

FAMILIA Y EDUCACIÓN: ASPECTOS POSITIVOS

**GÉNERO, PRÁTICAS DE SAÚDE E REPRESENTAÇÕES
SOCIAIS EM 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

Fecha de recepción: 9 de julio de 2012
Fecha de admisión: 15 de marzo de 2013

ABSTRACT

College students are typically well educated, healthy, are a relatively homogeneous and privileged group relatively to socioeconomic culture and “status”, being undoubtedly a potential future leadership that may influence easily other social groups at different times of the cycle life, assuming the role of changing agents. They will also match more motivated to knowledge about behaviors and healthy lifestyles. Health practices are influenced by social representations that individuals and populations integrate into their culture, they explain agreements and disagreements that are sometimes not evident. Health practices and social representations are thus a theoretical object being constructed to further develop its analysis, including understanding whether there are new ways to manage health and disease related to gender. Were surveyed by questionnaire 502 graduate students from Health Science. It was an exploratory, descriptive and cross survey and some results which are presented in this article, which highlights the uniformity of opinions before most of the questions, which may be indicative of a future society formatted, unimaginative, without creativity where the gender gap is scarce and can develop new forms of body management and wellness.

Keywords: Health practices, social representations, quaternary prevention.

RESUMO

Os estudantes universitários são tipicamente 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 mudan-

GÉNERO, PRÁTICAS DE SAÚDE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

ça. Estão também, á partida, mais motivados para os conhecimentos acerca de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

As práticas de saúde são influenciadas pelas representações sociais que indivíduos e populações integram na sua cultura, elas explicam concordâncias e discordâncias que por vezes não são evidentes.

As práticas de saúde e representações sociais constituem assim, um objecto teórico a ser construído de forma a posteriormente desenvolvermos a sua análise, nomeadamente compreender se existem novas formas de gestão da saúde e da doença relacionadas com o género.

Foram inquiridos através de questionário 502 estudantes universitários da área 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 uniformidade de opiniões perante a maior parte das questões colocadas, o que pode ser revelador de uma sociedade futura formatada, pouco imaginativa, sem criatividade onde a diferença de género é escassa podendo desenvolver-se novas formas de gestão do corpo e do bem estar.

Palavras chave: Práticas de saúde, representações sociais, prevenção quaternária,

ITINERÁRIOS DE SAÚDE E DOENÇA

Actualmente o conceito de saúde e doença adapta-se a novos paradigmas bem como a novas formas de entropia que levam a um “turn over” de ideias tal forma acelerado, que aquilo que hoje é verdade, rapidamente se revela falso amanhã, sendo mesmo substituído pelos antípodas. Fenomenologias como, medicalização da sociedade, iatrogenia, reações adversas, comorbilidade decididamente só não as vê quem não quer, elas fazem parte da problemática que envolve os itinerários de saúde e doença bem como outras filosofias nascentes como a automedicação responsável, a salutocracia e o “empowerment”.

Nas sociedades europeias ocidentais, a Universalidade dos sistemas de saúde, após a segunda guerra mundial, foi o grande elemento estruturante da medicalização e da sua expansão nos diferentes contextos e grupos sociais. A multiplicação de contactos médicos, inimaginável, permitiu a progressiva transferência de todo o tipo de situações, tradicionalmente não consideradas saúde/doença, para o contacto médico assíduo e permanente. Até sintomas vagos, como mau estar, que anteriormente eram olhados como manifestações naturais do corpo, solucionados através de práticas e saberes leigos, agora pedem a reflexão profissional pertinente e apropriada. A medicalização assume-se como fenómeno culturalmente generalizado ainda que assumindo particularidades nos diferentes grupos sociais. Outro factor decisivo para a medicalização foi a existência de participações estatais que juntamente com progressiva familiarização com os medicamentos foram afastando as práticas e saberes leigos: de utilização excepcional o medicamento passa a utilização considerada banal.

É uma mudança profunda do conceito de saúde/doença, pois tradicionalmente o recurso ao medicamento definia a fronteira entre o normal e o patológico, o natural e o estranho o excepcional e o frequente. Existe agora uma reconfiguração do espaço natural do medicamento que parece conduzir a uma deslocação da dependência do médico para a dependência do medicamento simbolizada na expressão de Cockx “o medicamento é o médico”, contrapondo-se à clássica metáfora de Balint de que “o médico é o medicamento”. Também a padronização das prescrições médicas, nos sintomas mais comuns, pode conduzir à apropriação popular dos critérios de prescrição. As expectativas de cura ou alívio levam à medicalização dos sintomas que, se não regridem, serão objecto de olhar profissional, esperando-se que outras hipóteses de terapêuticas, certamente mais eficazes, venham a ser preconizadas (Vuckovic & Nichter, 1997). Nesta fase, são os medicamentos mais uma vez que resolvem as situações em vez dos saberes populares e tratamentos caseiros.

FAMILIA Y EDUCACIÓN: ASPECTOS POSITIVOS

A automedicação responsável nas sociedades modernas é frequentemente incentivada pois inicialmente vista como prática desviante, tem vindo a pouco e pouco sendo reabilitada, embora dentro de certos limites tutelados e confinados a certos sinais e sintomas. O que não implica a presença de práticas desviantes, no entanto parece que nas sociedades modernas está cada vez menos independente do próprio sistema médico (Dupuy e Karsenty, 1974). Assim, a automedicação não é uma fuga à medicalização mas antes uma subtil e invisível forma da mesma, o que é observado por (Dean, 1981): “*quem mais se automedica é quem mais vai ao médico*”.

A crescente medicalização nas sociedades modernas, acompanha-se de crescente automedicação sustentando alguns autores o esboçar de tendências de desmedicalização (Morgan, 1996), expressas no crescente recurso às medicinas e medicamentos alternativos, na crescente promoção e adopção de novos estilos de vida, mesmo nos debates públicos, pondo em causa a dominância médica. Trata-se da teoria do “*Healthism*”, também chamada “*Salutocracia*” (Lowenberg & Davis, 1994). Neste caso a saúde deixa de ser um meio para se constituir um valor em si mesma, podendo os indivíduos encontrarem formas alternativas de gestão relativamente ao sistema médico tradicional.

A ideologia do “*Healthism*”, também se apresenta concentrada em ideologia médica pois, embora se afaste da teoria da etiologia específica, adopta a da causalidade múltipla centralizando o paciente isolado do contexto social em que a doença foi adquirida. Lupton (1996) defende que os movimentos aparentemente a favor da desmedicalização podem, paradoxalmente, ter efeito contrário. Também o recurso crescente a meios terapêuticos alternativos não se acompanha de redução das terapias convencionais, pois parecem ambos coexistir, como Vuckovic & Nichter (1997) demonstraram num estudo sobre consumo de medicamentos. Os naturais são usados como complemento e não como alternativa, resultando assim, em mais e mais consumo numa sociedade consumista!

Actualmente o conceito de saúde faz parte integrante do conceito de qualidade de vida e de felicidade, ela está presente, quer nos discursos dos nossos políticos, quer no plano da nossa vida quotidiana, é um fenómeno característico das sociedades contemporâneas, disto dá conta a noção de *salutocracia* ou *healthism* que emergiu com Crawford depois dos anos 80, aqui os indivíduos também são avaliados pelas práticas de saúde adoptadas, preconizando os estilos de vida saudáveis para promover a saúde e prevenir a doença.

O *healthism*, integra a medicalização onde são legitimados como problemas médicos, a alimentação, o exercício físico, os consumos de tabaco, álcool, mesmo o repouso....a Medicina é a luz para uma vida realmente saudável!

A *salutocracia*, alarga os intervenientes nos itinerários de saúde e doença: para além de médicos, enfermeiros e farmacêuticos apresentam-se outros como os «*personal trainers*» ligados ao exercício físico ou mesmo consultores de estética corporal presentes em ginásios, *health clubs* e SPA's.

Assim a saúde encontra novos actores e novos espaços: move-se dos tradicionais consultórios para centros comerciais, ou mesmo virtuais, veja-se actualmente o alcance da Internet.

Esta saúde pública, responsabiliza os indivíduos pela saúde que são capazes de alcançar, partindo do princípio que os indivíduos são capazes de avaliar, gerir e controlar os riscos para a sua saúde (Chrysanthou, 2002). As técnicas incluem auto-vigilância e disciplina privilegiando-se mesmo ascetismo e resistência face às tentações das sociedades modernas (Lupton, 1996).

Em meados do séc. XX, evidenciam-se as doenças cardiovasculares e o cancro, com forte componente comportamental. Entre 1900 e 1970 a mortalidade causada por doenças do sistema circulatório e pelo cancro aumentou nos países ocidentais 250% (Ribeiro, 2005). Actualmente 50% das mortes anuais devem-se a doenças do sistema circulatório e 20% ao cancro. Com base nestas novas realidades, para enfrentar esta epidemia, o equivalente ao que será o comportamento individual, a “vacina” será a mudança de comportamento

Estas ideias culpabilizam o sujeito que vacila e fraqueja, não só se tem as doenças que se merece, mas aquelas que se quer!

GÉNERO, PRÁTICAS DE SAÚDE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

A era da doença acabou, necessitamos de mudar de paradigma ou seja, em vez de nos concentrarmos no diagnóstico, tratamento e prevenção, vamos olhar também para variáveis biológicas e não biológicas relacionadas com o próprio indivíduo.

Para responder a esta problemática, desenvolveu-se nos últimos anos o conceito de prevenção quaternária, «*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 também as doenças genéticas e 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).

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.

O excesso de rastreios integrados na prevenção secundária, os testes ou exames diagnósticos, procuram encontrar doença e/ou problemas de saúde em indivíduos assintomáticos, conduzir o seu tratamento com vista à redução da morbi-mortalidade.

Frequentemente a investigação operacionaliza-se em contextos de doença, incapacidade para a vida activa, estigmatização social de maior ou menor complexidade e esquecemos aqueles que supostamente estão ainda saudáveis: é necessário também conhecer o seu pensamento, a sua prática e atitudes !

Os jovens universitários relativamente às práticas de saúde/doença que conhecimentos, atitudes, comportamentos bem como representações sociais elaboram ? Há diferenças de género? Há novas formas de gestão do corpo e do bem estar?

Teorizada esta problematização passamos ao estudo empírico.

MATERIAL E MÉTODOS

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

Foram utilizados dois questionários: um estruturado com trinta perguntas, que viria a criar 66 variáveis, criado pela autora, que inclui as seguintes categorias:

- A- Doenças e/ou problemas de saúde
- B – Consulta médica e prescrição de medicamentos
- C – Informação acerca dos medicamentos
- D – Fontes de informação sobre saúde/doença
- E – Saúde corporal
- F – Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos/representação sociais

O segundo com oito perguntas, acerca de “*Crenças sobre fármacos*” de Robert Horne et al., 1997.

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.

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.

FAMILIA Y EDUCACIÓN: ASPECTOS POSITIVOS

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:

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

Quadro I. Amostra

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.

Para a classificação das doenças utilizou-se a ICPC-2 / “*Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição, Comité Internacional Classificações Wonca (WICC)*”

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.

Para analisar as variáveis e a sua relação com o género utilizou-se o teste do qui-quadrado admitindo-se as hipóteses:

- Hipótese nula – H_0 : as duas variáveis em contraste são independentes (ou não estão relacionadas);
- Hipótese alternativa – H_a : as duas variáveis em contraste não são independentes (ou estão relacionadas).

As condições para aplicação do teste são as seguintes:

O número de observações deve ser superior a 20 (o que se verifica sempre);

- Não mais de 20% das células com frequência ESPERADA inferior a 5 observações e
- Todas as células com frequência ESPERADA superior a 1.

GÉNERO, PRÁTICAS DE SAÚDE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Nos casos em que estas condições não se verificaram, o teste foi considerado “não aplicável”
A regra de decisão é:

- Não rejeitar H_0 se $p\text{-value} > = 0,05$;
- Rejeitar H_0 (e aceitar H_a) se $p\text{-value} = 0,05$.

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.

Quadro II. Teste qui-quadrado aplicado ao cruzamento das variáveis inquiridas com a variável sexo na condição de aceitar H_0

Variável	Designação	Valor χ^2	p-value	N	% células	Frequencia esperada
B – Consulta médica e prescrição de medicamentos						
V10	Prefiro médicos que apresentem alternativas terapêuticas, onde possa dar a minha opinião.	0.129	0,937	497	0.0	13.94
V11	Os doentes não devem pôr em causa o saber e a autoridade médica.	0.183	0,913	493	0.0	14.28
V12	Habitualmente consulta o médico quantas vezes por ano?	4.084	0,13	495	0.0	24.0
V15	Habitualmente compra os medicamentos receitados pelo médico?	0.217	0,642	492	0.0	12.63
V16	Costuma respeitar as quantidades e forma de tomar os medicamentos prescritos pelo médico?	0.109	0,741	494	0.0	5.34
V18	O que pensa do médico que não receita medicamentos	0.722	0,697	496	0.0	9.98
C – Informação acerca dos medicamentos						
V19	Na farmácia, costuma pedir informações/esclarecimentos sobre: finalidades do medicamento	0.413	0,937	494	0.0	16.11
V20	Na farmácia, costuma pedir informações/esclarecimentos sobre: contra-indicações	0.157	0,984	493	0.0	14.59
V21	Na farmácia, costuma pedir informações/esclarecimentos sobre: reacções adversas	0.030	0,999	493	0.0	14.15
V22	Na farmácia, costuma pedir informações/esclarecimentos sobre: modo de tomar os medicamentos	4.442	0,218	495	0.0	8.44
V24	O que pensa da literatura incluída nas embalagens dos medicamentos?	0.497	0,92	496	12.5	4.21
V25	Se perceber que o medicamento que vai tomar pode causar algum problema...	8.313	0,081	496	10.0	2.66

FAMILIA Y EDUCACIÓN: ASPECTOS POSITIVOS

D – Fontes de informação sobre saúde/doença

V27	Costuma ler/ver/ouvir programas sobre saúde na TV?	2.195	0,138	497	0.0	13.50
V28	Costuma ler/ver/ouvir programas sobre saúde na Rádio?	1.429	0,232	489	0.0	17.01
V30	Costuma ler/ver/ouvir notícias sobre saúde em Jornais?	0.692	0,406	492	0.0	53.17
V31	Costuma ler/ver/ouvir artigos sobre saúde na Internet?	0.042	0,838	494	0.0	20.74
V32	Actualmente existem medicamentos de venda livre p.e. em supermercados; qual a sua opinião?	1.388	0,5	496	0.0	20.40
V33	O que pensa da publicidade a medicamentos de venda livre	2.474	0,29	497	0.0	30.76

E – Saúde corporal

V35	Os cuidados que tem normalmente com a sua saúde, considera-os...	0.033	0,857	496	0.0	27.28
-----	--	-------	-------	-----	-----	-------

F – Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos/representação sociais

V41	Na sua opinião: os médicos receitam demasiados medicamentos	2.817	0,589	496	10.0	4.66
V43	Na sua opinião: a maior parte dos medicamentos causa dependência?	3.984	0,408	496	0.0	5.32
V44	Na sua opinião: os medicamentos naturais são mais seguros que os químicos?	1.903	0,754	496	10.0	2.44
V45	Na sua opinião: os medicamentos causam mais mal que bem?	4.833	0,305	496	10.0	1.77
V46	Na sua opinião: todos os medicamentos são venenos?	2.649	0,618	496	10.0	4.44
V47	Na sua opinião: os médicos confiam demasiado nos medicamentos?	0.982	0,912	495	10	4.18
V48	Na sua opinião: se os médicos tivessem mais tempo para os doentes receitariam menos medicamentos?	2.333	0,675	496	10.0	4.44
V49	Na sua opinião os MEDICAMENTOS SÃO: cápsulas mágicas	9.216	0,056	494	20.0	1.34
V51	Na sua opinião os MEDICAMENTOS SÃO: solução de um problema	2.224	0,695	495	20.0	4.00
V52	Na sua opinião os MEDICAMENTOS SÃO: forma de ajuda, pacificação, consolo	4.352	0,36	494	10.0	2.67
V54	Na sua opinião os MEDICAMENTOS SÃO: um obstáculo, prisão, inimigo	6.128	0,19	494	20.0	1.11
V60	Tomar medicamentos sem indicação médica é um grande risco para a saúde.	2.880	0,578	493	20.0	1.33
V61	A toma frequente de medicamentos reduz as defesas naturais do organismo.	1.977	0,74	492	20.0	1.11
V62	Todos os medicamentos devem estar sujeitos a receita médica.	2.643	0,619	493	10.0	3.98
V63	Tomar medicamentos sugeridos por amigos ou familiares é pôr a saúde em risco.	4.228	0,376	492	10.0	1.99
V64	Deve-se procurar assistência médica mesmo para os problemas ligeiros.	3.028	0,553	493	10.0	1.99

GÉNERO, PRÁTICAS DE SAÚDE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

V65	Perante um mau estar físico é preferível suportá-lo a tomar, de imediato, medicamentos.	67.57	0,149	493	10.0	3.76
V66	O farmacêutico não substitui a opinião do médico.	1.894	0,755	494	20.0	1.32
V2_Bis	O que fez da última vez que esteve doente?	4.420	0.352	463	20.0	2.22
V10_Bis	Prefiro médicos que apresentem alternativas terapêuticas, onde possa dar a minha opinião.	0.129	0.937	497	0.0	13.99
V11_Bis	Os doentes não devem pôr em causa o saber e a autoridade médica.	0.183	0.913	493	0.0	14.28
V32_Bis	Atualmente existem medicamentos de venda livre p.e. em supermercados; qual a sua opinião?	1.388	0.500	4596	0.0	20.4
V33_Bis	O que pensa da publicidade a medicamentos de venda livre?	2.474	0.290	497	0	30.76
V51_Bis	Na sua opinião os MEDICAMENTOS SÃO: solução de um problema.	2.224	0.695	495	20.0	4.00
V52_Bis	Na sua opinião os MEDICAMENTOS SÃO: forma de ajuda, pacificação, consolo.	4.352	0.360	494	10	2.67
V60_Bis	Tomar medicamentos sem indicação médica é um grande risco para a saúde.	2.880	0.578	493	20	1.33
V63_Bis	Tomar medicamentos sugeridos por amigos ou familiares é pôr a saúde em risco.	4.228	0.376	492	10	1.99
V66_Bis	O farmacêutico não substitui a opinião do médico.	1.894	0.755	494	20	1.32

Quadro III. Teste qui-quadrado aplicado ao cruzamento das variáveis inquiridas com a variável sexo na condição de aceitar Ha

Variável	Designação	Valor χ^2	p-value	N	% células	Frequência esperada
A – Doenças e/ou problemas de saúde						
V8	Quem aconselhou o medicamento sem receita médica?		0,01			
B – Consulta médica e prescrição de medicamentos						
V9	Geralmente é preferível cada um cuidar da sua saúde evitando idas ao médico, com excepção de problemas graves.	7.924	0,019	497	16.7	4.21
C – Informação acerca dos medicamentos						
V26	Tratou-se / curou-se e sobraram medicamentos. O que faz com as sobras?	14.869	0,002	494	37.5	
E - Saúde corporal						
V36	Pratica uma actividade física regularmente?	22.234	0	496	0.0	48.35
V39	Fuma?	5.335	0,021	496	0.0	27.72
V40	Bebe bebidas alcoólicas frequentemente?	30.262	0	496	0.0	21.73

FAMILIA Y EDUCACIÓN: ASPECTOS POSITIVOS

F – Crenças e atitudes em relação aos médicos e aos medicamentos/representação sociais

V42	Na sua opinião: pessoas que tomam medicamentos devem interrompê-los de vez em quando?	16.648	0,002	496	10.0	3.33
V59	Não faz sentido suportar o mau estar quando há medicamentos para o combater.	13.366	0,01	493	10.0	3.76
V9_Bis	Geralmente é preferível cada um cuidar da sua saúde evitando idas ao médico, com excepção de problemas graves.	7.924	0.019	497	16.7	4.21
V69_SO	Idade	140185	0.077	474	16.7	1.51

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 na maior parte das variáveis em estudo não há relação com o sexo o que nos pode levar a pensar que existe uma certa uniformização de conceitos, práticas e representações sociais. Será resultado duma aculturação social evidente nos tempos actuais, que nivela os indivíduos pela mesma parametrização ?

Que sociedade teremos amanhã sem diversidade de ideias, opiniões e comportamentos?

Nas variáveis que se relacionam com o sexo ressalta o efeito de “cuidadoras” habitualmente atribuído às mulheres tanto a nível social como dos objectos habituais da vida diária incluindo medicamentos e sobras de medicamentos. Também “os excessos” como beber e fumar se atribuem mais ao sexo masculino, elas cuidam-se mais, ou têm menos apetência para essas práticas. Também perante a ocorrência de uma doença ressalta o “cuidar” tanto no recurso á opinião médica como nos cuidados caseiros.

Numa sociedade que atribui por vezes papeis iguais a diferentes sexos, poderá haver desadaptação perante alguns papeis a desempenhar em caso de necessidade como por exemplo um divórcio , morte, desemprego. Assim poderá existir necessidade de estratégias diferentes para cada sexo tal como referiram alguns investigadores que estudaram condutas de saúde em jovens universitários (Lowry et al,2000;Davies et al,2000;Andrade et al,2003).

A Universidade poderá dar um contributo educacional válido para minimizar as discrepâncias nocivas e promover sincrasias positivas?

Necessitaremos provavelmente de investigação qualitativas para investigar as diferenças de género perante as práticas de saúde e suas representações sociais.

CONCLUSÕES

Os jovens universitários quando questionados acerca de práticas de saúde genericamente e em grande parte das questões não apresentam diferenças de género nas respostas, o que de certa forma é intrigante e para ser mais bem esclarecido necessita de mais investigação inclusivé de tipo qualitativo, Seria interessante futuramente, estender o estudo a outros grupos etários e fazer a respectiva análise comparativa com estudantes de outras áreas científicas.

GÉNERO, PRÁTICAS DE SAÚDE E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS EM ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**BIBLIOGRAFIA**

- Andrade SM, Soares DA, Braga GP, Moreira JH, Botelho FMN. Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na Região Sul do Brasil. *Rev Assoc Méd Bras* 2003; 49:439-44.
- Crawford, R. (1980), Healthism and the Medicalization of Everyday Life, *International Journal of Health Services*, 10 (3), pp. 365-388.
- Chrysanthou, M (2002), Transparency and Selfhood: Utopia and the Informed Body, *Social Science & Medicine*, 54 (3), pp. 469-479.
- Davies J, McCrae BP, Frank J, Dochnahl A, Pickering T, Harrison B, et al. Identifying male college students' perceived health needs, barriers to seeking help, and recommendations to help men adopt healthier lifestyles. *J Am Coll Health* 2000; 48:259-67.
- Dean, K. (1981). Self-care responses to illness: a selected review. *Social Sciences & Medicine*, vol.15A, pp.673-687
- Dupuy, J.P., Karsenty, S. (1974). A invasão farmacêutica. Lisboa, Editorial Presença.
- Gérvás J., Fernandez, M.P. (2003). Genética y prevención quaternária : el ejemplo de la hemacrotosis. *Aten Primaria* 2003 Jul 30; 32 (3): 158-62.
- Gérvás J., Fernandez, M.P. (2005). Aventura y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria* 2005 Feb 15; 35 (2): 95-8.
- Gérvás J. (2006). Moderación en la actividad médica preventiva e curativa: cuatro ejemplos de necesidad de prevención quaternária en España. *Gac Sanit* 2006 Mar; 20 Supl 1: 127-34.
- Horne, R.; Weinman, J. & Hankins, M. (1997). The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive presentation of medication. *Psychology and Health*. Vol. , pp. 1-24. Harwood Academic Publishers.
- Lowry R, Galuska DA, Fulton JE, Wechsler H, Kann L, Collins JL. Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among U.S. college students. *Am J Prev Med* 2000; 18:18-27.
- Lowenberg, S., Davis, F. (1994). Beyond medicalization - demedicalization: the case of holistic health. *Sociology of Health and Illness*, vol.16 ,n 5, pp.579-599
- Lupton, D. (1996). *Food, the body and the self*. London, Sage.
- Morgan, M. (1996). Perceptions and use of anti-hypertensive drugs among cultural groups. In Williams, S.J., Calnan, M. (orgs), *Modern Medicine, lay perspectives and experiences*. London, UCL Press, pp. 95-116.
- Ribeiro, JLP. (2005). O importante é a Saúde. Fundação Merck, Sharp & Dome.
- Silva, AS; Pinto, JM. (1986). *Metodologia das ciências sociais*. Porto, Edições Afrontamento.
- Vuckovic, N.; Nichter, M. (1997). Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States. *Social Sciences & Medicine*, vol.4, n 9, pp.1285-1302