



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# **Disease Mongering/ “venda do medo de doença”**

**Mariana Marques Pinto**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em  
**Medicina**  
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor Luiz Miguel Santiago

**Covilhã, Abril de 2016**



# Resumo

**Objetivos:** Num ambiente de hipotética síndrome que só ocorre às terças-feiras de manhã (STM) perceber as diferenças de resposta para as questões “Julga sofrer desta síndrome”, “Concordaria em fazer este rastreio”, “Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento”, “Julga ser a síndrome muito frequente” e “Julga que esta síndrome existe” entre duas populações, uma universitária (PU) e outra não universitária (PNU). Comparar os resultados com os de anteriores trabalhos para a mesma síndrome que acontecia apenas à segunda-feira de manhã (SSM), também nos dois referidos tipos de população.

**Métodos:** Estudo observacional por questionário, após parecer ético positivo, a 330 pessoas (PNU) na região da Cova da Beira em Portugal e em 117 pessoas universitárias (PU) do atual 6º ano de Medicina na Faculdade Ciências da Saúde da Beira Interior com o respetivo consentimento informado.

**Resultados:** Amostra de n=446 (73,7% PNU) com uma média de idades de  $36,6 \pm 15,2$  e com 65,5% do género feminino.

Comparando a PNU com a PU em relação às questões essenciais deste trabalho foram obtidos como resultados “Julga sofrer desta síndrome” 13,1% vs 5,1% ( $p=0,011$ ), “Concordaria em fazer este rastreio” 68,4% vs 54,7% ( $p=0,006$ ), “Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento” 61,7% vs 29,9% ( $p<0,001$ ), “Julga ser a síndrome muito frequente” 23,7% vs 15,4% ( $p=0,038$ ) e “Julga que esta síndrome existe” 47,1% vs 23,9% ( $p<0,001$ ).

Ao comparar o SSM com o STM na PNU foram obtidos como resultados “Julga sofrer desta síndrome” 13,4% vs 13,1% ( $p=0,501$ ), “Concordaria em fazer este rastreio” 67,9% vs 68,4% ( $p=0,481$ ), “Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento” 62,5% vs 61,7% ( $p=0,447$ ), “Julga ser a síndrome muito frequente” 23,1% vs 23,7% ( $p=0,464$ ) e “Julga que esta síndrome existe” 48,8% vs 47,1% ( $p=0,363$ ).

Por último, conferindo o SMM com STM na PU foram apurados como resultados “Julga sofrer desta síndrome” 56,3% vs 5,1% ( $p<0,001$ ), “Concordaria em fazer este rastreio” 18,5% vs 54,7% ( $p<0,001$ ), “Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento” 60,9% vs 29,9% ( $p<0,001$ ), “Julga ser a síndrome muito frequente” 41,1% vs 15,4% ( $p<0,001$ ) e “Julga que esta síndrome existe” 37,1 vs 23,9% ( $p=0,015$ ).

**Discussão:** Neste estudo comparando PNU e PU foi verificado que em ambas as populações é pouco frequente o julgar sofrer desta síndrome (13,1% vs 5,1%,  $p=0,011$ ), sendo a aceitação do rastreio mais marcada (68,4% vs 54,7%,  $p=0,006$ ) em particular em PNU. Quanto à aceitação do tratamento em caso de diagnóstico verifica-se que a PNU tem maior aceitação

(61,7% vs 29,9%,  $p < 0,001$ ) e quanto à crença na existência desta síndrome verifica-se, de novo, maior frequência de aceitação em PNU (47,1% vs 23,9%,  $p < 0,001$ ), significando maior suscetibilidade por parte da PNU à sobremedicação e ao sobrediagnóstico. Ambas as populações não consideram esta síndrome muito frequente (PNU: 76,3% e PU: 84,6%,  $p = 0,038$ ).

Comparando SSM com STM na PNU, foi verificado que raramente julgam sofrer destas síndromes (13,4% vs 13,1%,  $p = 0,501$ ). A grande aceitação ao rastreio é notável em ambas as populações (67,4% vs 68,4%,  $p = 0,481$ ), assim como o tratamento (62,5% vs 61,7%,  $p = 0,447$ ). Estes resultados comprovam a elevada suscetibilidade da população geral a este fenómeno de *disease mongering*. Quanto à opinião sobre a frequência da existência destas síndromes (23,1% vs 23,7%,  $p = 0,464$ ) não se regista diferença considerável entre ambas. Em relação à crença nesta hipotética síndrome (48,8% vs 47,1%,  $p = 0,363$ ) pode-se concluir que, dada a semelhança dos resultados, o dia da semana não tem grande influência e reforça a suscetibilidade à venda do “medo da doença”.

Comparando a SSM com o STM na PU, foi verificada uma maior percentagem na SSM a julgar sofrer desta síndrome (56,3% vs 5,1%,  $p < 0,001$ ), na aceitação do tratamento (60,9% vs 29,9%,  $p < 0,001$ ), na frequência da existência destas síndromes (41,1% vs 15,4%,  $p < 0,001$ ) e na crença no mesmo (37,1% vs 23,9%,  $p = 0,015$ ). Isto leva-nos a pensar que, atualmente, os alunos são mais resistentes a este fenómeno; apesar de se submeterem em maior percentagem ao rastreio (18,5% vs 54,7%,  $p < 0,001$ ) é mais difícil aceitarem um tratamento desconhecido, assim como acreditarem nesta síndrome hipotética.

Palavras-chave: “*Disease Mongering*”, “Rastreio”, “Sobremedicação”, “Sobrediagnóstico” e “Prevenção Quaternária”.

# Abstract

Objectives: To acknowledge the opinion to the questions: "Do you think you have this syndrome?", "Would you agree on doing the screening?", "If the screening turns positive, would you agree on receiving treatment?", "Do you think this is a much prevalent syndrome?", "Do you think this is a real syndrome?", of the tuesdays morning sickness (STM), between University Population and Non University Population. To compare the results with other results from previous papers for the same syndrome only on the mondays morning sickness (SSM), for both populations.

Methods: Observational Study by survey, 330 people in Cova Beira and 117 students of FCS with informed consent granted.

Results: Sample n=446 (73,7% NUP) with age mean 36,6±15,2 and with female gender 65,5%.

If we compare UP with NUP in relation to the essential questions, we obtain the following results "Do you think you have this syndrome?" 13,1% vs 5,1%, "Would you agree on doing the screening?" 68,4% vs 54,7%, "If the screening turns positive, would you agree on receiving treatment?" 61,7% vs 29,9%, "Do you think this is a much prevalent syndrome?" 23,7% vs 15,4%, "Do you think this is a real syndrome?" 47,1% vs 23,9%.

If we compare SSM with STM in NUP therefore we obtain the following results "Do you think you have this syndrome?" 13,4% vs 13,01%, "Would you agree on doing the screening?" 67,9% vs 68,4%, "If the screening turns positive, would you agree on receiving treatment?" 62,5% vs 61,7%, "Do you think this is a much prevalent syndrome?" 23,1% vs 23,7%, "Do you think this is a real syndrome?" 48,8% vs 47,1%.

By last, if we check SMM with STM in UP we obtain "Do you think you have this syndrome?" 56,3% vs 5,1%, "Would you agree on doing the screening?" 18,5% vs 54,7%, "If the screening turns positive, would you agree on receiving treatment?" 60,9% vs 29,9%, "Do you think this is a much prevalent syndrome?" 41,1% vs 15,4%, "Do you think this is a real syndrome?" 37,1% vs 23,9% as results.

Conclusions: In this study comparing UP and NUP we could conclude that both populations seldom believe that they are suffering from this syndrome (13,1% vs 5,1%). Relatively to the screening acceptance (68,4% vs 54,7%), no differences were found. The "acceptance of treatment" (61,7% vs 29,4%) and "believe in the existance of this hypothetical syndrome" (47,1% vs 23,9%), were different with the conclusion that there is a higher susceptibility by the NUP population to overmedicalisation and overdiagnosis. Both populations don't consider this syndrome as very prevalent (NUP: 76,3% and UP: 84,6%).

If we compare SSM with STM in PNU, then we find that this population seldom believes to suffer from the syndrome (13,4% vs 13,1%). The great survey acceptance is notable in both populations (67,4% vs 68,4%), as it is the treatment acceptance (62,5% vs 61,7%). These results prove that there is a higher susceptibility of general population to disease mongering. There were no differences on the opinions in relation to the prevalence of this syndrome (23,1% vs 23,7%). In relation to the real believe in this hypothetical syndrome (48,8% vs 47,1%), we can conclude that the day of the week does not appear to have much impact on the results, what therefore reinforces disease mongering as a real phenomenon.

Compariying SSM with STM in PU, a larger proportion of sufferance in SSM is found for thinking to have this syndrome (56,3% vs 5,1%,  $p<0,001$ ), accepting its treatment (60,9% vs 29,9%,  $p<0,001$ ),judging the existence of these syndromes (41,1% vs 15,4%,  $p<0,001$ ) and in the belief of its existence (37,1% vs 23,9%,  $p=0,015$ ). The conclusion is that, nowadays PU are more resistant to this phenomenon, although they are more prone to submit to screening (18,5% vs 54,7%,  $p<0,001$ ) but less willing to accept treatment and to believe in this hypothetic syndrome.

Keywords: “Disease Mongering”, “Screenings”, “Overmedicating”, “Overdiagnosing” and “Quaternary Prevention”.

# Índice

<b>Resumo</b> .....	iii
<b>Abstract</b> .....	v
<b>Lista de tabelas</b> .....	ix
<b>Lista de acrónimos</b> .....	xi
<b>Introdução</b> .....	1
<b>Métodos</b> .....	5
<b>Resultados</b> .....	7
<b>Discussão</b> .....	13
<b>Conclusões</b> .....	17
<b>Referências</b> .....	19
<b>Consentimento informado</b> .....	21
<b>Questionário</b> .....	23
<b>Parecer da Comissão de Ética da FSC-UBI</b> .....	25
<b>Parecer da Comissão de Ética da ARS Centro</b> .....	27
<b>Declarações do orientador</b> .....	29



# Lista de tabelas

Tabela I: Análise populacional e variáveis epidemiológicas relativamente ao questionário referente à síndrome STM.

Tabela II: Respostas às questões essenciais deste trabalho relativamente ao STM na PU e PNU.

Tabela III: Análise populacional e variáveis epidemiológicas comparando os dois estudos SSM e STM na PNU.

Tabela IV: Análise das questões relevantes do trabalho nos dois estudos na PNU.

Tabela V: Análise populacional e variáveis epidemiológicas comparando entre os dois estudos SSM e STM na PU.

Tabela VI: Análise das questões relevantes do trabalho nos dois estudos na PU.



# Lista de acrónimos

PU (UP): População Universitária

PNU (NUP): População não Universitária

SSM: Síndrome de alterações matinais de Segunda-feira de Manhã

STM: Síndrome de alterações matinais de Terça-feira de Manhã



# Introdução

“Meu sonho, há muito tempo, é produzir medicamento para as pessoas saudáveis. Assim, a minha empresa poderá vender produtos para todo mundo” Henry Gadsden (Diretor da Merck)

O pensamento citado está na génese do fenómeno de *disease mongering*. O termo *disease mongering* ou “venda da doença”, alimentado por interesses económicos, define de forma simples um fenómeno que afeta cada vez mais a nossa sociedade. Chamamos *disease mongering* ao fenómeno de conversão de indivíduos saudáveis em doentes a partir da criação de uma preocupação exagerada nos mesmos em sofrer de uma doença, persuadindo-os à realização de exames complementares de diagnóstico e à efetuação de tratamentos. Tem como consequências o gasto errado destes recursos, assim como o aumento de danos iatrogénicos. [1]

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem vindo, desde 1985, a alertar para o uso racional de medicamentos, mas só em 2005 é que foi criado o conceito de Prevenção Quaternária por Marc Jamouille e Michael Roland, de modo a proteger a sociedade dos riscos da sobremedicalização e do sobrediagnóstico. Segundo o princípio hipocrático *primun non nocere* (“em primeiro lugar, não prejudicar”), o objetivo deste nível de prevenção é evitar danos provocados por atos médicos exagerados e desnecessários e, desta forma, diminuir a iatrogenia. [2, 3]

O acesso à prática clínica e o conseqüente contacto direto com o doente, ao longo do percurso académico iniciado em 2010, despertaram o interesse pessoal para o fenómeno de *disease mongering*. Esta preocupação em torno da temática de estudo, ainda se intensificou com a observação do gradual aumento da iatrogenia e polifarmácia.

A culpa não pode ser atribuída apenas às companhias farmacêuticas. Por exemplo os médicos ao prescreverem determinado tratamento ou diagnosticarem certa doença, assim como os doentes que, sem base científica, acreditam ter uma doença grave e aceitam todos os exames e tratamentos, estão a contribuir para a expansão deste fenómeno. [4,5]

A causa da iatrogenia está diretamente relacionada com a falha na observação do doente, que não é observado como um todo mas antes como um sistema específico (que a sua especialidade trata). Como consequência, assiste-se a que a medicação para um determinado sistema contrarie, ou mesmo potencialize, o efeito da medicação receitada por outro especialista.

O medicamento não deve ser pensado como o único instrumento de promoção e manutenção de saúde, uma vez que existem outras alternativas não farmacológicas, tais como o exercício físico e as alterações dietéticas. Só assim é possível oferecer ao doente todos os seus direitos na saúde. [6, 7] A promoção dos medicamentos quando não regulada adequadamente pode criar falsas necessidades, efeitos não comprovados cientificamente ou até mesmo trazer promessas ilusórias de cura e bem-estar.

Outra falha grave prende-se com a explicação dos objetivos da medicação que muitas vezes não é dada pelo médico ao doente, sendo a falta de tempo de consulta geralmente apontada como a razão dessa falha. É porém necessário consciencializar os médicos de que, em muitos casos, o tempo gasto com essas explicações pode contribuir para a redução da morbidade, da iatrogenia e do conseqüente aumento dos anos de vida saudáveis dos utentes. [8]

Com base na experiência pessoal, o médico de família tem, principalmente nestes casos, um papel muito importante dado o seu conhecimento acerca do doente, como um todo assim como à sua família. O profissional pode então reverter este fenómeno de *disease mongering* aplicando a prevenção quaternária em todos os seus encontros com o doente. Por outras palavras, o médico deve assumir uma atitude racional na escolha coerente de determinado meio complementar de diagnóstico e de determinado tratamento, avaliando os benefícios e as conseqüências para o indivíduo; ter sempre em conta as queixas do doente e observar o mesmo como um todo e não apenas como o sistema específico que a sua especialidade trata. Além disso, necessita de melhorar os métodos de comunicação evitando o aumento do número de doentes dependentes de consultas, de exames complementares e de tratamentos em situações não necessárias, infelizmente muitas vezes induzidas por anúncios e outra “propaganda” comercial. [1, 4, 9, 10, 11]

Perante os problemas observados, este trabalho surge na intenção de alertar a comunidade médica, mas também a população geral, para as conseqüências do *disease mongering* e vantagens da sua redução.

A questão central deste estudo é demonstrar “até que ponto a sociedade está suscetível a este fenómeno “da venda da doença?””

Com base no questionário sobre a aceitação por parte da população não universitária, quer de rastreio, quer de tratamento, bem como sobre a frequência julgada, procura-se compreender o quanto esta é suscetível a este fenómeno; o mesmo foi verificado em relação à população universitária, especificamente aos futuros médicos (atuais alunos do 6º ano de medicina). Os objetivos do estudo consistem em perceber a suscetibilidade da população face ao fenómeno de *disease mongering*, a partir da análise das respostas às questões essenciais: “Julga sofrer desta síndrome”, “Concordaria em fazer este rastreio”, “Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento”, “Julga ser a síndrome muito frequente” e

“Julga que esta síndrome existe”, verificando se o dia da semana e o tipo de população determinam os resultados.

Este inquérito abrangeu dois tipos de população, que foram comparados entre si: a população não universitária (da região centro de Portugal) e a população universitária (estudantes universitários do atual 6º ano do curso de Medicina da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade da Beira Interior), relativamente à ocorrência da Síndrome de alterações matinais de Terça-feira de Manhã (STM).

Os resultados obtidos no referido inquérito foram posteriormente comparados aos de outros dois estudos, da autoria de Maria Linhares (2013) e Ana Augusto (2014), respetivamente. Estes dois estudos de referência analisaram as mesmas questões, porém referentes à ocorrência da Síndrome de alterações matinais de Segunda-feira de Manhã (SSM). Esclarecer ainda que nos mesmos, o tipo de população inquirida divergiu: no estudo de Maria Linhares (2013), a população universitária (finalistas do curso de Medicina da Universidade de Coimbra); no estudo de Ana Augusto (2014), a população não universitária da região centro de Portugal. [<sup>12,13</sup>]



# Métodos

Após parecer ético positivo, tanto da Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior, como da Comissão de Ética da ARS do centro, em 2015 foi realizado um estudo populacional, transversal, através da aplicação de um questionário, numa amostra de conveniência de 330 pessoas (PNU) na região da Cova da Beira em Portugal, em locais não relacionados com instituições médicas, e em 117 alunos (PU) do atual 6º ano de Medicina na Faculdade Ciências da Saúde da Beira Interior, que se encontra em anexo, tal como o respetivo consentimento informado. Em relação à PU, o questionário foi entregue no final de um exame, com a devida autorização do professor responsável pela disciplina. Não foi possível questionar todos os alunos dado que uma pequena percentagem deles se encontra ausente, seja por se encontrarem ao abrigo do programa de mobilidade ERASMUS, seja por realizarem estágios noutros locais do país.

A conceção do questionário passou por várias fases. Inicialmente foram elaborados o texto e as perguntas (o arquétipo). De seguida, foi feita a validação por peritos: três médicos, um sociólogo, um psicólogo, um assistente social, uma enfermeira e um professor universitário, concluindo-se que o questionário permitia medir os objetivos. Por fim, foi feita a aplicação a 15 consulentes para saber qual o tempo aproximado de preenchimento (3 minutos e 30 segundos em média) e se haveria dúvidas suscitadas pelas questões, o que não se verificou.

O questionário, em anexo, contém um consentimento informado com o objetivo de esclarecer as pessoas para a finalidade do mesmo. O texto introduz com um breve descrição acerca da síndrome “Alteração Matinal de Terça-feira de Manhã” (STM), assim como a sua sintomatologia, o método de rastreio e o respetivo tratamento; Abrange seis questões para caracterização epidemiológica, tais como “Sofre de alguma doença crónica”, “Sexo”, “Idade”, “Toma medicamentos continuamente”, “Formação académica” (com 4 possíveis respostas, de “menor que a 4ª classe ou 6º ano” a “superior que o 5º ano antigo ou 9º ano atual”) e “Em geral, diria que a sua saúde é” (com cinco repostas possíveis, que podem variar de fraca a ótima). Depois surgem as questões específicas relativas à STM, que se traduzem por: “Julga sofrer desta síndrome”, “Concordaria em fazer este rastreio”, “Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento”, “Julga ser a síndrome muito frequente” e “Julga que esta síndrome existe” com duas variáveis de resposta (Sim vs Não). A confidencialidade e o anonimato estiveram sempre presentes durante todo o processo.

Finalmente, com o programa *Statistical Package for Social Sciences* - SPSS (versão 22.0), procedeu-se à realização de análise estatística descritiva e inferencial, esta pelos testes *U de Mann-whitney* para variáveis ordinais e *Chi-Square* para variáveis nominais. Para a inferência quanto a variáveis numéricas foi usado o *t de student*, após verificação da normalidade da distribuição dos dados.



## Resultados

Através da utilização da estatística descritiva e inferencial, após a elaboração da base de dados, verifica-se na amostra com 446 pessoas, com idades compreendidas entre os 11 (mínimo) e os 85 anos (máximo), e idade média de  $36,6 \pm 15,2$  anos:

Foram estudadas duas populações, população não universitária (PNU) com  $n=329$  (73,7%) e população universitária (PU) com  $n=117$  (23,3%).

Em relação ao género temos 65.5% de mulheres na população total. Mais especificamente dentro da PNU 64,4% do sexo feminino e na PU 68,4% são mulheres.

Quanto a considerar sofrer de doença é de 16,2% da PU e 15,5% da PNU a respetiva proporção. Toma medicação crónica 23,9% da PU e 24,6% da PNU. A maioria da PNU (78,1%) tem uma formação académica superior ao 5º ano antigo ou 9º ano atual e apenas 2,1% menor que a 4ª classe ou 6º ano atual. Relativamente à PU, como é óbvio, 100% tem o nível mais elevado de escolaridade.

Quanto à auto-avaliação do estado de saúde 36,6% da PNU consideram a sua saúde “Boa” e apenas 1,2% a considera “Fraca”, comparando com os 48,7% da PU considerando-a “Muito Boa” e 0% “Fraca”.

**Tabela I:** Análise populacional e variáveis epidemiológicas relativamente ao questionário referente à síndrome STM.

Variável		PU (n=117)	PNU (n=329)	p
Indivíduos		23,3 %	73,7%	
Idade	Média $\pm$ dp (ic95%)	23,7 $\pm$ 1,9 (23,3 a 24,1)	36,6 $\pm$ 15,2 (34,9 a 38,2)	<0,001
Sexo	Feminino	80 (68,4)	212 (64,4)	0,257
	Masculino	37 (31,6)	117 (35,6)	
Julgar sofrer de doença crónica	Sim	19 (16,2)	51 (15,5)	0,477
Formação académica	Menor que a 4ª classe ou 6º ano	0 (0)	7 (2,1)	<0,001
	4ª Classe ou 6º ano	0 (0)	31 (9,4)	
	5º Ano antigo ou 9º ano atual	0 (0)	34 (10,3)	
	Superior ao 5º ano antigo ou 9º ano atual	117 (100)	257 (78,1)	
Estado de Saúde	Ótimo	32 (27,4)	52 (15,8)	<0,001

	Muito Bom	57 (48,7)	101 (30,7)	
	Bom	22 (18,8)	120 (36,5)	
	Razoável	6 (5,1)	52 (15,8)	
	Fraco	0 (0)	4 (1,2)	
Tomar medicamentos continuamente	Sim	28 (23,9)	81 (24,6)	0,495
Grupo etário	Menor que 35 anos	117 (100)	164 (49,8)	0,495

Comparando a PNU com a PU temos como resultados “Julga sofrer desta síndrome” 13.1% vs 5.1%. Em relação ao total das pessoas, 11,0% julga sofrer desta síndrome.

Relativamente à concordância com a realização do rastreio para o STM, tendo em conta apenas a informação contida no inquérito, 68,4% da PNU aceita realizar o rastreio comparando com os 54.7% da PU.

No caso do rastreio ser positivo, a maioria da PNU (61.7%) aceita submeter-se ao tratamento contrastando com a minoria da PU (29.9%)

Relativamente à opinião sobre a frequência do STM, ambas as populações não consideram esta síndrome muito frequente. 23,7% da PNU e 15,4% da PU consideram STM muito frequente. No conjunto consideram STM muito frequente 21,5% da amostra total.

Quanto à suposta existência de STM, 47.1% da PNU consideram que a mesma existe, contrastando com uma percentagem mais pequena na PU com 23.9%. Na população total 41% acredita na existência de STM.

**Tabela II:** Respostas às questões essenciais deste trabalho relativamente ao STM na PU e PNU.

Questão		PU (n=117)	PNU (n=329)	p
Julga sofrer desta síndrome?	Sim	6 (5,1)	43 (13,1)	0,011
Concordaria em fazer este rastreio?	Sim	64 (54,7)	225 (68,4)	0,006
Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento?	Sim	35 (29,9)	203 (61,7)	<0,001
Julga ser o STM muito frequente?	Sim	18 (15,4)	78 (23,7)	0,038
Julga que esta síndrome existe?	Sim	28 (23,9)	155 (47,1)	<0,001

Podemos afirmar que relativamente às variáveis epidemiológicas não existem grandes variações entre os dois estudos. A amostra global contém 628 pessoas da Região Centro de Portugal.

**Tabela III:** Análise populacional e variáveis epidemiológicas comparando os dois estudos SSM e STM na PNU.

Variável		SSM (n=299)	STM (n=329)	p
Indivíduos		47,6%	52,4%	
Idade	média±dp (ic95%)	42,5±12,4 (40,08 a 44,09)	36,6±15,2 (34,9 a 38,2)	0,807
Sexo	Feminino	200 (66,9)	212 (64,4)	0,287
	Masculino	99 (33,1)	117 (35,6)	
Julgar sofrer de Doença crónica	Sim	48 (16,1)	51 (15,5)	0,468
Formação académica	Menor que a 4ª classe ou 6º ano	7 (2,3)	7 (2,1)	0,967
	4ª Classe ou 6º ano	27 (9,0)	31 (9,4)	
	5º Ano antigo ou 9º ano atual	31 (10,4)	34 (10,3)	
	Superior ao 5º ano antigo ou 9º ano atual	234 (78,3)	257 (78,1)	
Estado de Saúde	Ótimo	49 (16,4)	52 (15,8)	0,896
	Muito Bom	88 (29,4)	101 (30,7)	
	Bom	109 (36,5)	120 (36,5)	
	Razoável	49 (16,4)	52 (15,8)	
	Fraco	4 (1,3)	4 (1,2)	
Tomar medicamentos continuamente	Sim	77 (25,8)	81 (24,6)	0,407
Grupo etário	Menor que 35 anos	149 (49,8)	164 (49,8)	0,530

Relativamente às questões fulcrais podemos observar que não existem diferenças relevantes entre as duas síndromes nas respostas dadas pela PNU da Região Centro de Portugal.

**Tabela IV:** Análise das questões relevantes do trabalho nos dois estudos na PNU.

Questão		SSM	STM	P
Julga sofrer desta síndrome?	Sim	40 (13,4)	43 (13,1)	0,501
Concordaria em fazer este rastreio?	Sim	203 (67,9)	225 (68,4)	0,481
Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento?	Sim	187 (62,5)	203 (61,7)	0,447
Julga ser a síndrome muito frequente?	Sim	69 (23,1)	78 (23,7)	0,464
Julga que esta síndrome existe?	Sim	146 (48,8)	155 (47,1)	0,363

Foram estudadas duas populações, população universitária (PU) da Covilhã, relativamente ao questionário referente ao STM com n=117 (43,7%), e população universitária (PU) de Coimbra, relativamente ao SSM com n=151 (56,3%).

Em relação ao género predomina o feminino em ambas as populações.

Quanto à saúde uma percentagem semelhante de alunos sofre de doenças crónicas nas duas populações, mas é notável um aumento do consumo de medicação crónica nos alunos da Covilhã (23,9% vs 9,3%).

Todos os alunos têm uma formação académica superior ao 5º ano antigo ou 9º ano atual e, por isso, esta variável não é representada na tabela a baixo.

Não há grande variação na visão da sua saúde em ambas as populações, com 48,7% no SSM e 41,1% no STM a considerarem “Muito Boa” e nenhum individuo a considerar “Frac” a sua saúde.

**Tabela V:** Análise populacional e variáveis epidemiológicas comparando entre os dois estudos SSM e STM na PU.

Variável		SSM (n=151)	STM (n=117)	p
Indivíduos		56,3%	43,7%	
Idade	Média ± dp (ic95%)	36,9±15,7 (35,1 a 38,7)	23,7±1,9 (23,3 a 24,1)	<0,001
Sexo	Feminino	84 (55,6)	80 (68,4)	0,023
	Masculino	67 (44,4)	37 (31,6)	
Julgar sofrer de doença crónica	Sim	21 (13,9)	19 (16,2)	0,358
Estado de Saúde	Ótimo	33 (21,9)	32 (27,4)	0,050

	Muito Bom	62 (41,1)	57(48,7)	
	Bom	48 (31,8)	22 (18,8)	
	Razoável	8 (5,3)	6 (5,1)	
	Fraco	0 (0)	0 (0)	
Tomar medicamentos continuamente	Sim	14 (9,3)	28 (23,9)	0,001
Grupo etário	Menor que 35 anos	119 (78,8)	117(100)	<0,001

Comparando a população universitária foram obtidos como resultados “Julga sofrer desta síndrome” uma maior percentagem nos estudantes de Coimbra com 56,3% vs 5.1% da PU da Covilhã.

Relativamente à concordância com a realização do rastreio existe uma grande diferença entre as duas populações. Como podemos observar, 54,7% da PU da Covilhã concorda realizar o rastreio, comparando com os 18,5% da PU de Coimbra.

No caso do rastreio ser positivo, a maioria da PU de Coimbra (60,9%) aceita submeter-se ao tratamento, contrastando com a minoria da PU da Covilhã (29,9%).

Relativamente à opinião sobre a frequência da síndrome, 41,1 % da população de Coimbra considera-a muito frequente, ao contrário dos 15,4 % da Covilhã.

Quanto à suposta existência da síndrome, 37,1% da PU de Coimbra consideram que a mesma existe e o mesmo é afirmado por 23,9% da PU da Covilhã.

**Tabela VI: Análise das questões relevantes do trabalho nos dois estudos na PU.**

Questão		SSM	STM	P
Julga sofrer desta síndrome?	Sim	85 (56,3)	6 (5,1)	<0,001
Concordaria em fazer este rastreio?	Sim	28 (18,5)	64 (54,7)	<0,001
Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento?	Sim	92 (60,9)	35 (29,9)	<0,001
Julga ser a síndrome muito frequente?	Sim	62 (41,1)	18 (15,4)	<0,001
Julga que esta síndrome existe?	Sim	56 (37,1)	28 (23,9)	0,015



## Discussão

O fenómeno de *disease mongering* cria entre pessoas saudáveis uma preocupação generalizada e desadequada sobre uma possível alteração deste estado, ou seja, o aparecimento de doença. A expansão do fenómeno induz igualmente ao aumento da iatrogenia e da polifarmacoterapia.

A preocupação induzida nas pessoas provoca uma necessidade excessiva aos recursos de saúde, tais como o aumento da procura de cuidados médicos para o maior número de intervenções (realização de exames complementares de diagnóstico e consequentes tratamentos), na esperança que os supostos sintomas se revertam completamente. A população torna-se assim bastante vulnerável a qualquer tipo de campanha de promoção da doença, o que implica um acesso exagerado à saúde com gastos desnecessários, tanto monetários, como de recursos médicos. [14, 15]

A “propaganda médica” contribui de modo significativo para o fenómeno de “venda da doença”, uma vez que representa um importante recurso de marketing. A estratégia passa por persuadir e incentivar o consumo do produto (e a compra do mesmo) em toda a cadeia do medicamento, desde o prescriptor, passando pelo dispensador, até ao indivíduo. O lucro foi alcançado primeiramente a partir de pessoas com patologias existentes mas entretanto o mercado já se estendeu às pessoas saudáveis tornando então o negócio das companhias farmacêuticas cada vez mais rentável.

A partir deste estudo procurou-se então simular este fenómeno de *disease mongering*. Contudo, o mesmo foi realizado sem qualquer objetivo económico mas sim com a intenção de verificar a suscetibilidade da população estudada face ao *disease mongering*. Para o efeito, foi criada uma hipotética síndrome (Síndrome de alterações Matinais de Terça-feira de Manhã - STM) explicada no questionário em conjunto com uma breve descrição dos respetivos sintomas, formas de diagnóstico e tratamento.

Na aquisição de resultado procurou-se a maior equidade e imparcialidade. Nesse sentido, reduziram-se ao máximo os fatores de confundimento e viés. Assim, o mesmo questionário foi realizado na mesma região do país alterando apenas as variáveis estudadas, isto é, o dia de semana em que era sentido (segunda vs terça) e a população, (não universitária e universitária). Não pôde ser evitado o viés de seleção dos indivíduos que responderam ao questionário, uma vez que as amostras não foram aleatórias mas sim de conveniência. O facto dos questionários terem sido entregues em locais não relacionados com unidades de saúde pode colaborar na redução do viés de “ambiente”, em que seriam inquiridas potencialmente pessoas mais idosas e mais padecedoras de problemas de saúde, ou mesmo pessoas que por

frequentarem instituições de saúde poderiam à partida julgar ter problemas de saúde para aí se dirigirem.

As referências bibliográficas existentes sobre a temática de estudo são escassas. No entanto, também é verdade que gradualmente se procura inverter esta situação, o que é comprovado pela realização de outros dois estudos, o primeiro em 2013, tendo como população alvo os alunos de medicina, e o outro em 2014, incidindo na população geral. Ambos os estudos foram aqui mobilizados para comparação de resultados.

Aquando do preenchimento dos questionários, na maioria das vezes, a autora não esteve presente, de forma a tornar o estudo o mais imparcial e íntegro possível. Quando presente teve que ler e preencher dois questionários, uma vez que os inquiridos tinham dificuldades visuais, o que pode ter aumentado ligeiramente o viés deste estudo. Também foram ouvidas algumas críticas referentes à variável “formação académica” por esta ser pouco específica.

Outra dificuldade encontrada prende-se com a ausência de alguns alunos (ao abrigo do programa de mobilidade ERASMUS ou a efetuar estágios noutros hospitais do país) aquando da entrega dos questionários à PU. Para reunir o maior número de alunos possível, a autora optou ainda por entregar os questionários no final de uma frequência, com os inquiridos obviamente no direito de não responderem, caso fosse essa a vontade manifestada. Apontadas as dificuldades encontradas na realização do estudo prossegue-se com a análise dos resultados obtidos a partir do questionário.

Quanto à variável “Julga sofrer desta síndrome” a população não universitária (PNU) afirma sofrer desta síndrome em 13,1% dos casos, contrastando com os 5,1% da população universitária (PU) ( $p=0,011$ ), o que traduz que foi mais fácil promover a doença na PNU.

Já a segunda variável “Concordaria em fazer este rastreio?” mostra também a vulnerabilidade da PU à promoção da doença, porque uma vez confrontados com a possibilidade de realizar rastreio, mesmo contendo exames invasivos, ambas as populações tornam-se suscetíveis a este fenómeno.

Considerando a aceitação ao tratamento a PU torna-se mais resistente a este fenómeno com 29,9% a aceitar a realização do tratamento, contrastando com os 61,7% da PNU ( $p<0,001$ ). Mesmo assim, a percentagem da PU é alta, uma vez que estes alunos são finalistas do curso de medicina, ou seja, médicos num futuro bastante próximo, e por isso deveriam estar bastante mais resistentes à venda do “medo de doença” para no futuro não se tornarem armas deste fenómeno.

Estes factos agravam-se nas últimas duas variáveis, uma vez que a maioria da PU e PNU consideram que esta síndrome é pouco frequente ou mesmo inexistente. Isto leva a concluir que, apesar desta opinião, as pessoas não hesitam em acreditar que sofrem de uma hipotética

síndrome por mais disparatada que seja, sujeitando-se a exames invasivos e a um suposto tratamento.

Analisando agora toda a PNU e comparando com o estudo realizado em 2014, onde apenas se altera o dia da semana (segunda vs terça), podemos concluir que não se registam grandes diferenças nas respostas às questões essenciais dos questionários. Esta conclusão traduz a irrelevância da alteração da variável “dia de semana” na suscetibilidade a esta síndrome onde se verifica que ambas as situações têm o mesmo impacto, mesmo que estudadas em contextos populacionais diferentes.

Comparando a população universitária, os estudantes de Coimbra julgam sofrer mais desta síndrome (56,3% vs 5,1%,  $p < 0,001$ ), o que poderia sugerir que a alteração do dia da semana podia ter alguma influência nesta população. A população da Covilhã, que se mostrou tão resistente ao *disease mongering* na primeira variável, demonstra porém a sua suscetibilidade à promoção da doença na elevada aceitação ao rastreio (54,7%,  $p < 0,001$ ).

Relativamente à concordância com a realização do rastreio regista-se uma grande diferença nas duas populações. Como podemos observar 54,7% da PU da Covilhã concorda realizar o rastreio, comparando com os 18,5% da PU de Coimbra ( $p < 0,001$ ).

No caso do rastreio ser positivo, a maioria da PU de Coimbra (60,9%) aceita submeter-se ao tratamento, contrastando com a minoria da PU da Covilhã (29,9%) ( $p < 0,001$ ).

Relativamente à opinião sobre a frequência da síndrome 41,1% da população de Coimbra considera-a muito frequente, ao contrário dos 15,4 % da Covilhã ( $p < 0,001$ ). Quanto à suposta existência da síndrome 37,1% da PU de Coimbra consideram que a mesma existe, enquanto o mesmo é afirmado por 23,9% da PU da Covilhã ( $p = 0,015$ ).

Comparando a população universitária, ou seja, este estudo com o trabalho relativamente aos alunos de Coimbra realizado em 2013, a PU de Coimbra considera que a hipotética síndrome existe e é mais frequente, o que os leva a afirmarem sofrer da mesma, assim como a aceitarem o respetivo tratamento em maior percentagem relativamente à PU da Covilhã. Esta última parece mais resistente a este fenómeno de “venda do medo da doença” em todas as variáveis, excepto quanto à realização do rastreio.

Uma explicação para este facto pode ser o próprio método de ensino da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, baseado em métodos didáticos que capacitam o estudante a pesquisar e criticar a informação científica. Deste modo, desenvolvem-se atitudes que resultam na melhoria da qualidade dos cuidados que os futuros médicos possam prestar aos seus pacientes.

Outra explicação pode ser o aumento da preocupação perante a promoção da doença por parte das escolas médicas com o objetivo de tornar os futuros médicos mais resistentes a

este fenómeno, uma vez que estes devem ser capazes de selecionar adequadamente a fonte de conhecimento e de transferir da forma mais eficaz essa informação para a prática clínica. O problema ainda não se encontra resolvido, uma vez que, embora os atuais finalistas se revelarem mais resistentes face à promoção da doença relativamente à população geral e mesmo comparativamente aos alunos do passado, os mesmos ainda demonstram uma elevada vulnerabilidade perante este fenómeno, atendendo que se tratam dos médicos do futuro.

As escolas médicas deveriam por isso apostar em mais métodos didáticos que estimulem a auto aprendizagem, pois uma comunidade médica (e uma população em geral) mais consciente apresenta certamente mais defensas para combater este fenómeno de *disease mongering*. Só assim se conseguirá reduzir a promoção da doença na população.

Em todas as populações foi bastante visível a grande aceitação para rastreios e terapêuticas, o que traduz uma grande vulnerabilidade à promoção da doença. Isto provoca uma dependência aos cuidados de saúde e conseqüente redução da qualidade de vida das pessoas saudáveis, o que está na base do *disease mongering*. [16, 17]

Outros estudos devem agora ser realizados para verificar quais os efeitos reais e a longo prazo deste fenómeno sobre a população. Da mesma forma, é necessário avaliar o uso indiscriminado de tecnologias na saúde, que embora contribua para o desenvolvimento da medicina, também pode introduzir fragilidades na mesma. [18,19]

## Conclusões

Comparando PNU e PU foi verificado que ambas raramente julgam sofrer desta síndrome (13,1% vs 5,1%,  $p=0,011$ ) e têm grande aceitação ao rastreio (68,4% vs 54,7%,  $p=0,006$ ). Relativamente à aceitação do tratamento, é maior na PNU (61,7% vs 29,9%,  $p<0,001$ ); o mesmo acontece em relação à crença na existência desta síndrome hipotética (47,1% vs 23,9%,  $p<0,001$ ); ambas não consideram esta síndrome muito frequente (76,3% vs 84,6%,  $p=0,038$ ).

Respondendo à questão central deste estudo, “Até que ponto a sociedade está suscetível a este fenómeno da venda da doença?”, conclui-se que a sociedade é suscetível a este fenómeno, com uma maior vulnerabilidade na população não universitária face à universitária.

Na comparação do inquérito realizado com o estudo de Ana Augusto (2014) foi verificado que a alteração do dia da semana (segunda vs terça) na população não universitária teve uma influência mínima, registando-se apenas ligeiras diferenças nos seus resultados: “Julga sofrer desta síndrome?” (13,4% vs 13,1%,  $p=0,501$ ), “Concordaria em fazer este rastreio” (67,4% vs 68,4%,  $p=0,481$ ), “Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento” (62,5% vs 61,7%,  $p=0,447$ ), “Julga ser a síndrome muito frequente” (23,1% vs 23,7%,  $p=0,464$ ) e “Julga que esta síndrome existe” (48,8% vs 47,1%,  $p=0,363$ ). Estes resultados comprovam a elevada suscetibilidade deste tipo de população (PNU) a este fenómeno de *disease mongering*. [12]

Analisando as populações universitárias na alteração do dia da semana (segunda vs terça) as diferenças observadas são mais significativas, uma vez que comparando com o estudo da Maria Linhares (2013): “Julga sofrer desta síndrome?” (56,3% vs 5,1%,  $p<0,001$ ), “Concordaria em fazer este rastreio” (18,5% vs 54,7%,  $p<0,001$ ), “Sendo o rastreio positivo, concordaria em realizar o tratamento” (60,9% vs 29,9%,  $p<0,001$ ), “Julga ser a síndrome muito frequente” (41,1% vs 15,4%,  $p<0,001$ ) e “Julga que esta síndrome existe” (37,1% vs 23,9%,  $p=0,015$ ). Os valores obtidos permitem concluir que os atuais universitários, apesar de se submeterem em maior percentagem ao rastreio, são mais resistentes à aceitação de um tratamento desconhecido, bem como à crença desta síndrome hipotética. Assim sendo, os alunos da Universidade da Beira Interior (atuais finalistas e por isso com uma formação mais recente) mostraram-se mais resistentes face a este fenómeno de “venda do medo da doença”. [13]



## Referências

1. Shankar PR, Subish P. Disease mongering. *Singapore Med J.* 2007;48(4):275-280. doi:10.1111/jpc.12599.
2. Ethical criteria for medicinal drug promotion World Health Organization. 1988.
3. Normam, Armando H.; Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde : uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(9):2012-2020. doi:10.1590/S0102-311X2009000900015.
4. Powledge TM. Skullduggery. *EMBO Rep.* 2005;6(7):609-612. doi:10.1038/sj.embor.7400471.
5. Bash E. No Title No Title. *PhD Propos.* 2015;1. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
6. APMGF • Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. <http://www.apmgf.pt/index.php?section=news&action=details&id=146>. Accessed February 4, 2016.
7. Prevenção quaternária – Wikipédia, a enciclopédia livre. [https://pt.wikipedia.org/wiki/Preven%C3%A7%C3%A3o\\_quatern%C3%A1ria](https://pt.wikipedia.org/wiki/Preven%C3%A7%C3%A3o_quatern%C3%A1ria). Accessed February 4, 2016.
8. Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales - Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. *Perspect políticas sobre Medicam la OMS.* 2002;5:6. <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/>.
9. Martínez González C, Riaño Galán I, Sánchez Jacob M, González de Dios J. Prevención cuaternaria. La contención como imperativo ético. *An Pediatr.* 2014;81(6):8. doi:10.1016/j.anpedi.2014.04.029.
10. Ramos V. A consulta em 7 passos Execução e análise crítica de consultas. 2008:208-220.
11. Nunes JM. *Comunicação Em Contexto Clínico.* Lisboa; 2010.
12. Augusto AL. *Perceber a Susceptibilidade Populacional Relativamente Ao Fenómeno Da Venda Da Doença.* Covilhã; 2014.
13. Linhares MI. *O “Disease Mongering” No Ensino Superior: Um Estudo Em Alunos Universitários de Medicina.* Coimbra; 2013.
14. Vida Q De. ESPAÇO ABERTO A “ cadeia alimentar ” no mercado da saúde : do disease mongering ao doctor shopping. 2014;9(31):210-212.
15. Council S. Disease mongering See also. 1992:1-4. doi:10.5694/mja11.11299.
16. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: Generating knowledge for action. *PLoS Med.* 2006;3(4):425-428. doi:10.1371/journal.pmed.0030191.
17. Heath I. Combating disease mongering: Daunting but nonetheless essential. *PLoS Med.* 2006;3(4):448-451. doi:10.1371/journal.pmed.0030146.
18. Practitioner G. Philosophical roots of Quaternary Prevention. 2015;10(35):1-8.

19. Pizzanelli Miguel. ¿Overscreening o prevención a escala humana? Tamizaje excesivo. . *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-7.  
doi:[http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1068](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1068).

# Consentimento informado

A autora do questionário, Mariana Marques Pinto, é aluna da Faculdade Ciências da Saúde, curso de Medicina da Universidade da Beira Interior.

A Tese de Mestrado que está a ser desenvolvida tem como objetivo perceber a opinião da população acerca de “Venda do medo de doença”

As respostas a este questionário, que demora cerca de 3 minutos a responder, são confidenciais e anónimas e o seu preenchimento é voluntário. Está perfeitamente à vontade para abandonar o preenchimento do Questionário em qualquer altura.

Muito obrigada pela sua colaboração.

Declaro que fiquei esclarecido acerca da finalidade deste questionário e que participo voluntariamente.



# Questionário

A Síndrome “Alteração Matinal da Terça-feira de Manhã” (STM) será um novo conjunto de sinais e sintomas que, todos juntos, só acontecem na terça-feira de manhã e que consiste em ter:

Na manhã das terças-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.

A STM existirá nas populações que aproveitaram o fim-de-semana para distração ou trabalho.

A STM tem já um rastreio (questionário e análises), para fazer o diagnóstico.

A STM é tratável por um novo medicamento que já 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. No final do preenchimento pedimos-lhe que coloque o questionário em caixa própria.**

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

**Em geral, diria que a sua saúde é:**

Ótima	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 desta síndrome “STM”? Sim  Não

Concordaria em fazer este rastreio do “STM”? Sim  Não

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

Julga ser o “STM” muito frequente? Sim  Não

Julga que este “STM” existe? Sim  Não



# Parecer da Comissão de Ética da FSC-UBI



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Faculdade de Ciências da Saúde

Exma. Senhora  
Mariana Marques Pinto

Sua Referência	Sua Data	Nossa Referência	Nossa Data
000.000.000	0000.00.00	000.000.000	2015.09.29

Assunto: Parecer da Comissão de Ética da FCS

No seguimento da solicitação de apreciação do Projecto “*Venda do medo de doença: Quão eficaz será?*”, por parte da Comissão de Ética da FCS, envio em anexo o parecer resultante da análise do referido projecto de investigação.

Cordiais cumprimentos

O Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde  
Prof. Doutor Luís Taborda Barata



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PARECER**

**Processo:** CE-FCS-2015-019

**Tema Projecto/Proponente:** “*Venda do medo de doença: Quão eficaz será?*” – Exma. Senhora Mariana Marques Pinto

Exmo. Sr. Presidente da Faculdade de Ciências da Saúde

Apreciado o pedido referente ao processo acima mencionado esta Comissão não detectou matéria que ofenda os princípios éticos.

Covilhã, 29 de Setembro de 2015

O Presidente da Comissão de Ética  
*Prof. Doutor José Martinez de Oliveira*

# Parecer da Comissão de Ética da ARS

## Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p><b>PARECER FINAL:</b> Atendendo à tipologia da investigação proposta, esta Comissão de Ética é de parecer favorável à sua concretização. Deve no entanto ser reformulado o período para colheita de dados. O presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde forem colhidos os dados.</p>	<p><b>DESPACHO:</b> <i>Assentado - de o parecer final da Comissão de Ética para a Saúde.</i> <i>24.9.2015</i></p> <p>Conselho Diretivo da A.R.S. do Centro, I.P.</p> <p><i>[Signature]</i> Dr. José Manuel Azenha Tereso Presidente</p>
--	---

**ASSUNTO:** **Estudo 49/2015 – Disease Mongering"/"venda do medo de doença na população: um estudo observacional**  
**Autoras:** Mariana Marques Pinto

*[Signature]*  
Dr.ª Maria Augusta Mota  
Vice-Presidente

*[Signature]*  
Dr. Luis Manuel Militão Mendes Cabral  
Vogal

A investigadora propõe-se aplicar o questionário a 400 pessoas na região da Cova da Beira, "em locais que não sejam unidades de saúde e na Faculdade Ciências da Saúde da Beira Interior", não definindo no entanto em que unidades o vai desenvolver ou a que instituições enviou pedido de autorização.

Tem como objectivos centrais: "Perceber a suscetibilidade da população em face ao fenómeno da venda da doença, nomeadamente como aceitam realizar rastreios e terapêuticas para entidades desconhecidas"; "Conhecer a opinião da população do interior relativamente à de regiões litorais"; "Comparar se o dia "Terça-Feira" é relevante no questionário realizado, quando comparado com o dia de "segunda-feira".

É garantida a confidencialidade e os dados serão colhidos de forma anónima.  
Será obtido o consentimento informado dos participantes.

Coimbra, 24 de setembro de 2015

O relator,

*[Signature]*

José Carlos Amado Martins

*[Signature]*



# Declarações do orientador

**Comissão de Ética**

Formulário provisório para submissão de projecto de investigação envolvendo seres humanos ou dados ou produtos biológicos provenientes de seres humanos

**I. FOLHA DE ROSTO**

Título do Projecto: **Venda do medo de doença: Quão eficaz será?**

Proponente/autor para contacto: **Mariana Marques Pinto**

Morada: **Av. D. João I nº 88**

Código postal: **5400-323 Chaves**

Telefone: **276321167**

Telemóvel: **933999327**

Endereço de correio electrónico: **a27347@fcsaude.ubi.pt**

Assinatura: Mariana Marques Pinto

**IDENTIFICAÇÃO DOS AUTORES**

Supervisor/es do projecto:

Nome: **Mariana Marques Pinto**

Assinatura: Mariana Marques Pinto

Nome: **Luiz Miguel Santiago**

Assinatura: Luiz Miguel Santiago

Autor ou autores que garantem a veracidade dos dados colhidos:

Nome: **Mariana Marques Pinto**

Assinatura: Mariana Marques Pinto

Nome: **Luiz Miguel Santiago**

Assinatura: Luiz Miguel Santiago

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



Faculdade de Ciências da Saúde  
Mestrado Integrado em Medicina  
6º Ano - Dissertação



DECLARAÇÃO

Eu (nome do orientador) Luiz Miguel Ventura  
(Título Académico) Professor, na qualidade de  
Orientador do(a) aluno(a) (nome e nº do aluno) Mariana Marques Pinto,  
623347, no seu trabalho de Mestrado intitulado  
"Disease Mongering" / venda do medo de doença

informo que o trabalho está concluído e considero que o(a) aluno(a) se encontra apto para apresentar o seu trabalho em provas públicas.

Covilhã, 20 de Junho de 2016

Luiz Miguel Ventura  
(Assinatura do Orientador)

Luiz Miguel de Mendonça Soares Santiago, Professor Associado Convidado da Universidade da Beira Interior, declara aceitar a orientação da Tese de Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Ciências da Saúde da aluna Mariana Marques Pinto, reconhecendo a sua valia e interesse bem como o respeito pelos aspectos éticos inerentes ao tipo de investigação que vai ser efectuado.

Mais reconhece na aluna a capacidade de trabalho necessário e suficiente para a concretização do projecto.

Covilhã, 20 de Maio de 2015

Luiz Miguel Santiago

MD, PhD

