ao ensino pós-secundário; **ISCED 5** - First stage of tertiary education correspondente ao ensino superior (bacharelato e licenciatura); **ISCED 6** - Second stage of tertiary education correspondente ao ensino superior (mestrado, doutoramento e pós-doutoramento).

⁶ 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.

⁷ 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.

Bibliografia

Abdelmalek, Ali; Gerárd, Jean-Luis (1999). *Ciências humanas e cuidados de saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.

Calha, António (2012). Contributo para a definição de uma tipologia de comportamentos e atitudes face aos sintomas de doença. *Atas do VII Congresso Português de Sociologia*. Porto: APS.

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.

Caprara, Andrea and Rodrigues, Josiane (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e saúde coletiva*, vol.9, pp. 139-146.

Duarte, Susana (2002). *Saberes de saúde e de doença: porque vão as pessoas ao médico?* Coimbra: Quarteto Editora.

Ferreira, A. Et al. (2006). Políticas de controlo dos gastos públicos com a saúde, *O Economista - Anuário da Economia Portuguesa.*, 111-117.

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.

López-Casasnovas, G. e Puig-Janoy J. (2005), “Reference pricing as a pharmaceutical reimbursement mechanism” in Puig-Janoy J. (ed.), *The public Financing of Pharmaceuticals: an Economic Approach*, Londres: Edward Elgar.

Maroco, João (2007). *Análise estatística com a utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Mota, D.; Silva, M.; Sudo, E. e Ortun, V. (2008). Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões, *Ciência e saúde coletiva*, vol.13, 589-601.

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.

Tribunal de Contas (2011) *Auditoria ao INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., e ao funcionamento do mercado do medicamento*. Lisboa: Tribunal de Contas.

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.

Notas sobre o autor

Endereço de e-mail: antoniocalha@essp.pt [institucional]; antoniocalha@hotmail.com [pessoal]
Afiliação institucional: Equiparado a Assistente do 2.º Triénio na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre

Nota biográfica: Licenciado em Sociologia pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (1998); Mestre em Sociologia pela Universidade de Évora (2000); Doutorando em Sociologia no Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa (laboratório associado FCT); Pós-graduado em *Human Rights* pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (1999); Pós-graduado em Proteção de Menores pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (2000); Pós-graduado em Análise de Dados em Ciências Sociais pelo ISCTE (2008).