



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DO MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

ANA LÚCIA RAMOS AUGUSTO

**O FENÓMENO DO "DISEASE MONGERING"/VENDA DA
DOENÇA: A OPINIÃO DA POPULAÇÃO NÃO
UNIERSITÁRIA**

PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

**TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO
PROFESSOR DOUTOR VÍTOR RODRIGUES**

SETEMBRO 2014

Curso de Mestrado Integrado em Medicina
da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal

**O FENÓMENO DO "DISEASE MONGERING"/VENDA DA
DOENÇA: A OPINIÃO DA POPULAÇÃO NÃO
UNIERSITÁRIA**

Ana Lúcia Ramos Augusto
Rua das Fontoiras, 182, Travassós de Baixo, Viseu
ana.raugusto@gmail.com

“A medicina fez, desde há um século, progressos sem parar, inventando aos milhares doenças novas.”

Louis Scutenaire (1905-1987), Bélgica

ÍNDICE

Resumo	4
Abstract	6
Introdução	8
Capítulo I - Enquadramento Teórico	10
I.I – A Origem do <i>Disease Mongering</i>	10
I.II – Métodos e Intervenientes na Promoção da Doença	11
I.III – A Importância da Prevenção Quaternária	12
I.IV – O Papel do Médico de Família	15
Capítulo II - Material e Métodos	18
II.I – Tipo de Estudo	18
II.II – Objectivo do Estudo e Hipóteses Formuladas	18
II.III – Colheita de Dados	20
II.IV – População e Amostra	21
II.V – Tratamento dos Dados	21
Capítulo III – Apresentação de Resultados	22
III.I – Descrição da Amostra	22
III.II – Caracterização da Amostra com Base no Género	24
III.III – Testando as Hipóteses de Trabalho	26
Capítulo IV – Discussão	32
Capítulo V – Conclusão	44
Agradecimentos	45
Referências	46
Anexo	49

RESUMO

INTRODUÇÃO: “*Disease Mongering*” é o nome do fenómeno de convencer indivíduos saudáveis, ou com algum factor de risco, de que estão doentes, explorando os seus medos de poderem desenvolver doença, sugerindo posterior tratamento, através da mais variada propaganda, para obter lucro com a venda de algo, que as pessoas passam a acreditar necessitar.

OBJECTIVO: Perceber a susceptibilidade populacional relativamente ao fenómeno da venda da doença.

METODOLOGIA: Estudo observacional e transversal, pela aplicação de um questionário especificamente efectuado com base num hipotético síndrome, a uma amostra de conveniência com 300 pessoas, na região centro de Portugal. Análise estatística descritiva e inferencial, paramétrica e não paramétrica, para variáveis nominais e ordinais, recorrendo ao SPSS.

RESULTADOS: Amostra de n=300 (66,3% género feminino), com idade média de $40,89 \pm 0,72$ anos. Metade dos indivíduos considera o hipotético novo síndrome muito frequente (49,7%), embora a maioria não se sinta afectada (73,5%). A realização do rastreio e do tratamento são aceites por 87% e 82,7%, respectivamente, acreditando 81,3% da amostra na veracidade do síndrome em questão. Não foram encontradas diferenças significativas entre sexos e grau de literacia. São os doentes crónicos quem mais acredita sofrer do síndrome, sendo quem não se sente doente quem mais aceita fazer o rastreio e o tratamento.

DISCUSSÃO: Num estudo semelhante, em alunos de Medicina em 2013, foram encontrados resultados semelhantes, mas na bibliografia portuguesa continua a não haver outras referências bibliográficas.

CONCLUSÃO: A população estudada mostrou grande susceptibilidade ao *Disease Mongering*, dada a grande aceitação do rastreio (87%), anuência para o tratamento (82,7%) e crença da veracidade do hipotético síndrome (81,3%).

PALAVRAS-CHAVE: *Disease Mongering*; Prevenção Quaternária; Rastreio; Tratamento; Novas doenças.

ABSTRACT

INTRODUCTION: "*Disease Mongering*" is the term used to describe the phenomenon of convincing healthy people, or those presenting risk factors, that they are sick, while exploring their fears of suffering from a disease and suggesting treatment through advertising, aiming at profiting by selling something people, then, believe are in need of.

OBJECTIVE: Understanding the population's susceptibility to "*Disease Mongering*".

METHODS: Observational, transversal and analytic study conducted with a questionnaire specifically built around a hypothetical syndrome, applied to a sample of 300 people, in central Portugal. Descriptive and inferential parametric and nonparametric statistical analysis for nominal and ordinal variables, using SPSS.

RESULTS: Sample of n=300 (66,3% females), ages average $40,89 \pm 0,72$ years. Half of the individuals considers the hypothetical new syndrome as being very frequent (49,7%), even though the majority doesn't believe are affected (73,5%). The undertaking of the screening and treatment are accepted by 87% and 82,7%, respectively, while 81,3% believe actually exists. Significant differences weren't found between genders and literacy rate. People with chronic diseases are the most susceptible to believe they suffer from the syndrome, whereas healthy subjects present the greatest acceptance to undertake the screening and treatment.

DISCUSSION: In a similar 2013 study on medical students comparable results were found, although Portuguese literature still lacks other references.

CONCLUSION: The target population showed great susceptibility to "*Disease Mongering*" given the wide acceptance of a screening (87%), consent to treatment (82,7%) and belief on the existence of the hypothetical syndrome.

KEYWORDS: Disease Mongering; Quaternary Prevention; Screening; Treatment; New Diseases.

INTRODUÇÃO

A palavra *Disease* significa doença, uma alteração estrutural ou funcional do ser humano que produz sintomas e/ou sinais mais ou menos específicos. A palavra *Mongering* vem de *Monger* que tem várias definições, não se encontrando nenhuma que seja particularmente favorável - descreve um negociante/comerciante numa área específica; uma pessoa que promove uma actividade específica, situação ou sensação que não seja desejável ou dignificante - tendo origem na palavra *mangian* do inglês antigo – traficar – ou com origem germânica e influência do latim *mango* – *dealer*, ou seja, comerciante/traficante. [1] Não são, portanto, boas características nem tão pouco motivo de orgulho se se pensar na associação do termo à medicina e à saúde das pessoas em geral, um bem precioso pelo qual todos os profissionais dessa área deveriam zelar.

O termo "*Disease Mongering*" ou "Venda da Doença" constitui, assim, uma forma simples de nomear um fenómeno que, assumindo um papel cada vez mais frequente nos tempos que correm, tem por objectivo convencer indivíduos saudáveis, ou com algum factor de risco para o desenvolvimento de uma doença, de que estão doentes, persuadindo-os no sentido da realização de um exame complementar ou da aquisição de um medicamento, para a detecção precoce e tratamento da suposta doença.

Apesar de muito frequente, é um tema cuja fulcral importância fica ainda muito aquém da extensão com que é abordado, por exemplo, nas faculdades de medicina, onde se formam os médicos do futuro, aqueles que terão de lidar e combater todos os dias este fenómeno. Foi já realizado um estudo exactamente na população de alunos do

último ano do Mestrado Integrado em Medicina, em Coimbra, a partir do qual se concluiu que esta percentagem de futuros médicos estaria sob risco de sofrer influência das estruturas com interesses económicos na promoção e venda da doença, o que é deveras alarmante. [2] Surgiu, então, a ideia para o tema deste trabalho: se as pessoas da área da saúde, supostamente elucidadas acerca das doenças, respectivos rastreios e tratamentos, estariam susceptíveis ao fenómeno do *Disease Mongering*, como seria a susceptibilidade da população na sua generalidade? Considerei que seria um trabalho de relevo, uma vez que os esforços por parte das empresas que promovem o fenómeno visam exactamente atingir esta população generalizada e com menos conhecimentos específicos em termos de saúde, criando novas doenças e novos factores de risco que precisem de tratamentos médicos, com fins meramente lucrativos.

Surge, desta forma, a questão central deste trabalho: “Até que ponto é que a generalidade da população está susceptível ao fenómeno da venda da doença?”

É com base nesta questão que se vai desenrolar todo o trabalho de investigação e pesquisa, para a obtenção de resultados esclarecedores do impacto que pode ter, esta situação, a nível populacional.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

I.I – A ORIGEM DO *DISEASE MONGERING*

Apesar de aparentemente ser um fenómeno recente e inovador, o “*Disease Mongering*” tem relação com um termo bastante antigo, utilizado desde o século XVIII – *nostrum monger*. Young (1961) referiu que, para além do fabrico artesanal de medicamentos, se começaram a produzir fármacos, numa escala maior, que seriam acondicionados e devidamente identificados para serem vendidos directamente à população. Estes produtos foram, assim, apelidados de *nostruns* e considerados, de certa forma, os antecessores do medicamento industrializado actual. Já no século XVIII se verificou o patentear destes medicamentos, por parte dos seus autores, para evitar a comercialização de cópias. Presente no *The Century Dictionary* e no *The American Heritage Dictionary of the English Language*, a definição do termo *nostrum* permite concluir que a palavra, não só significaria que os produtos em questão seriam criados por *nós*, mas deixaria também subjacente a ideia de que seriam o método mais vantajoso, logo preferível, de resolver a situação em causa. Da ideia de patentear medicamentos à ideia de os promover foi um pequeno passo. [3] Similarmente, o escritor Henry James (1843-1916) fazia referência aos criadores e peritos em publicidade, apelidando-os de “*nostrum-mongers*”, e referindo que foram os precursores de vários tipos de propaganda, tendo mesmo elaborado publicações médicas que constituiriam meios de divulgação de doenças. Esta situação de promoção da doença é,

assim, um prolongamento directo, e decerto mais evoluído, da publicidade aos medicamentos que já se fazia notar no século XIX. [4]

Tal como os "*nostrum mongers*", também a preocupação com esta tendência genuinamente humana de tentar promover o que é *nosso* como o melhor foi acompanhando, desde há muito tempo, a medicina. William James, em 1894, indignado com esta situação, afirmou mesmo que "*os autores destas propagandas deveriam ser tratados como inimigos públicos (...)*". Por outro lado, foi referido por Barker (1908) que um estudante de medicina deveria ser treinado na prática, em laboratórios médicos, com o intuito de visualizar o efeito dos fármacos, ficando, desta forma, mais capacitado para se defender dos produtores e vendedores, do que aqueles que apenas adquiriam conhecimento sobre farmacocinética e farmacodinâmica empiricamente. [3]

Vê-se, portanto, uma preocupação antiga com este fenómeno desleal e com a transmissão do seu conhecimento àqueles que são, por dever, os que dão diagnósticos e prescrevem tratamentos à população. Fica apenas a dúvida se realmente este conhecimento chega ao destinatário. Fica a incerteza de que se consiga lutar contra os *mongers* da sociedade actual.

I.II – MÉTODOS E INTERVENIENTES NA PROMOÇÃO DA DOENÇA

Recorrendo aos mais criativos métodos publicitários e tecnológicos, quem de interesse nesta área, consegue alargar o limiar da doença, convencer de que diferenças – e entenda-se por diferença algo positivo - biológicas e sociais passaram a não constar do conceito de saúde e representar factores de risco como sendo eles próprios a doença.

Novos males são criados e condições diárias vulgares ganham outros significados. Sintomas vagos, condições normais associadas ao próprio envelhecimento ganham "vida" nas mãos de quem consegue convencer o público de que são perigosos, doentios e resolúveis. Estádios são elaborados para diferenciar os doentes graves, os doentes em risco de serem graves, e os não doentes em risco de ser doentes. Parece confuso. Mas assim, toda a gente figura na definição de doença. [5]

E todo este manancial de estratégias tem como objectivo único aumentar a venda de um determinado produto, mesmo que para isso se feche os olhos na hora de tentar perceber o impacto que pode ter a nível do consumo de recursos económicos e ainda mais a nível psicológico, para as pessoas que passam a ser rotuladas repentinamente de "doentes" ou "em risco" de o serem. E apesar de um culpado fácil chegar à ideia, atribua-se a culpa não apenas a uma cabeça, mas a um conjunto de interessados que colhem frutos de todo este enredo, desde empresas farmacêuticas, a responsáveis pelas políticas de saúde, a agências publicitárias e órgãos de comunicação social, bem como a médicos e mesmo aos próprios doentes. [6,7,8]

I.III – A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO QUATERNÁRIA

Sabemos *à priori* que existem vários níveis de prevenção da doença que constituem base do conhecimento médico: a prevenção primária, secundária, terciária e quaternária.

A prevenção primária visa a redução da incidência de uma doença, consistindo na evicção ou interrupção da exposição, por parte de um determinado indivíduo, a um

factor de risco ou etiológico, antes que se desenvolva o mecanismo patológico que desencadeie essa mesma doença. Inclui tanto a promoção de hábitos de vida saudáveis como a protecção específica recorrendo, por exemplo, programas de vacinação. Trata-se, portanto, de um nível de prevenção dirigido a pessoas que não estão doentes.

A prevenção secundária tem como objectivo major a detecção (e consequente tratamento) precoce de uma doença num indivíduo, de forma a retardar ou mesmo impedir a sua evolução. É aplicada através do rastreio, a indivíduos que, embora assintomáticos, já tem uma alteração da sua condição de saúde. O objectivo, neste caso, será a redução da morbi-mortalidade de uma determinada doença, aplicando-se portanto, os rastreios, a casos de doenças acerca das quais se possua um conhecimento da sua história natural, que tenham um período de detecção precoce suficientemente longo, que sejam bastante prevalentes na população e que possam ter um tratamento eficaz.

No caso da prevenção terciária, a finalidade é reduzir os custos do estado de doença, em termos socioeconómicos, afigurando-se, desta forma, como uma fase de gestão da doença. Baseia-se na prevenção de complicações, cuidados paliativos e, sempre que possível, reabilitação e reintegração precoces dos indivíduos na sociedade, potenciando as suas capacidades funcionais. [6]

Surge finalmente o conceito da prevenção quaternária. Marc Jamouille e Michael Roland, mentores desta ideia, basearam-se no preceito hipocrático *primum non nocere* criando o conceito que visa identificar pacientes em risco de sobremedicalização, com o objectivo da protecção contra um exaustivo intervencionismo médico. Este quarto nível visa proteger os doentes de uma prevenção inadequada e excessiva ou mesmo iatrogénica, que em vez de ajudar ou tratar, vai apenas prejudicar o indivíduo. Uma

parte importante, contudo árdua da medicina é, sem dúvida, fazer a distinção entre doença e enfermidade. Partindo do princípio que o termo enfermidade corresponde à dificuldade diária despertada no ser humano quando este sofre um determinado sintoma ou incapacidade, e que o conceito de doença é o rótulo que o médico dá à enfermidade, quando conveniente, com base nos conhecimentos empíricos, rapidamente se conclui acerca da existência de algumas situações que se afiguram como doenças, mas que não se associam a enfermidade, e situações de enfermidade que não se associam necessariamente a doença.

Uma vez que saúde e enfermidade não são dois conceitos estanques, mas antes um continuum com uma fronteira estreita e facilmente transponível, com a mesma rapidez se pode inferir que não é fácil, para o médico, lidar com pessoas que têm uma enfermidade mas que, ainda assim, não parecem ter qualquer doença. Isto porque é claro que qualquer pessoa, em alguma altura da sua vida tem sintomas, não querendo isso dizer que estejam doentes, podendo ser apenas uma consequência de um estilo de vida mais agitado ou stressante. Contudo, é esta a situação que se apresenta no nível quatro de prevenção – o doente tem sintomas mas o médico não identifica uma doença em concreto. É nestes casos que ocorre a oportunidade para um sem número de testes laboratoriais, procedimentos de diagnóstico e terapêuticos. É nestes casos, de igual forma, que aparece a tarefa mais difícil de executar por parte do médico e de aceitar por parte do indivíduo que recorre aos cuidados de saúde – a decisão de não prosseguir com mais exames complementares ou terapêuticas. *É psicologicamente mais confortável, para o ser humano, intervir, mesmo que o efeito seja supérfluo ou prejudicial, do que simplesmente não actuar.* Por outro lado, na sociedade actual, onde o médico já não é a única pessoa que tem informação sobre a doença na consulta, embora as fontes dos doentes nem sempre sejam as mais fidedignas, acabamos por constatar uma crescente

prescrição de exames desnecessários em prol de uma segurança pessoal, devido à possibilidade de errar e de ter problemas jurídicos consequentes a essa situação – a tão afamada nos dias que correm medicina defensiva. [6,9]

É sobretudo a este nível, o da prevenção quaternária, que emerge o “*Disease Mongering*”, um problema disseminado, que atinge qualquer contexto social e que actua em diversos locais, movido por um jogo de interesses económicos de empresas que fazem uso da saúde com fins lucrativos. A consequência máxima reside na inquietação das pessoas acerca do seu estado de saúde, podendo transformar pessoas saudáveis em “doentes”.

I.IV – O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA

O quarto nível de prevenção afigura-se como sendo crucial exactamente no âmbito da Medicina Geral e Familiar. É nesta área e especialidade médica que se eleva ao expoente máximo a tão falada relação médico-doente. Este trunfo que o médico tem ao seu dispor, conquistado apenas com o tempo e com a dose certa de capacidade de escutar, compreender e ter cordialidade, é a arma para alcançar a maior vitória que um médico pode ter no seguimento de um doente – a empatia e confiança. A partir desse ponto o caminho fica livre para se praticar a prevenção quaternária. Isto porque, como Marc Jamouille referiu, no 18º Congresso Nacional de Medicina Geral e Familiar, “*a prevenção quaternária, mais do que um conceito ou uma definição, é uma atitude aplicável a todos os campos de actividade do médico de família*”.

Porquê o médico de família como peça-chave deste desafio? É a primeira face do sistema de saúde perante o doente. É a pessoa em quem o doente confia para expor a sua sensação de mal-estar e talvez a única com possibilidade de lhe transmitir que essa sensação não tem nada de anormal, nem é tão pouca uma doença, sem que o indivíduo o descredibilize. Não se trata de ignorar sinais ou sintomas sem antes perceber a natureza do problema. Trata-se de evitar a realização de intermináveis testes e exames e de evitar o consumo de incalculáveis recursos financeiros. Estes gastos em procedimentos desnecessários, inúteis ou mesmo deletérios, poderiam ser canalizados para o tratamento de muitos doentes, com benefício efectivo. Com pessoas cada vez mais expostas a anúncios publicitários de medicamentos, que recorrem ao alargamento do campo da doença através de novos "sintomas", fazendo crer que aquilo que até então era saúde pode ser também doença, e que precisa de tratamento, é o médico de família, com a proximidade que tem com o doente e a sua família, a melhor figura para explicar qual a probabilidade de tal tratamento ter benefício naquela condição. Como se pode tomar tal atitude sem desconfiança por parte do doente? Talvez recorrendo a evidências científicas credíveis e livres de interesses económicos. [10] Muito provavelmente fornecendo explicações esclarecedoras aos doentes. Certamente e, fundamentalmente, não abandonando a pessoa com a sua sensação de mal-estar e com a recusa da sua proposta de terapêutica. Claro que a premissa para tudo isto será a tão preciosa e já referida relação médico-doente.

Urge, portanto, que a classe médica em geral, e os médicos de família em particular tomem conhecimento desta realidade da venda ou promoção da doença com fins lucrativos e que se capacitem para lidar com ela. É necessário espírito crítico e uma mente aberta e actualizada para exigir informação adequada e com base

verdadeiramente científica. É necessário agir neste campo para, em primeiro lugar, não fazer mal.

O médico deve, portanto, adoptar um nível maior de racionalidade na hora da pesquisa de doenças, quando se esgotam os exames complementares disponíveis, evitando rótulos e diagnósticos hipotéticos. Deve perceber e conseguir ultrapassar o facto de haver queixas que não têm explicação somática. Deve abordar o doente com uma perspectiva biopsicossocial, e ter consciência que a pessoa que tem diante de si é um todo e não apenas um órgão, um sintoma ou um teste laboratorial alterado, inclusivamente aquando da prescrição medicamentosa. Neste ponto é importante não esquecer, também, o facto de muitos doentes estarem polimedicados e de todas as reacções adversas e interacções que esses fármacos podem desencadear. O médico deve manter-se actualizado, não deixando nunca o espírito crítico e a capacidade de questionar e analisar resultados, escolhendo sempre informação científica neutra e não manipulada. Acima de tudo, deve nutrir a relação médico-doente, adaptar a linguagem a cada pessoa e verificar se a mensagem chegou correctamente ao destinatário e incluir o doente nas tomadas de decisão, porque não é mais provável que um doente cumpra uma obrigação do que um acordo no qual encontra a motivação de ter dado a sua opinião. Fazendo isto, o médico de família é, indubitavelmente, a pessoa com maior poder e capacitação para por em prática a prevenção quaternária e o combate ao fenómeno do *Disease Mongering*. [11,12]

CAPÍTULO II – MATERIAL E MÉTODOS

II.I – TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo populacional, transversal, através da aplicação de um questionário numa amostra de conveniência, com um tamanho de 300 pessoas. O questionário (em anexo) foi especificamente construído, apresentando um pequeno texto introdutório onde se fornece uma breve explicação acerca do SAMS – Síndrome “Alteração Matinal da Segunda-feira de Manhã” – incluindo a sintomatologia e o modo de rastreio. Seguem-se algumas perguntas de caracterização epidemiológica como a existência de doenças crónicas, toma de medicação continuamente, grau de literacia e auto-avaliação da saúde pessoal (com 5 graus, de óptimo a fraco), para além do sexo e idade. Depois são enunciadas cinco questões, directamente relacionadas com o SAMS, para avaliar se a pessoa julga sofrer do síndrome, se concordaria fazer o rastreio e tratamento, se julga ser o SAMS frequente e se acredita ser verídica a sua existência. Associado ao questionário esteve, em todas as ocasiões, um termo de consentimento informado, que esclareceu as pessoas acerca da finalidade do mesmo, bem como da sua confidencialidade e anonimato.

II.II – OBJECTIVO DO ESTUDO E HIPÓTESES FORMULADAS

O objectivo deste estudo é perceber o nível de susceptibilidade da população em geral relativamente ao fenómeno da venda da doença, incluindo a aferição da facilidade

com que aceitam a realização de rastreios e terapêuticas farmacológicas para entidades desconhecidas.

Assim, a questão central deste trabalho é: "Até que ponto é que a generalidade da população está susceptível ao fenómeno da venda da doença?"

Hipóteses formuladas:

H1 - há uma diferença estatisticamente significativa entre sexos, no que diz respeito à susceptibilidade para aceitar a realização de um rastreio;

H2 - há uma diferença estatisticamente significativa entre sexos, relativamente à crença da veracidade da existência do SAMS;

H3 - a noção de sofrimento deste síndrome tem uma diferença estatisticamente significativa entre sexos;

H4 - a noção de sofrimento do síndrome ocorre sobretudo em pessoas com menor grau de instrução;

H5 - as pessoas com menor grau de literacia estão mais susceptíveis a aceitar fazer o rastreio;

H6 - o menor grau de literacia está relacionado com a ideia da veracidade existência do SAMS;

H7 - uma auto-avaliação de saúde razoável ou fraca está positivamente relacionada com a noção de sofrimento da doença;

H8 - a aceitação da realização do tratamento está dependente da aceitação da realização do rastreio;

H9 - o facto de se sofrer de doença crónica influencia uma resposta afirmativa para aceitação da realização do rastreio;

H10 - o facto de se sofrer de doença crónica influencia uma resposta afirmativa para aceitação da realização do tratamento;

H11 - o facto de se sofrer de doença crónica influencia positivamente a noção de sofrimento do síndrome;

H12 - a toma de medicação contínua influencia uma resposta afirmativa para aceitação do tratamento do SAMS;

H13 - o facto de não haver noção de sofrimento do síndrome influencia uma resposta negativa quando se questiona a sua veracidade.

II.III – COLHEITA DE DADOS

O questionário foi aplicado nos meses de Julho e Agosto de 2014, após o devido parecer dado pela Comissão de Ética da ARS Centro. A aplicação decorreu em vários pontos da região centro de Portugal, em instituições como farmácias (mediante devida autorização da direcção técnica), centros de formação profissional, agências bancárias e uma clínica médica. A autora do estudo esteve presente apenas na clínica médica deixando as pessoas, nesse caso, perfeitamente à vontade na leitura e resposta às perguntas do questionário, para que de forma alguma fosse influenciado o resultado. Não esteve presente nos restantes locais exactamente com o objectivo de não exercer qualquer influência.

II.IV – POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo constou das pessoas que frequentaram instituições como farmácias e uma clínica médica, o total de alunos de uma escola profissional bem como respectivos professores e, ainda, os trabalhadores de uma sucursal bancária da região centro de Portugal. Foi estudada amostra de conveniência cujo tamanho se calculou em 272 unidades. Tentou-se privilegiar indivíduos que exercessem algum tipo de actividade profissional para a resposta aos questionários.

II.V – TRATAMENTO DOS DADOS

Com o auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* - SPSS (versão 22.0), procedeu-se à realização de uma análise estatística descritiva e inferencial. Porque se verificou, através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*, que a amostra não tinha uma distribuição normal para a maior parte das variáveis, a análise das hipóteses foi feita através de testes não-paramétricos para variáveis ordinais e nominais - *U de Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis* para variáveis ordinais e *Chi-Square* para variáveis nominais. A única variável que mostrou ter distribuição normal foi a idade, tendo sido utilizado o teste *T-student* para a sua análise. Optou-se por definir como sendo estatisticamente significativo um valor de p inferior a 0,05 ($p < 0,05$).

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

III.I – DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Através da utilização da estatística descritiva, após a elaboração da base de dados, verifica-se que na amostra com 300 pessoas, com idades, compreendidas entre os 15 (mínimo) e os 74 anos (máximo), a idade média é de $40,89 \pm 0,72$ anos. Houve, no entanto, 3 pessoas que não responderam a esta questão.

Verifica-se uma maior percentagem de respostas de indivíduos do género feminino – 66,3%, o que corresponde a 199 mulheres - do que do género masculino - 33,7%, o que corresponde a 101 homens. A maioria dos indivíduos afirmou não sofrer de qualquer doença crónica (77%) e negou a toma de medicação continuamente (62%). Do total das pessoas que colaboraram, a maior parte tinha um grau de escolaridade superior ao 5º ano antigo ou 9º ano actual (59,3%). A menor percentagem verificou-se relativamente ao grau de literacia menor do que a 4ª classe ou 6º ano (3,7%). Houve ainda uma pessoa que não respondeu a esta questão. Relativamente à auto-avaliação do estado de saúde, a maioria dos inquiridos refere ter uma saúde boa (38,3%) seguindo-se o nível de avaliação razoável (31%), tendo uma minoria referido que a sua saúde seria fraca (3,7%). Os dados referidos encontram-se sumariados na Tabela I.

Tabela I – Dados descritivos da amostra

Variável		n	%
Sexo	Feminino	199	66,3%
	Masculino	101	33,7%
Sofre de alguma doença crónica?	Sim	69	23,0%
	Não	231	77,0%
Toma medicamentos continuamente?	Sim	114	38,0%
	Não	186	62,0%
Formação académica*	Menor que a 4ª classe ou 6º ano	11	3,7%
	4ª classe ou 6º ano	36	12,0%
	5º ano antigo ou 9º ano actual	74	24,7%
	Superior ao 5º ano antigo ou 9º ano actual	178	59,3%
Em geral, diria que a sua saúde é:	Ótima	24	8,0%
	Muito Boa	57	19,0%
	Boa	115	38,3%
	Razoável	93	31,0%
	Fraca	11	3,7%
Apresentação da variável idade**			
Mínimo		15	
Máximo		74	
Média±dp		40,89 ± 0,72	
Ci 95%		39,3 a 42,2	

*1 pessoa não sabe ou não respondeu o que corresponde a 0,3%

**3 pessoas não sabem ou não responderam a esta questão

III.II – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA COM BASE NO GÉNERO

Como se pode verificar na Tabela II, a média de idades das pessoas do género feminino e do género masculino que responderam ao questionário difere um pouco. Assim, os indivíduos do sexo feminino tinham, em média $39,03 \pm 0,85$ anos, enquanto os do sexo masculino tinham, em média, $44,50 \pm 1,25$ anos. A aplicação do teste *T-student* para variáveis não emparelhadas revelou um valor $p < 0,001$, concluindo-se que a diferença é estatisticamente significativa.

No que diz respeito às frequências das variáveis "*Sofre de alguma doença crónica*", "*Toma medicamentos continuamente*", "*Em geral diria que a sua saúde é:*" e "*Formação académica*", podemos observar que a percentagem de indivíduos que diz sofrer de doença crónica é semelhante em ambos os sexos (23,1% no sexo feminino e 22,8 % no sexo masculino). Ainda assim, na amostra que é base da análise estatística, há maior percentagem de indivíduos que não sofrem de doença crónica (76,9% no sexo feminino e 77,2% no sexo masculino). Relativamente à toma continuada de medicação, já se verifica uma diferença de quase 10 pontos percentuais entre sexos, havendo 41,2% de mulheres a afirmar que tomam medicamentos continuamente contra apenas 31,7% de homens. Na auto-avaliação do estado de saúde verifica-se que, em ambos os sexos, a maioria dos indivíduos classifica a sua saúde como *boa* ou *razoável*, com percentagens respectivas de 37,7% e 31,7% no sexo feminino e de 39,6% e 29,7% no sexo masculino. Relativamente à formação académica, a maior percentagem, tanto nos homens como nas mulheres, representa uma escolaridade superior ao 5º ano antigo ou 9º ano actual, vendo-se no entanto que há mais mulheres nesta classificação – 62,8% - do que homens – 52,5%. Na classificação mínima de escolaridade há maior percentagem de indivíduos do sexo masculino – 5% - do que do sexo feminino – 3%. Relativamente a estas variáveis, optei de igual forma por realizar testes estatísticos para verificar se a diferença entre as frequências seria significativa ou não. Para tal foram realizados dois testes *Qui-Quadrado*, nas variáveis

nominais, e dois testes *U de Mann-Whitney*, nas variáveis ordinais. Todos os resultados se encontram também resumidos na Tabela II.

Tabela II – Descrição da amostra consoante o género

Variável		Sexo Feminino	Sexo Masculino	p
Idade (anos)	Mínimo	15	17	0,000
	Máximo	74	70	
	Média ± dp	39,0 ± 12,0	44,1 ± 12,5	
	95% Ci	41,5 a 46,7	37,3 a 40,7	
Variável		Sexo Feminino n (%)	Sexo Masculino n (%)	
Sofre de alguma doença crónica?	Sim	46 (23,1%)	23 (22,8%)	0,535
	Não	153 (76,9 %)	78 (77,2%)	
Toma medicamentos continuamente?	Sim	82 (41,2%)	32 (31,7%)	0,069
	Não	117 (58,8%)	69 (68,3%)	
Em geral, diria que a sua saúde é:	Ótima	15 (7,5%)	9 (8,9%)	0,384
	Muito Boa	37 (18,6%)	20 (19,8%)	
	Boa	75 (37,7%)	40 (39,6%)	
	Razoável	63 (31,7%)	30 (29,7%)	
	Fraca	9 (4,5%)	2 (2,0%)	

Formação académica	Menor que a 4ª classe ou 6º ano	6 (3,0%)	5 (5,0%)	0,051
	4ª classe ou 6º ano	20 (10,1%)	16 (15,8%)	
	5º ano antigo ou 9º ano actual	47 (23,6%)	27 (26,7%)	
	Superior ao 5º ano antigo ou 9º ano actual	125 (62,8%)	53 (52,5%)	

III.III – TESTANDO AS HIPÓTESES DE TRABALHO

Antes de expor os resultados obtidos com o tratamento estatístico dos dados relembrei, a cada teste, a hipótese formulada e referenciada já anteriormente, no capítulo Material e Métodos. Por uma questão de organização de dados, vou agrupar os resultados dos testes de algumas hipóteses que tinham em comum a variável em causa.

Para estudo das três primeiras hipóteses foi aplicado o teste estatístico *Qui-Quadrado* e os resultados encontram-se agrupados e sintetizados na Tabela III.

Tabela III – resultados dos testes estatísticos das hipóteses H1, 2 e 3

Hipótese colocada	Questão colocada			Sexo		Total	Valor p
				♀	♂		
H1	Concordaria em fazer este rastreio?	Sim	n %	176 88,4%	85 84,2%	261 87,0%	0,194
		Não	n %	23 11,6%	16 15,8%	39 13,0%	
H2	Julga que este síndrome existe?	Sim	n %	165 82,9%	79 78,2%	244 81,3%	0,202
		Não	n %	34 17,1%	22 21,8%	56 18,7%	
H3	Julga sofrer deste síndrome?	Sim	n %	57 28,6%	22 21,8%	79 26,3%	0,127
		Não	n %	142 71,4%	79 78,2%	221 73,7%	

Relativamente às hipóteses 4, 5 e 6, uma vez que todas elas têm em comum a variável formação académica, foram testadas através do teste estatístico *Kruskal-Wallis* estando os resultados agrupados na Tabela IV.

Tabela IV – resultados dos testes estatísticos das hipóteses H4, 5 e 6

Hipótese colocada	Questão colocada		Formação académica				Total	Valor p
			Menor que a 4ª classe ou 6º ano	4ª classe ou 6º ano	5º ano antigo ou 9º ano actual	Superior ao 5º ano antigo ou 9º ano actual		
H4	Julga sofrer deste síndrome?	Sim	N 3	11	18	46	78	0,918
		% 3,8%	14,1%	23,1%	59,0%	100,0%		
		Não	N 8	25	56	132	221	
		% 3,6%	11,3%	25,3%	59,7%	100,0%		
H5	Concordaria em fazer este rastreio?	Sim	N 9	32	66	153	260	0,836
		% 81,8%	88,9%	89,2%	86,0%	87,0%		
		Não	N 2	4	8	25	39	
		% 18,2%	11,1%	10,8%	14,0%	13,0%		
H6	Julga que este síndrome existe?	Sim	N 8	30	63	142	243	0,657
		% 72,7%	83,3%	85,1%	79,8%	81,3%		
		Não	N 3	6	11	36	56	
		% 27,3%	16,7%	14,9%	20,2%	18,7%		

Para confirmar ou infirmar a hipótese 7 foi realizado o teste *Kruskal-Wallis* cujos resultados se encontram na Tabela V.

Tabela V – resultados do teste estatístico da hipótese H7

Hipótese colocada	Questão colocada		Auto-avaliação de saúde					Total	Valor p	
			Óptima	Muito Boa	Boa	Razoável	Fraca			
H7	Julga sofrer deste síndrome?	Sim	n	4	8	26	36	5	79	0,002
			%	16,7%	14,0%	22,6%	38,7%	45,5%	26,3%	
	Não	n	20	49	89	57	6	221		
		%	83,3%	86,0%	77,4%	61,3%	54,5%	73,7%		

Para estudo das restantes hipóteses formuladas foi aplicado o teste *Qui-Quadrado*, e os resultados estão resumidos na Tabela VI.

Tabela VI – resultados dos testes estatísticos das hipóteses H9 – H13

Hipótese colocada	Questão colocada		Sofre de doença crónica?		Total	Valor p	
			Sim	Não			
H8	Julga sofrer deste síndrome?	Sim	n %	28 40,6%	51 22,1%	79 26,3%	0,002
		Não	n %	41 59,4%	180 77,9%		
H9	Concordaria em fazer este rastreio?	Sim	n %	60 23,0%	201 77,0%	261 100,0%	0,990
		Não	n %	9 23,1%	30 76,9%	39 100,0%	
H10	Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento?	Sim	n %	56 22,6%	192 77,4%	248 100,0%	0,706
		Não	n %	13 25,0%	39 75,0%	52 100,0%	
H11	Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento?			Concordaria em fazer este rastreio?		Total	0,000
				Sim	Não		
		Sim	n %	234 94,4%	14 5,6%	248 100,0%	
		Não	n %	27 51,9%	25 48,1%	52 100,0%	

H12	Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento?			Toma medicamentos continuamente?		Total	0,237
				Sim	Não		
		Sim	n	98	150	248	
			%	39,5%	60,5%	100,0%	
		Não	n	16	36	52	
			%	30,8%	69,2%	100,0%	
H13	Julga que este síndrome existe?			Julga sofrer deste síndrome?		Total	0,000
				Sim	Não		
		Sim	n	75	169	244	
			%	30,7%	69,3%	100,0%	
		Não	n	4	52	56	
			%	7,1%	92,9%	100,0%	

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO

Disease Mongering é a forma simples de nomear um processo complexo pela sua génese, pelo considerável número de intervenientes e, mais ainda, pelo substancial número de pessoas potencialmente atingíveis. Alargar definições de doenças ou simplesmente transformar o saudável em condição que necessita de tratamento é a via, pouco ortodoxa, para aumentar os lucros da venda de produtos e serviços médicos.

Neste estudo tentou-se fazer algo semelhante, mas não com o objectivo de obter qualquer lucro económico. Foi criado um hipotético novo síndrome, do qual constavam sintomas comuns, frequentes.

Afinal é disto que se trata quando se fala em promoção da doença.

Em Portugal já foi realizado um estudo semelhante, em alunos de Medicina da Universidade de Coimbra, no ano de 2013, mas na revisão bibliográfica não foi encontrado nenhum trabalho referente à população portuguesa em geral, por isso se considerou esta oportunidade relevante. No entanto, não haverá termo de comparação para os resultados obtidos.

Querendo realizar um estudo tão imparcial e íntegro quanto possível, tentou-se minimizar os factores de confundimento e viéses. Não pode ser evitado o viés de selecção dos indivíduos que responderam ao questionário, uma vez que a amostra não foi aleatória mas sim de conveniência, a qual se espera que possa ser de alguma forma semelhante à população. Apesar de se tentar evitar esta situação, a autora do estudo teve de ler e preencher questionários a pedido de três pessoas, por falta de acuidade visual,

podendo este facto ter contribuído de alguma forma para a ocorrência de um viés, apesar do tom neutro com que se efectuou a leitura. No preenchimento da maior parte dos questionários a autora nem sequer esteve presente, exactamente para não ser exercida qualquer tipo de influência sobre a escolha das respostas.

Na fase de recolha dos dados houve um total de 5 indivíduos que recusaram o preenchimento do questionário. Houve também uma crítica comum sobre o parâmetro "Formação académica" que, segundo algumas pessoas, deveria estar mais discriminado. Nos poucos questionários em que a autora esteve presente, pode verificar que surgiram dúvidas na resposta às questões que tinham o acrónimo SAMS, porque os inquiridos já não se recordavam cujo significado era o síndrome supracitado. Na fase de elaboração da base de dados verificou-se que havia algumas respostas afirmativas à questão "Toma medicação continuamente", concomitantemente com uma resposta negativa na questão "Sofre de alguma doença crónica?". Aparentemente pode não fazer muito sentido, mas acontece que a amostra é maioritariamente constituída por indivíduos do género feminino e em idade fértil, pelo que este facto talvez possa ser explicado pelo uso de contraceptivos orais.

Quanto à idade média, constatou-se uma diferença considerável entre o sexo feminino e masculino e que as idades mínima – 15 anos – e máxima – 74 anos – correspondem, ambas, a pessoas do sexo feminino. Este último ponto é facilmente explicado pelo facto de ter havido mais mulheres do que homens a responder aos questionários, com uma maior probabilidade, conseqüentemente, de a idade máxima e mínima corresponderem a mulheres. Contudo, dada a diferença na média de idades a autora considerou melhor tentar perceber se esta seria ou não estatisticamente significativa, tendo, com esse fim, aplicado o teste *T-student* para variáveis não emparelhadas. O resultado revelou um valor de $p < 0,001$ o que leva a concluir que há

diferença na idade média das pessoas do género feminino e masculino que responderam aos questionários.

Quanto às restantes variáveis, "*Sofre de alguma doença crónica*", "*Toma medicamentos continuamente*", "*Em geral diria que a sua saúde é:*" e "*Formação académica*", foram verificadas diferenças nas respostas entre os dois sexos que, após serem testadas, ficaram provadas como não significativas estatisticamente ($p=0,535$; $p=0,069$; $p=0,384$; $p=0,051$, respectivamente). Sendo assim, a ideia que inicialmente poderia surgir de que as mulheres têm maior formação académica, uma vez que, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), actualmente se verifica uma maior frequência do ensino superior por parte do género feminino, não ficou confirmada. Isto pode dever-se provavelmente ao período de tempo a que correspondem os dados do INE, que não será o mesmo correspondente ao período de formação das pessoas com a média de idades que se afigura na amostra recolhida. [13]

Acerca da primeira hipótese formulada – ***H1 - há uma diferença estatisticamente significativa entre sexos, no que diz respeito à susceptibilidade para aceitar a realização de um rastreio*** – o resultado do valor p obtido no teste estatístico foi 0,194. Desta forma, contrariamente ao pressuposto inicialmente colocado, a susceptibilidade para aceitar a realização de um rastreio não tem uma diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos. No caso da segunda hipótese formulada - ***H2 - há uma diferença estatisticamente significativa entre sexos, relativamente à crença da veracidade da existência do SAMS*** - chegou-se ao valor p de 0,202, não havendo, portanto, uma diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos no que concerne à crença da veracidade da existência do síndrome em questão. Com o teste aplicado para provar a terceira hipótese conjecturada - ***H3 - a noção de sofrimento deste síndrome tem uma diferença estatisticamente significativa***

entre sexos – obteve-se um valor p de 0,127, superior a 0,05. Perante este resultado, percebe-se que a noção de sofrimento deste síndrome não tem uma diferença estatisticamente significativa entre os dois sexos. Interessante é olhar para a tabela que apresenta estes resultados e verificar que há uma maior percentagem de indivíduos que, independentemente do género, aceitaria fazer o rastreio (87,0%) e considera que o síndrome existe (81,3%). Apesar de a maioria considerar que não sofre do SAMS, pode ficar o dado alarmante de que ambos os sexos podem ser igualmente influenciados e afectados pelo fenómeno em estudo.

A quarta, quinta e sexta hipóteses foram formuladas com base no pressuposto de que as pessoas com menos habilitações têm menor capacidade de lidar com a informação disponível nos mais diversos meios e de filtrar aquilo que será excessivo ou mesmo prejudicial.

No caso da **H4 - a noção de sofrimento do síndrome ocorre sobretudo em pessoas com menor grau de instrução** – após a aplicação do teste estatístico, o valor p resultante foi 0,918. Ficou, desta forma, contradita a suposição levantada inicialmente, dado o valor p ser superior a 0,05. É, contudo, importante referir que, apesar da aparente tendência crescente nas percentagens de pessoas que consideram sofrer do síndrome com o crescente grau de instrução, são também as pessoas com maior grau de escolaridade que constituem a maior percentagem de indivíduos que diz não sofrer do síndrome. Não podemos, no entanto, retirar daqui alguma orientação porque este facto pode dever-se apenas ao maior número de inquiridos com o maior grau de formação. A hipótese colocada em quinto lugar, **H5 - as pessoas com menor grau de literacia estão mais susceptíveis a aceitar fazer o rastreio**, foi igualmente negada dado que se chegou a um valor p de 0,836. Assim, a susceptibilidade para aceitar fazer um rastreio é semelhante, independentemente do grau de literacia da pessoa, contrariamente à

hipótese pensada *à priori*. É necessário, contudo, chamar a atenção para o facto importante de, apesar de não haver uma diferença significativa entre os valores, estes serem igualmente elevados, no que concerne à percentagem de pessoas que aceita a realização do rastreio. Com base nestas duas hipóteses de trabalho que foram contraditas através dos testes estatísticos conclui-se que o fenómeno da venda da doença não afecta apenas pessoas com menos habilitações literárias, incidindo igualmente no trabalhador rural iletrado como no trabalhador de escritório com alto grau de formação académica.

E tal talvez porque não se ensine nas escolas a lidar com a saúde ou a resistir ao medo de ter uma nova doença. Talvez porque haja uma ideia erradamente milagrosa de que um rastreio negativo queira dizer que não sofremos nem sofreremos da doença no futuro.

A sexta hipótese de trabalho - ***H6 - o menor grau de literacia está relacionado com a ideia da veracidade existência do SAMS*** - após aplicação do teste *Kruskal-Wallis*, e com o valor *p* obtido 0,657, levou também à conclusão de que, contrariamente ao pressuposto que se colocou inicialmente, a noção da veracidade da existência do SAMS é independente do grau de literacia da pessoa e, acima de tudo, tem valores percentuais igualmente e assustadoramente elevados. Por aqui se percebe que bastará realmente conjugar um certo número de sintomas vagos ou simples condições diárias que não saem muito do que é espectável, do ponto de vista fisiológico, perante uma determinada situação, e dar-lhes um nome de doença, para que as pessoas acreditem na sua existência. Tal pode dever-se ao facto de a população, em geral, ter poucos conhecimentos no âmbito da saúde e da medicina em concreto e, além disso, não terem capacidade de interpretação nem de selecção da informação que lhes é transmitida, através dos mais diversos meios, nomeadamente da internet.

Nesta questão da veracidade do síndrome houve mesmo um *feedback* concreto de que algumas pessoas comentaram que “sabiam que os sintomas existiam realmente, não sabiam é que já tinham criado um nome para os englobar”.

Penso que as pessoas necessitam de uma entidade concreta, um nome e porventura uma explicação para verem reconhecidas determinadas situações e sensações que têm no seu dia-a-dia, e que apesar de tudo são normais e inerentes ao trabalho, ao cansaço ou outra causa fisiológica. Por esta razão são alvos fáceis para esta propaganda pouco leal e tendente a vender medo de doença quase sempre com uma inerente proposta de estudo ou de tratamento.

Relativamente à hipótese ***H7 - uma auto-avaliação de saúde razoável ou fraca está positivamente relacionada com a noção de sofrimento da doença***, foi aplicado, de igual forma, o teste *Kruskal-Wallis*, com um valor *p* resultante de 0,002. Sendo este valor inferior a 0,05, conclui-se que a noção de sofrimento do síndrome é dependente da avaliação que cada um faz do seu estado de saúde. Pode mesmo afirmar-se que essa noção é realmente maior nas pessoas que têm uma auto-avaliação da sua saúde razoável ou fraca (e assim confirmar-se a hipótese 7), uma vez que as percentagens relativas de indivíduos que julgam sofrer do síndrome, dentro dos que consideram ter uma saúde razoável (38,7%) ou fraca (45,5%), são maiores do que as percentagens relativas dentro dos que se auto-avaliam como tendo uma saúde óptima, muito boa ou boa. Parece mesmo haver uma relação tendencialmente crescente relativamente à percentagem de indivíduos que julgam sofrer do SAMS, à medida que decresce o nível de avaliação da sua saúde.

A hipótese 8 – ***H8 - o facto de se sofrer de doença crónica influencia positivamente a noção de sofrimento do síndrome*** – foi formulada com base na ideia

de que uma pessoa com doença crónica pode estar mais receptiva à ideia de sofrer de outra doença ou síndrome. Chegou-se ao valor p de 0,002 através do teste *Qui-Quadrado*, permitindo assim concluir que o facto de se sofrer de doença crónica tem diferença significativa na noção de sofrimento do síndrome. Olhando para os resultados da Tabela VI pode mesmo afirmar-se, com base nos valores percentuais, que, efectivamente, o facto de se sofrer de uma doença crónica, influencia positivamente a percepção de sofrimento do síndrome em causa, uma vez que houve 40,6% de respostas afirmativas no total de pessoas que sofriam de doença crónica, contra apenas 22,1% no total de pessoas que não eram doentes. Ficou então reiterada a ideia inicial.

No caso da nona hipótese – ***H9 – o facto de se sofrer de doença crónica influencia uma resposta afirmativa para aceitação da realização do rastreio*** – seguiu-se a mesma linha de raciocínio da hipótese anterior aquando da sua formulação. No entanto, após aplicação do mesmo teste resultou um valor p de 0,990, que permite uma conclusão no sentido oposto, isto é, o facto de se sofrer de uma doença crónica em nada influencia a aceitação para a realização do rastreio. Este facto é apoiado na observação da percentagem relativa de pessoas que aceitaria a realização do rastreio, quase igual à percentagem relativa de pessoas que não o aceitaria, dentro do grupo dos doentes crónicos (23,0% e 23,1%, respectivamente). Podemos mesmo verificar que a percentagem de pessoas que não sofre de doença crónica e aceita a realização do rastreio é, inclusive, significativamente maior do que a percentagem de pessoas que sofre de doença crónica (77,0% e 23,0%, respectivamente).

A hipótese formulada em seguida - ***H10 - o facto de se sofrer de doença crónica influencia uma resposta afirmativa para aceitação da realização do tratamento*** – baseou-se no pressuposto de que pessoas com doenças crónicas podem mais facilmente aceitar mais um tratamento farmacológico, partindo do princípio que já fariam algum. O

valor p obtido, 0,706, veio contradizer esta ideia. Não há diferença estatisticamente significativa no que diz respeito à aceitação do tratamento ou recusa do mesmo, tendo por base o facto de se sofrer de doença crónica, tal como as percentagens relativas indicam (22,6% e 25,0%, respectivamente). Pode mesmo observar-se que o grupo de pessoas que não sofre de doença crónica tem até maior percentagem relativa na aceitação do tratamento do que o grupo das pessoas com doença crónica (77,4% e 22,6%, respectivamente).

Os resultados obtidos pelo teste das hipóteses 8, 9 e 10 podem ser explicados pelo seguinte: os doentes crónicos, pelo facto de assumirem uma condição de enfermidade, podem estar mais receptivos à ideia de sofrerem de uma outra doença/síndrome, o que pode advir de menor confiança relativamente ao seu estado de saúde. Por outro lado, são as pessoas saudáveis que, apesar de não mostrarem igual abertura em relação à noção de sofrimento do síndrome, se apresentam mais receptivos para a realização de rastreios e eventual tratamento. Esta situação pode justificar-se pelo facto de as pessoas com doença crónica não quererem a confirmação de mais um diagnóstico desfavorável, bem como o acréscimo de mais terapêuticas, partindo do princípio que já realizam tratamentos continuados.

Outra explicação possível e interessante se for verídica, será o facto de as pessoas com doença crónica, apesar de mais susceptíveis a acreditar que sofrem de outra doença, mostrarem maior consciência e espírito de alerta para a não necessidade constante de aceitar intervenções médicas e terapêuticas, devido à maior proximidade com os profissionais de saúde. Pode aqui criar-se o pressuposto de que pessoas com mais contacto com os médicos possam ter um maior e melhor leque de informação, fornecido por quem tem conhecimento científico correcto e o poder de alertar para as

ofertas excessivas nesta área. Tornam-se, assim, menos susceptíveis a este fenómeno lucrativo.

Na décima primeira hipótese – ***H11 - a aceitação da realização do tratamento está dependente da aceitação da realização do rastreio*** – ficou confirmada uma relação estatisticamente significativa entre a anuência do rastreio e do tratamento, pelo valor p de $<0,001$. Como se pode verificar pelos dados da Tabela VI, há uma maior percentagem relativa de pessoas que aceitariam fazer o tratamento proposto para o SAMS, dentro do total de pessoas com resposta afirmativa para fazer o rastreio (94,4%) do que nas que não aceitariam fazer o rastreio (5,6%).

Pela confirmação desta hipótese, pode concluir-se que as pessoas que estão susceptíveis à aceitação do rastreio estão também susceptíveis à aceitação de tratamentos ou outros produtos que lhes possam ser oferecidos, dados que são alarmantes. Contudo, pode também observar-se que dentro das pessoas que responderam negativamente ao tratamento, mais de metade deu previamente uma resposta afirmativa na questão da realização do rastreio. Para explicar esta situação pode afigurar-se uma hipótese muito simples e infelizmente comum nos dias que correm, que é o facto de as pessoas referirem que “aceitar fazer o tratamento iria depender do custo que isso representaria no seu saldo mensal”. Apesar de poder demonstrar alguma precaução por parte das pessoas relativamente ao que lhes é oferecido, parece importante a consideração da possibilidade de haver indivíduos que, de forma preocupante, não fazem os tratamentos que lhes são prescritos, por não terem poder económico suficiente para suportar o respectivo custo.

A hipótese formulada depois - ***H12 – a toma de medicação contínua influencia uma resposta afirmativa para aceitação do tratamento do SAMS*** – após a aplicação do teste *Qui-Quadrado*, foi rejeitada pelo valor $p=0,237$. Com este valor pode concluir-se

que a percentagem relativa de pessoas que aceita a realização do tratamento dentro do grupo que toma medicação contínua é semelhante àquela que rejeita o tratamento dentro desse mesmo grupo (39,5% e 30,8%, respectivamente). Como se pode verificar pelos dados da Tabela VI relativos a esta hipótese, há inclusivamente mais pessoas a aceitar o tratamento dentro do grupo daquelas que não tomam medicação continuamente, do que no grupo das que fazem medicação crónica (60,5% e 39,5%, respectivamente). Pode também aqui recorrer-se à explicação que surgiu na hipótese anterior. Se as pessoas já fazem medicação têm conhecimento do valor financeiro que tal representa e por isso são mais cuidadosos quando lhes é oferecida a possibilidade de fazer um tratamento, estando preocupados com o custo de mais um medicamento ao fim do mês.

No caso da última hipótese formulada - *H13 - o facto de não haver noção de sofrimento do síndrome influencia uma resposta negativa quando se questiona a sua veracidade* – através da aplicação do mesmo teste estatístico obteve-se um valor $p < 0,001$, podendo afirmar-se que o facto de as pessoas considerarem, ou não, que sofrem do SAMS influencia a resposta quando questionados acerca da veracidade do síndrome. Há uma diferença estatisticamente significativa entre as percentagens relativas de indivíduos que julgam sofrer do SAMS embora considerem que a sua existência não é real (7,1%) e de indivíduos que não julgam sofrer do síndrome, e simultaneamente não acreditam na sua existência (92,9%).

Assim, reitera-se a hipótese inicial de que o facto de não haver noção de sofrimento do síndrome se associa a uma resposta negativa quando se questiona a sua veracidade.

A partir destes dados e ilacções particulares pode chegar-se a várias conclusões curiosas.

Desde logo que o fenómeno da venda da doença afecta igualmente homens e mulheres, não havendo também qualquer diferença consoante a educação escolar da pessoa. Por outro lado e coincidentemente, são as pessoas com doença crónica e com uma saúde considerada fraca ou razoável que mais noção têm de sofrer da doença por nós sugerida. No entanto e aqui se observe algo intrigante, são as pessoas que não têm doenças e as que não têm contacto com medicações contínuas, que mais susceptíveis estão a aceitar produtos ou serviços que podem ser vendidos e que constituem parte integrante deste fenómeno, nomeadamente fármacos e rastreios. Curiosamente, o estudo feito acerca desta temática em Portugal, por *Linhares, M. I.*, em estudantes de medicina e que eu já referi neste capítulo, chegou exactamente à mesma conclusão: é mais fácil promover a doença perante a população que é mais saudável. [2] E assim se caracteriza esta situação: como o lucro obtido com as pessoas doentes é já substancial, uma maneira de obter ainda maior rendimento é exactamente englobar a maioria populacional, que é saudável, fazendo crer que necessitam de uma qualquer actuação, por acaso profícua para quem tenha nela interesse. Estas actuações não se focam tanto na prescrição farmacológica, mas terão até maior significado em termos de exames complementares. Não buscando algo em concreto, contudo resultarão em falsos positivos, resultados limítrofes ou alterações inespecíficas de difícil interpretação que, ao invés de transmitirem a tão desejada tranquilidade procurada por estas pessoas com medo de ficar em risco de serem doentes, vão estimular mais ainda a necessidade de consultas e de diversas opiniões médicas. [14]

A pergunta que fica é se não devem as entidades que ditam as políticas de saúde regulamentar melhor todas as estratégias usadas para tornar as pessoas saudáveis em consumidoras de produtos médicos, na tentativa estéril e por vezes nociva, de melhorar ainda mais a sua saúde. [7] Por outro lado, até que ponto não deveriam as pessoas ser

instruídas acerca da dicotomia que há entre o conceito de organismo como um todo e de doença de um órgão, na tentativa de explicar as potenciais consequências globais do consumo de um fármaco? [15]

Seria de relevo apostar na educação de uma população com poucos conhecimentos acerca da saúde, ou conhecimentos de fonte incerta, porque uma pessoa munida de explicações correctas tem maiores possibilidades de fazer a escolha certa ou, pelo menos, de questionar a veracidade e benefício daquilo que quase lhe é "imposto", muitas vezes, como a cura de algo mau que ainda está para vir. Para isso, há um longo caminho a percorrer com certeza, em primeiro lugar em termos da educação médica e depois em termos da luta contra as avaliações meramente quantitativas e lucrativas dos profissionais de saúde.

O médico deve manter os seus princípios e acreditar que é ele que, pessoa a pessoa, pode conseguir a consciencialização de uma população.

Em suma, parece que a sociedade é e está altamente permeável à venda do medo de doença que lhe pode ser passado por meio de campanhas e rastreio para situações que se desconhecem no verdadeiro potencial de dano futuro, bem como ao tratamento que, muitas vezes, não tem ainda conhecidos os efeitos terapêuticos e adversos a curto e sobretudo a longo prazo.

CAPÍTULO V – CONCLUSÃO

Concluiu-se que existe uma grande abertura para a aceitação da realização de rastreios (87% dos inquiridos aceitam-nos) bem como no consentimento para a realização do tratamento (82,7% dos inquiridos respondem afirmativamente), ainda que para uma entidade da qual a maioria não julga sofrer (73,5% dos inquiridos). E verificou-se igualmente que, agrupando um conjunto de sintomas vagos mas comuns, se obteve uma percentagem muito elevada de inquiridos a considerar que o síndrome em questão existe na realidade (81,3%).

Urge, portanto, tomar medidas, adquirir conhecimento e ter uma atitude preventiva perante este excessivo intervencionismo médico. As pessoas já não vivem o bem que têm no presente com medo do mal que poderão ter no futuro. Actualmente já não se está triste, está-se deprimido e a precisar de terapêutica farmacológica. Já não se está cansado pelo dia de trabalho, está-se a precisar de um complexo multivitamínico revigorante.

Os médicos, especialmente os especialistas em Medicina Geral e Familiar têm o papel mais importante neste contexto através da prevenção quaternária. Acima de tudo, é preciso não esquecer a máxima que um verdadeiro defensor de cada doente tem mente: em primeiro lugar, não fazer mal.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao *Professor Doutor Luiz Miguel Santiago* pela exemplar orientação e toda a disponibilidade e auxílio durante a execução deste projecto.

Agradeço também ao *Professor Doutor Vitor Rodrigues* pela receptividade para a co-orientação deste projecto.

Agradeço igualmente ao *Dr. Jorge Silva* por ter disponibilizado a sua clínica para o preenchimento de alguns questionários.

Estou grata também a todos os que de forma anónima prestaram uma contribuição fundamental para que esta investigação avançasse, formando a base do estudo.

Um agradecimento especial ao *Afonso*, pelo acompanhamento diário e pelo tempo despendido com palavras de apoio e motivação. Obrigada pela ternura e persistência perante todas as inseguranças.

À *minha família*, nomeadamente aos *meus pais, irmão e avó*, por todo o carinho, apoio e paciência incondicional que tiveram, não só durante esta etapa mas durante todos estes seis anos trabalhosos da minha vida. Obrigada por acreditarem no sucesso deste longo trajecto. A eles dedico este trabalho.

REFERÊNCIAS

- [1] <http://www.oxforddictionaries.com/definition/english/-monger>;
- [2] Linhares, M.; *O "Disease Mongering" no ensino superior: Um estudo em alunos universitários de medicina*; [dissertação de mestrado]; Coimbra: Faculdade de Medicina da UC; Fev. 2013;
- [3] Cunha, M. F. C.; *A racionalidade da mercantilização da doença* [dissertação de mestrado]; São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2008;
- [4] Applbaum, K.; *Pharmaceutical Marketing and the Invention of the Medical Consumer*; PLoS Med. Abril 2006; 3(4): e189 [consultado em 2 Agosto 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434507/>;
- [5] Kuehle, T. *et al*; *Prevenção Quaternária, uma Tarefa do Clínico Geral*; in PrimaryCare; 2010. [consultado em 2 Agosto 2014]. Disponível em http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/de/2010/2010-18/2010-18-368_ELPS_port.pdf;
- [6] Heath, I.; *Combating Disease Mongering: Daunting but Nonetheless Essential*; PLoS Med. Abril 2006; 3(4): e146 [consultado em 2 Agosto 2014]. Disponível em <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0030146&representation=PDF>;
- [7] Mintzes, B.; *Disease Mongering in Drug Promotion: Do Governments Have a Regulatory Role?*; PLoS Med. Abril 2006; 3(4): e198 [consultado em 2 Agosto 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1434509/>;

- [8] Henry, D., Moynihan, R.; *The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action*; PLoS Med. Abril 2006; 3(4): e191 [consultado em 2 Agosto 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16597180>;
- [9] Almeida, L. M.; *Da Prevenção Primordial à Prevenção Quaternária*; in Revista Portuguesa de Saúde Pública; Vol. 23, Nº1-Janeiro/Junho, 2005. [consultado em 13 Agosto 2014]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-07-2005.pdf>;
- [10] European Commission, DG Health and Consumer Protection; "*Patient Safety – Making it Happen!*"; Luxembourg Declaration on Patient Safety; 2005. [consultado em 31 Agosto 2014]; Disponível em http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/ev_20050405_rd01_en.pdf
- [11] Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; *Disease mongering no centro dos debates*; [consultado em 14 Agosto 2014]. Disponível em <http://www.cnmgf.com/pt/conteudo/noticias/disease.html>;
- [12] Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar; *Prevenção quaternária: antes de mais, não prejudicar*; 2013; [consultado em 14 Agosto 2014]. Disponível em <http://www.apmgf.pt/index.php?section=news&action=details&id=146>;
- [13] Instituto Nacional de Estatística; *Estatísticas no Feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011*; INE, I.P., Lisboa · Portugal; 2012; [consultado em 20 de Agosto 2014]. Disponível em http://wie.ieee-pt.org/files/2013/11/Estatisticas_feminino.pdf;
- [14] Santos, J.A.; *A "cadeia alimentar" no mercado da saúde: do disease mongering ao doctor shopping*; Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,

9(31):210-212; Rio de Janeiro; 2014; [consultado em 20 de Agosto 2014]. Disponível em <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/853>;

[15] Santiago, L. M., Massano Cardoso, S.; *Medicamentos e corpo, Consumidores de fármacos o que pensam e o que sabem*; 21(5): 453-460, Acta Médica Portuguesa; 2008; [consultado em 3 de Agosto 2014]. Disponível em www.actamedicaportuguesa.com;

ANEXO

O Síndrome "Alteração Matinal da Segunda-feira de Manhã" (SAMS) é um hipotético novo conjunto agrupado de sinais e sintomas que, todos juntos, só acontecem na segunda-feira de manhã e que consiste em ter:

Na manhã das segundas-feiras vontade de não sair da cama, sensação de que ninguém gosta de nós, má disposição, cansaço, dificuldade em fazer coisas simples ao acordar (como vestir ou ir lavar os dentes), estar irritado e ter alterações em análises de sangue.

O SAMS existirá nas populações que aproveitam o fim-de-semana para distração ou trabalho e que na segunda-feira têm de fazer alguma coisa.

O SAMS tem já um rastreio [questionário e análises], para fazer o diagnóstico.

O SAMS será tratável por um novo medicamento que desenvolvemos especificamente.

Agradecemos a sua resposta às questões abaixo sabendo que pode, a qualquer altura deixar de responder e que pode recusar-se a responder. Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu.

Sofre de alguma doença crónica: Sim Não

Sexo: Feminino Masculino **Idade:** ____ anos

Toma medicamentos continuamente: Sim Não

Formação académica:

Menor que a 4ª classe ou 6ºanos(1); 4ª classe ou 6º ano (2) ;

5º ano antigo ou 9º ano actual (3) ; Superior ao 5º ano antigo ou 9º ano actual (4).

Em geral, diria que a sua saúde é:

Óptima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Julga sofrer deste síndrome? Sim Não

Concordaria em fazer este rastreio? Sim Não

Sendo o rastreio positivo concordaria em realizar o tratamento? Sim Não

Julga ser o SAMS muito frequente? Sim Não

Julga que este síndrome existe? Sim Não