

## **A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

**Júlia Maria Guilherme Ribeiro Antunes**

Médica e Médica Dentista

Instituto Superior de Ciências da Saúde

Assistente

Rua das Searas, 47 2790-151 Carnaxide Portugal

Telefone: +351 917263741 julia@antunes.net

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v4.586>

*Fecha de Recepción: 21 Febrero 2014*

*Fecha de Admisión: 30 Marzo 2014*

### **ABSTRACT**

The University students are usually well educated, healthy, is a relatively homogeneous socioeconomic and relatively privileged group culture and “status”, being undoubtedly a potential future leadership that can influence with some ease other social groups at different times of the cycle life, taking on the role of change agents. They are also, will start, more motivated to knowledge about behaviors and healthy lifestyles. Show that attitudes towards issues of common health? Which actors, the itineraries of health and illness that question? Laymen, doctors, pharmacists, neighbors, friends, family? Or just wait & see?

Were surveyed by questionnaire 502 college students from Health Sciences. It is an exploratory, descriptive and cross-sectional study which presents some results in this article, that it highlights the correlation of their health practices with the concept quaternary prevention, in which most of the time only involve the technique of wait & see.

This is opposed to those that shaped the medicalization of our society in a very recent past. We may think of this social group as a motivator for profound changes in the practices of health/disease for next years, applying day by day, the concept and philosophy of quaternary prevention?

Keywords: Health practices, quaternary prevention

### **RESUMO**

Os estudantes Universitários habitualmente são bem educados, saudáveis, são um grupo relativamente homogéneo e privilegiado relativamente a cultura e “status” socioeconómico, constituindo sem dúvida, um potencial de liderança futuro que poderá influenciar com alguma facilidade outros grupos sociais em diversos momentos do ciclo de vida, assumindo o papel de agentes de mudança. Estão também, à partida, mais motivados para os conhecimentos acerca de comportamentos e estilos de vida saudáveis. Que atitudes apresentam perante problemas de saúde vulgares?

## A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Quais os actores, nos itinerários de saúde – doença, que questionam? Leigos, médicos, farmacêuticos, vizinhos, amigos, familiares ? Ou apenas esperam que passe (wait & see)?

Foram inquiridos através de questionário 502 estudantes universitários da área de estudos de Ciências da Saúde. Tratou-se de um estudo exploratório, descritivo e transversal do qual se apresentam alguns resultados neste artigo, em que ressalta a concordância das suas práticas de saúde com o conceito de prevenção quaternária, em que grande parte das vezes apenas envolvem a técnica da “espera” (wait & see).

Trata-se de atitudes opostas àquelas que modelaram a medicalização das nossas sociedades num passado muito recente. Poderemos pensar neste grupo social como motivador de mudanças profundas na práticas de saúde/doença dos anos vindouros, aplicando no dia a dia, o conceito e filosofia da prevenção quaternária?

Palavras chave: Práticas de saúde, prevenção quaternária

### INTRODUÇÃO

A Prevenção Quaternária é uma filosofia nova com potencial para modificar a forma como a nossa sociedade lida com práticas de saúde e doença. Assim, «*as cascadas diagnósticas*» podem ser travadas com o simples «*esperar e ver*» ou «*wait and see*» também chamada demora «*permitida*». As campanhas de prevenção de benefícios duvidosos ou mesmo desnecessárias devem ser alvo críticas como as avaliações de risco genético (Gérvas, 2003).

A prevenção quaternária defende o princípio da proporcionalidade (os ganhos devem superar os riscos) e o da precaução (*primum non nocere*) ou seja, primeiro não lesar (Almeida, 2005).

A prevenção quaternária prima pela ética da negativa isto é simplesmente dizer não à corporação profissional-tecnológico-farmacêutica inclusive à opinião pública (Gérvas 2006 e 2005).

Em 2002, Starfield referiu que, 40% dos pacientes, que trazem um novo problema de saúde à consulta, melhoram sem que tenha sido formulado um diagnóstico específico. No compasso de espera, o diagnóstico pode ser afinado, reduzindo-se as possibilidades de falsos positivos e de falsos negativos dos testes diagnósticos.

Por estas razões Gérvas & Pérez-Fernández (2006) referem “*A chave da prevenção quaternária é não iniciar a cascata de exames, não classificar o paciente, não abusar do poder de definir o que é enfermidade, factor de risco e saúde. Há que se resistir tanto à pressão da corporação farmacêutica, tecnológica e profissional como também dos pacientes. Há que se desenvolver e estruturar uma ética negativa, baseada no contrato social implícito que exige do médico o cumprimento de sua obrigação mesmo que haja uma demanda insaciável para iniciar a cascata diagnóstica e preventiva desnecessária*”.

Na prática clínica diária a prevenção quaternária cada vez é mandatório estar mais presente, ela limita os abusos de definição de saúde, doença e factores de risco. Exige actualização permanente espírito crítico e sobretudo bom senso.

Em 1966 e 1973, Irving Zola, interessou-se pela análise dos motivos de consulta e verificou que aquilo que numa cultura é um sinal para ir ao médico e que é assim indicador de doença, noutra nem por isso, pode mesmo ser encarado dentro da normalidade. Em 1995, Massé fala do saber leigo sobre a saúde e a doença como um sub-sistema cultural com os seus conhecimentos e crenças e também os seus valores, símbolos, concepções e representações segundo uma lógica própria. As causas de doença, relacionam-se com o quadro de vida do indivíduo, com a sua rede de suporte social e com o seu universo social mais amplo, a comunidade. As concepções de saúde dos alunos são complexas dependem da história de vida de cada pessoa, da sua cultura e das suas representações sociais (Sousa Carvalho, 2010). A esta epidemiologia sociocultural centrada nos diagnósticos médicos podemos acrescentar uma etno-epidemiologia para estudo e caracterização das

categorias diagnósticas leigas e assim as doenças aparecem-nos como construções socioculturais que podem ter tantos significados quanto os contextos em que são definidas. Nesta “nova epidemiologia”, os diagnósticos poderão ser considerados como construtos culturais (Massé, 1995). O saber leigo sobre saúde e doença, contextualiza não só os sintomas, mas também outros elementos como as causas, as circunstâncias, os comportamentos. Para os técnicos de saúde, a probabilidade do risco justifica a evicção do comportamento, para os leigos nem por isso, pois o perigo nem sempre se confirma.

Em 1977, Cassel lembrou que as pessoas têm a sua personalidade, experiência de vida, laços familiares, cultura, visão do mundo, expectativas de futuro. É com todo este arsenal que enfrentam a doença e desenvolvem as respostas ao sofrimento ao qual são mais sensíveis enquanto os técnicos percebem mais a doença-patologia.

A cultura leiga, está em permanente reconstrução e apresenta um dinamismo na integração dos diversos actores, presentes e concorrentes a uma resposta final.

Assim, os conhecimentos da medicina contribuem para compreender o significado do adoecer, os tratamentos podem envolver os receitados pelo médico, pelo vizinho, amigo, familiar, as “mesinhas”, as medicina alternativas ou complementares á medicina alopática, numa corrida vertiginosa que às vezes parece paradoxal, mas que à luz das representações sociais, dos valores, da experiência e tradição acabam por explicar as escolhas que o indivíduo vai fazer.

O paciente a quem foi prescrito um medicamento na sua privacidade, entra numa linha de “auto-medicação”, isto é, ele vai decidir a quantidade se toma ou não quando toma e outras variáveis que poderão aparecer segundo os casos em questão. Trata-se de utilizar ma poção mágica, receita da por um “feiticeiro do nosso tempo” perfeitamente legitimado : o médico.

Em 2001, Fainzang, encontrou explicação para alguns comportamentos segundo a variável religião. Para católicos e muçulmanos não há direito à interrupção do tratamento, os judeus e protestantes reivindicam-no. A receita é arquivada pelos judeus, e deitada fora pelos muçulmanos.

A fenomenologia da saúde/doença envolve para além do saber leigo, a ciência e arte médica, bem com o sector alternativo. Kleinman (1988) desenvolveu este modelo que os leigos percorrem ao longo das suas vidas, e em que a explicação da doença, os algoritmos diagnósticos e os tratamentos são diferentes. Nalgumas sociedades, o sector alternativo está tão presente quanto o sector médico. A homeopatia, acupunctura, fitoterapia, naturopatia, osteopatia expandiram-se notoriamente desde os anos 50.

Até ao encontro com um profissional, médico ou alternativo, é no sector leigo que as pessoas vão procurar ajuda, e é a ele que regressam depois de saírem do consultório, aí avaliam resultados e decidem como continuar. Auto-cuidados, cuidados tradicionais, e cuidados alternativos vão-se arranjar e combinar, ao longo do itinerário terapêutico, avaliando-se permanentemente a eficácia que deles se espera (Fassin,1992). É um processo dinâmico, conduzido pelo paciente dependente de lógicas multiplas, é um itinerário terapêutico nos itinerários de saúde-doença!

Vamos procurar conhecer que atitudes desenvolvem os Universitários perante alguns problemas de saúde frequentes no nosso dia a dia.

## MATERIAL E MÉTODOS

Podemos definir este estudo como descritivo, transversal e exploratório acerca do qual se irão apresentar e analisar alguns resultados.

A unidade de observação foi “*aluno de curso de Ciências da Saúde*”. Neste caso responderam os alunos dos cursos de Cardiopneumologia, Radiologia, Terapia da Fala e de Fisioterapia, Anatomia Patológica, Citológica e Tanatológica e Prótese Dentária.

Os questionários foram aplicados em sala de aula visando a maior concentração de jovens em ambiente tranquilo no local de reflexão com vista ao seu melhor preenchimento.

## A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

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

O tratamento dos dados foi efectuado em duas fases correspondendo, às fases da colheita de dados também duas (2010/2011) este intervalo permitiu redefinir e refletir a problematização em estudo, afinando alguns dos seus objectivos. A base de dados foi encerrada em Fevereiro de 2011.

### CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

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

Se a investigação é do tipo descritivo, exploratório, podem ser utilizadas amostras não aleatórias, uma vez que não se pretende realizar uma análise crítica dos dados apurados, para daí inferir e extrapolar para a população que está a ser objecto de investigação. Os estudos descritivos/exploratórios são desenhados para problemas novos ou pouco estudados nos quais se pretende saber como abordar e estudar os fenómenos em causa,

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

No quadro que segue descreve-se sucintamente a amostra:

Amostra

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

Neste estudo as mulheres representam 76,7% da amostra, contra 21,9% de homens. Isto é concordante com a frequência feminina cada vez maior do Ensino Superior de Ciências da Saúde. A média de idades femininas e masculinas (18/21) adequa-se com o estatuto de jovem estudante universitário.

### TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

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

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

### RESULTADOS

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

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

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

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

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

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

Foi feita uma pergunta acerca das atitudes perante alguns problemas de saúde (febre, tosse, cansaço, dores no corpo, nervosismo, tristeza, insónias, dores de cabeça, dores de dentes, má digestão, mal da barriga, problemas de pele, gripe, ver mal, dificuldades sexuais) e sua resolução (esperar que passe, usar tratamentos caseiros, usar medicamentos que conhece, falar com o médico ou farmacêutico ou amigo, vizinho ou familiar) cujos resultados se apresentam no quadro seguinte:

Atitudes dos estudantes universitários perante problemas de saúde frequentes.

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

## DISCUSSÃO

Como estudo exploratório não lhe podemos conferir o rigor necessário para extrapolar conclusões para o universo correspondente a este grupo etário. No entanto para esta amostra de alunos universitários do primeiro ano de cursos da área de Ciências da Saúde, podemos observar que curiosamente e exceptuando dores de dentes, problemas de pele, gripe/constipação, ver mal, difi-

## A PREVENÇÃO QUATERNÁRIA NAS PRÁTICAS DE SAÚDE DOS ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

culdades sexuais, em que consultam o médico preferencialmente ao farmacêutico, na maior parte dos problemas apresentados, há a atitude da “espera” ou “wait & see”, nalguns casos como na febre, na tosse, dores no corpo, dores de cabeça/dentes, má digestão, mal da barriga, gripe/constipação, usam medicamentos que já conhecem, provavelmente prescritos para a mesma finalidade anteriormente, tratando-se aqui de automedicação responsável, que se tem tentado desenvolver com políticas para aí direcionadas, nos últimos anos tendo em vista as actuais dificuldades económicas das nossas sociedades. Também curiosamente, os tratamentos caseiros, aparecem na tosse, má digestão e mal de barriga, deixando supor velhas ilustrações do imaginário leigo, que necessitam mais estudo para as decifrar. Os amigos, vizinhos e familiares são consultados na tristeza, talvez como “desabafo” e nos problemas sexuais que são da esfera íntima.

### CONCLUSÕES

No seu conjunto, parecem co-existir harmonia e adequação de atitudes temperadas com bom senso, nestes jovens universitários, que talvez sem saberem praticam naturalmente princípios de prevenção quaternária tão defendidos nalguns círculos do saber, como forma de limitar os problemas de medicalização, iatrogenia, interacções medicamentosas presentes na nossa sociedade. Serão futuramente estes os interlocutores que procuraremos para implementar mudanças sociais nos itinerários de saúde/doença ?

### BIBLIOGRAFIA

- Almeida L.M. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23, 91-6.
- Cassell, E. J. (1997) “The Nature of suffering and the goals of medicine”, in Henderson, G.E.; King, N.M.P. *et al.* (eds.), *The social medicine reader-Culture, health and illness*, Duke University Express, 12-23.
- Fainzang, S. (1997) «Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites de malades», *Sciences Sociales et Santé*, 15, 3, 30. *Narratives* Basie Books, Inc., New York, 3-29; 251-267.
- Fassin, D. (1992) *Pouvoir et maladie en Afrique*, PUF, Paris.
- Gérvás J, Pérez Fernández M. (2006). Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*, 20 Suppl 3. 66-71.
- Gérvás J., Fernandez, M.P. (2003). Genética y prevención quaternaria : el ejemplo de la hemacrotosis. *Aten Primaria* 2003 Jul 30; 32 (3): 158-62.
- Gérvás J. (2006). Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención quaternaria en España. *Gac Sanit* 2006 Mar; 20 Supl 1: 127-34
- Kleinmam A. (1988). Suffering, healing, and the human condition. In *The Illness Narratives* Basie Books, Inc., New York, 3-29; 251-267.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique*, Gaetan morin éditeur, Paris.
- Sousa Carvalho, A (2010). Efeito da formação nas concepções de saúde e de promoção da saúde de estudantes do ensino superior. *Rev Port Saúde Pública* 2010;28:161-70-vol28 num 02.
- Starfield B. (2002). Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1ª Ed. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde.
- Zola I.K. (1973). Pathways to the doctor-from person to patient. *Social Science & Medicine*, 7, 677-689.