



Liliana Filipa Mendes Cunha

O PRIMADO DA EXPERIÊNCIA

Histórias de consumo e perspetivas sobre os medicamentos pelos estudantes universitários

Dissertação de Mestrado em Sociologia apresentada à Faculdade de Economia
da Universidade de Coimbra sob orientação do Professor Doutor João Arriscado Nunes

Setembro de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Liliana Filipa Mendes Cunha

O primado da experiência

Histórias de consumo e perspetivas sobre os medicamentos pelos
estudantes universitários

Dissertação de Mestrado em Sociologia, apresentada à Faculdade de Economia da
Universidade de Coimbra para obtenção do grau de mestre

Orientador: Prof. Doutor João Arriscado Nunes

Coimbra, 2015

Pela minha família

Agradecimentos

“A gratidão é a memória do coração” – Antístenes 440-365 a.C.

Quero deixar gravadas nestas páginas a memória daqueles que tanto me ampararam por este ano de angústias, de felicidades, de desafio e sobretudo, de descoberta.

Ao meu orientador, o professor João Arriscado Nunes, um agradecimento sentido por me fazer acreditar cada vez mais no propósito deste trabalho, a cada reformulação enviada. E por ter impulsionado a minha vontade por descobrir mais sobre o que me inquieta.

Aos meus pais. Pai, Mãe, Isabel, escrevo estas últimas páginas de lágrimas nos olhos, porque sei o quanto lutaram para me ver crescer e por me convencerem de que valho mais do que sinto ser.

À minha irmã Carolina. Por todas as horas em que nunca me deixou estar sozinha a escrever na secretária. Por todas as perguntas. Por todas as gargalhadas. Por fazer parte de mim.

À Ana Moraes. Por ser o meu garante desde há muito tempo. Já lá vão uns bons anos desde que corrigíamos os textos uma da outra, sempre com a vontade de fazer valer as palavras mais bonitas da nossa língua. Desta vez foste só tu, e por isso estou-te grata pelo tempo que dependeste a me ouvir, a me ajudar, a me acalmar. E à tua prima também, por ter cedido os seus dotes de grande fotógrafa para o rosto deste trabalho.

À Sara. Por sermos tão parecidas e tão diferentes num mesmo tempo. Por nos ouvirmos, nos rirmos e nos zangarmos, sempre com a certeza que nada nunca mudará.

À Jackeline porque é a amiga mais pura que alguma vez conheci, e a todos com quem trabalhei no último ano. Foi difícil deixar-vos para completar este projeto e é por isso que ainda hoje sei que, mal entre na “lojinha”, o abraço e o sorriso são a nossa arma.

Ao Instituto Justiça e Paz pela cedência do espaço para a realização do *Focus Group* e por serem o suporte de tantos estudantes que não têm como pagar os seus estudos.

À residência universitária onde vivi nos últimos três anos. À D. Lurdes, à Sandra, à Liliana, à Cátia, à Isabel e a tantas outras com quem me cruzei. Sempre me fizeram acreditar que tinha a determinação necessária para todos os meus papéis: para ser a Liliana do Jornal A CABRA, para ser a Delegada, para ser a Liliana que trabalhava, para ser a

Liliana que escrevia a tese. Tudo isso foi possível pela vossa ajuda na construção de quem me tornei hoje.

Ao Debate por ser o espelho mais vibrante do que significa questionar o Mundo e por me ajudarem a conhecer o meu companheiro de todos os dias. Obrigado Cláudio por seres o meu amor e a plataforma para todos os sonhos da minha vida. Estaremos sempre juntos.

A todos vós eu devo estes anos, este trabalho, a minha vida.

O que é reivindicado e serve de objetivo é a vida, entendida como necessidades fundamentais, essência concreta do homem, realização das suas virtualidades, plenitude do possível.

Michel Foucault, História da Sexualidade I - A Vontade de Saber (1994:147)

Resumo

Quando foi a última vez que consumiu um medicamento? Hoje? Ontem? No último mês? Mas, mais importante: recorda-se do porquê? Problemas como o *stress*, os distúrbios alimentares e a depressão fazem parte de um novo paradigma que transforma o nosso olhar sobre o que representa a saúde e a doença. A medicalização da sociedade é a expressão da discussão sociológica da afirmação do sujeito enquanto indivíduo mobilizador de recursos e de informação sobre a sua própria saúde. Ao longo do presente estudo, propomo-nos a refletir sobre a sociedade medicalizada em que vivemos, através de uma abordagem crítica que evidenciará as razões desencadeadoras por detrás do consumo de Medicamentos sem Receita Médica. Para este efeito, circunscrevemos a nossa investigação ao grupo-alvo que consideramos mais relevante por meio das suas particularidades: os estudantes universitários.

A presente investigação demonstra como a presente geração de jovens - entre os 18 e 30 anos de idade -rapidamente se converteu numa das maiores consumidoras de fármacos desde que há registo, essencialmente devido a três principais fatores: a influência determinante dos pares, as necessidades de medicamentos no contexto de pressão e a habituação dos medicamentos. E tudo apesar da existência de uma reação adversa ao *lobby* de influências de consumo, o que indica a presença de uma disposição de resistir ao absolutismo da pharmaceuticalização. Ainda assim, poucos são os que acabam por recusar os tratamentos com fármacos, assistindo-se a um incremento do “pluralismo terapêutico”, o uso alternado de fármacos e produtos naturais como forma de tratamento e prevenção de doenças. O estudo constitui-se com base numa metodologia qualitativa, recorrendo às técnicas de observação participante e *focus group*, para acolher as visões a partir das experiências e contacto que os estudantes tiveram com medicação nos tempos universitários. A partir do material empírico, emergem considerações sobre saúde e doença associadas aos medicamentos e ao seu uso, sobre a reflexividade na opção pela toma e atribuição de sentido a fármacos e produtos naturais, e ainda sobre os processos igualmente influenciáveis de prescrição médica e aconselhamento farmacêutico.

Palavras-chave: saúde, publicidade, consumo, doença, bem-estar, estudante universitário, MNSRM; Indústria Farmacêutica

Abstract

When was the last time you had medication? Today? Yesterday? Last month? But more importantly, do you remember why? Problems such as stress, eating disorders and depression are part of a new paradigm that is transforming the very concepts of Health and Disease. The medicalisation of society is the expression of sociological discussion of the subject's statement while mobilizing individual resources and information about their own health. In this study, we offer a reflection on the medicalised society in which we currently live in, by using a critical approach to demonstrate the driving reasons behind the consumption of medications without medical prescription. For this purpose, we will focus on a group whose particularities make an excellent study case: university students. This research demonstrates how the current generation of young people - between the ages of 18 and 30 years old - quickly became one of the largest consumer generation of medication on record. This is due to three main factors: peer pressure, academic pressure and drug addiction.

Although such particular age group generally shares a negative opinion about the pharmaceutical lobby, only a very small minority still refuses conventional treatments. They add to the members of “therapeutic pluralism”, the alternate use of drugs and natural products as treatment and prevention of diseases. This study is based on a qualitative methodology, by resorting to focus groups and observation techniques, in order to accommodate personal views and experiences of university students about the subject. Key considerations emerge from the empirical data, concerning the health risks associated to such drugs and their consumption, as well as the elements which influence consumer's choice of drugs and natural products and on the equally influenced procedures of prescription and pharmaceutical advice.

Keywords: health, consumption, advertising, disease, well-being, university student, over-the-counter medicines, pharmaceutical industry

Siglas

OMS- Organização Mundial de Saúde;

HIV- Human Immunodeficiency Virus;

ISCTE-IUL- Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa

INFARMED, IP- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento. Agora Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P

MNSRM- Medicamentos não sujeitos a receita médica;

IEFP- Instituto do Emprego e Formação Profissional;

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;

EUA- Estados Unidos da América;

DIMs- Delegados de Informação Médica

TORNADU- Torneio Nacional de Debates Universitários;

PG- Primeiro-Governo;

SG- Segundo-Governo;

PO- Primeira-Oposição;

SO- Segunda-Oposição;

A- Adjudicação

MSRM- Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

Figuras

Figura 1. Evolução de quadros mentais de Psicoses Afetivas e Perturbações episódicas de humor entre 2007-2011.....17

Figura 2. Problemas de saúde mental e social são piores em países mais desiguais.....18

Quadros

Quadro 1. A influência do marketing na prescrição de medicamentos.....56

Quadro 2. Informação direta ao consumidor: vantagens e desvantagens.....62

Tabelas (Todas as tabelas estão no apêndice a esta dissertação)

Tabela 1. O que representam os medicamentos no seio universitário (*Focus Group 1*)

Tabela 2. Experiências de saúde/doença (*Focus Group 1*)

Tabela 3. Autonomia da Informação (*Focus Group 1*)

Tabela 4. Atividade performativa do cotidiano laboral/estudantil (*Focus Group 1*)

Tabela 5. Interação entre o grupo (*Focus Group 1*)

Tabela 6. O que representam os medicamentos no seio universitário (*Focus Group 2*)

Tabela 7. Experiências de saúde/doença (*Focus Group 2*)

Tabela 8. Autonomia da Informação (*Focus Group 2*)

Tabela 9. Atividade performativa do cotidiano laboral/estudantil (*Focus Group 2*)

Tabela 10. Interação entre o grupo (*Focus Group 2*)

Sumário

| | |
|--|----|
| Introdução..... | 1 |
| 1 A Sociedade medicalizada..... | 6 |
| 1.1.1 Contextualização..... | 7 |
| 1.1.2 O Caso Português..... | 16 |
| 1.1.3 Medicamentos não sujeitos a receita médica | 22 |
| 1.2 O consumo de medicamentos sem prescrição médica entre os jovens universitários | 23 |
| 1.2.1 O problema: Porque consomem MNSRM os jovens universitários? | 27 |
| 1.3 O enviesamento da “soberania do consumidor”..... | 29 |
| 1.4 <i>Marketing</i> e escolhas entre marcas de MNSRM | 37 |
| 2 Lógica comunicativa e experimental da saúde e do medicamento..... | 44 |
| 2.1 As fontes de informação e de influência no consumo de medicamentos..... | 47 |
| 2.1.1 Informação ao paciente | 47 |
| 2.2 Publicidade como estratégia de mercado | 52 |
| 2.2.1 Influência da publicidade nos profissionais de saúde | 55 |
| 2.3 O motor do medicamento e os seus desafios..... | 58 |
| 2.4 Reflexividade experimental da saúde e do medicamento | 63 |
| 3 Usos dos medicamentos entre estudantes universitários | 66 |
| 3.1 O percurso da investigação..... | 66 |
| 3.1.1 Análise | 70 |
| 3.1.2 O uso das duas estratégias..... | 73 |
| 3.2 Ser observador num meio que já se conhece..... | 76 |
| 4 Análise dos resultados | 78 |
| 4.1 Os efeitos do consumo de medicamentos sem prescrição..... | 78 |
| 4.2 “It is your focus, but it is their group” | 86 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 4.3 | Discussão..... | 89 |
| 4.4 | Os estudantes e o consumo de medicamentos..... | 96 |
| 4.4.1 | Considerações finais | 96 |
| 4.4.2 | Fontes de informação e consumo de performance..... | 100 |
| | Conclusão..... | 102 |
| 5 | Referências Bibliográficas..... | 106 |

APÊNDICE

ANEXOS

Anexo I - Guião e notas substantivas do debate realizado na UP

Anexo II - Guião *Focus Group*

Anexo III - Caracterização das pessoas entrevistadas

Introdução

Encontrei a motivação para o tema desta dissertação na história da minha mãe e nas estórias daqueles que viveram comigo na Residência Universitária S.Salvador dos Serviços de Ação Social da Universidade de Coimbra, e que trabalharam a meu lado, durante o ano de 2014, numa empresa fotográfica.

A discussão, no âmbito da unidade curricular Debates Teóricos Contemporâneos I, sobre a emergência de novos sujeitos biossocializados, suscitou uma reflexão sobre a relação entre a informação e os seus usos nas decisões que tomamos e nos juízos que fazemos.

Primeiramente propus-me a estudar a influência da publicidade, em concreto dos anúncios publicitários que passassem nos meios de comunicação de massas: rádio, televisão e jornais, nas escolhas de consumo de medicamentos dos jovens portugueses.

Resolvi de igual forma recorrer à observação participante para observar as etapas da criação do anúncio publicitário por parte dos seus criadores para depois confrontar os resultados com as visões do grupo estudantil recetor desses anúncios. Porém, isso não se verificou. E, à medida que crescia a minha indecisão pela forma como iria relacionar as duas coisas que mais me importam diariamente: o jornalismo e o comportamento do sujeito, apercebi-me de que existia um sem número de referências diárias no sítio onde vivia à toma de medicamentos e à forma como os anúncios sobre bem-estar, emagrecimento e estimulantes de performance corporal nos invadia diariamente, por toda a parte: nos *spots* publicitários, nas revistas, nos telejornais, nas novelas. Para isso interessa saber qual é a fronteira que se estabelece entre o produto que nos é mostrado e a vontade de o consumir.

As formas de anunciar um mesmo fármaco em suportes diferentes criava-me alguma inquietação, bem como o facto de os consumirmos sem nos interrogarmos sobre as razões para o fazer. Consumimos mesmo sem invocarmos razões, ou estas existem sempre, mas são invocadas apenas quando os sujeitos são solicitados a explicitá-las, como acontece na investigação social?

Para além da visão dos medicamentos enquanto melhoradores de nós mesmos e desmistificadores da noção de que só os médicos nos podem aconselhar de maneira rigorosa e adequada, também ouvi várias vezes a noção de que os medicamentos são como “uma droga” que nos é imposta por vários atores.

Por isso o desafio tornou-se maior. Existia uma clara dicotomia entre os fármacos que estavam associados à doença, como os psicotrópicos, e aqueles que eram considerados auxiliares, de uso comum e aceites para o melhoramento da condição física e do desempenho intelectual. Notava que entre a comunidade universitária, especificamente no meu grupo de amigos, as duas visões alternavam entre si, e quis suscitar junto deles essas questões. A certeza de que seremos os consumidores de medicamentos do amanhã levou-me a explorar o conceito de autonomia e conhecimento dos fármacos, e dos seus usos e efeitos, entre jovens universitários.

Quis entender a imagem que os jovens universitários, entre os 18 e os 30 anos, têm da sua própria saúde, e das suas trajetórias terapêuticas, enquanto consumidores da mesma.

A questão problemática aqui a identificar é a intervenção dos estudantes universitários no consumo de medicamentos sem prescrição. O agente, ao qual nos propomos a refletir, é relevante de ser estudado porque identifica-se com a ideia de que tem de ser o melhor para conquistar um lugar no mercado de trabalho qualificado. Tem, por isso, uma fragilidade particular em ter a necessidade de procurar em algum lado formas de potenciar o seu desempenho académico. Tem de ter do seu lado todos os auxiliares possíveis para cumprir a tarefa de concretizar um futuro estável.

Por estas razões o estudante é alvo de influências. Será que ele reflete sobre o que consome diariamente e sobre as consequências que daí advém? Por que é que tomamos comprimidos?

A presente investigação dividir-se-á em quatro partes. A primeira trata do paradigma da medicalização da sociedade e do seu ativismo reflexivo por parte dos indivíduos.

A saúde pública ocidental tem mostrado interesse na promoção da mudança de comportamentos e do alcance de estilos de vida saudáveis importantes para combater as

desigualdades. Estas abordagens contrastam com estratégias estruturais que pretendem dirigir causas físicas da saúde. Um exemplo corrente de abordagem comportamental é o uso do marketing social como metodologia na saúde pública. Crawshaw (2013) afirma que o marketing social é postulado como uma estratégia de criação de bem social ao importar métodos de venda comercial dentro da saúde e da política social em vários âmbitos, neste caso na saúde pública. O primeiro passo é a gestão de comportamentos e modos de vida, responsabilidade que é levada a par com o indivíduo, refletindo-se numa mudança comportamental que cada vez mais evita o significado do social e do relacional na saúde.

Seguindo o estudo do biopoder formulado por Foucault (1994), a nossa investigação pretende no âmbito das justificações do consumo por parte dos jovens universitários, das fontes de informação a que recorrem; da sua posterior influência e da avaliação do resultado e efeitos do consumo, entender a força que a mensagem comunicacional e o contexto grupal exercem na vontade do possível consumidor universitário, nos seus hábitos e na forma como encara a vida. O contexto da saúde é o amparo para isso mesmo. Toda a temática relacionada com o bem-estar do indivíduo tem vindo a transferir a responsabilidade da política e do poder do corpo para este. Para isso chega-nos a teoria de Rose (2006), em que propõe que vivemos numa cidadania biológica, capacitada e cada vez mais interessada na preservação do corpo.

A segunda parte do estudo versará no desejo de entender a lógica comunicativa e experimental da saúde, tendo como seu objeto o medicamento. Por último, tentam-se correlacionar os usos dos medicamentos pelo grupo estudantil universitário e a relevância sociológica que constituem no consumo de saúde no futuro.

Na continuação da problemática da pluralização da oferta de serviços em saúde e de consumos terapêuticos¹, o nosso estudo procurará ter um contributo efetivo centrado no caso de estudo dos estudantes universitários, para a atribuição de risco e eficácia acerca dos seus métodos e reflexões terapêuticas. Desde a eficácia da informação, do poderio médico, das noções de saúde e, principalmente, no que concerne às noções grupais de entreajuda. A vontade maior será a de perscrutar o tipo de reflexividade que existe nas práticas deste pequeno grupo societal.

¹ O conceito é formulado a partir do estudo sobre a automedicação de (N. M. Lopes 2007).

De seguida, a investigação incidirá, numa terceira fase, sobre as fontes de informação e dos vários tipos de influência que podem exercer para o doente, os médicos e os farmacêuticos.

A publicidade, considerada como uma dessas influências, tem outros efeitos colaterais que se revelam em aspetos mais abrangentes como a influência no decisor político sobre a forma de atribuir subsidiação de forma a compartilhar medicamentos pelo que a publicidade prova deles. A temática da subsidiação do Estado na escolha de certos medicamentos em detrimento de outros e a viabilização dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) têm e vêm a repercutir-SE num sucesso de estratégia de marketing. Este tema importante interfere com as políticas que impulsionam a comparticipação e escolha de medicamentos pelo seu preço. Na continuação dessa análise importa citar quais as normas portuguesas para a publicidade e propaganda a medicamentos, e como se faz a inspeção e controlo dos laboratórios farmacêuticos em Portugal. Quais são as estratégias da propaganda médica com foco no consumidor final?

Por último apresentar-se-ão os resultados desta investigação com a compreensão dos mecanismos sociológicos, económicos, psicológicos e contextuais por detrás do consumo, que são fulcrais para entender melhor a compra de medicamentos de venda livre, por parte de um consumidor cada vez menos preocupado com efeitos adversos que os mesmos possam ter.

Na atual fase da modernidade, novas formas de pacientes empoderados e agrupados nas formas de biossocialidade são sugeridas por Rose e Novas (2005). Chamamos a isto protagonismo leigo, que surge na forma como se gerem os percursos terapêuticos no dia-a-dia.

A expansão da ‘pericialidade’ de Lopes (2007:127), dos *expert patients* de Dumit (2012), e a maior circulação de informação do medicamento, como objeto terapêutico e resoluto do fim do risco, são uma fase importante para o *empowerment* do doente leigo. O corpo passa a ser o problema e a solução para o controlo prático da doença e do risco (2007).

Apresentadas as questões essenciais, esta reflexão pretende, no final, conseguir provar que a relação entre informação e consumo não é por acaso e que tem um propósito e

razões, ao demonstrar os mecanismos, estímulos e incentivos utilizados para condicionar a vontade esclarecida do indivíduo, no momento de tomar uma decisão e de exercer a sua escolha. Não seremos radicais ao ponto de afirmar que o livre-arbítrio é meramente uma ilusão. Mas não poderemos deixar de nos questionar sobre o seguinte: até que ponto somos inteiramente independentes na hora de tomar as mais pessoais decisões? Seremos verdadeiramente “senhores do nosso destino”?

CAPÍTULO I



A Sociedade Medicalizada

1 A Sociedade medicalizada

1.1.1 Contextualização

No último século o terreno social da saúde e da doença tem vindo a transformar-se. O que antigamente eram considerados problemas humanos como o nascimento, envelhecimento, menopausa, alcoolismo e obesidade, são agora vistos como condições medicalizáveis², entrando nos aspetos diários da nossa vida³.

Conrad (2007) explora a emergência e as mudanças na medicalização, as consequências da expansão do domínio médico a aspetos que antes não faziam parte do setor e as suas implicações para a saúde e a sociedade. Encontra nos recentes desenvolvimentos como o aumento do número de diagnósticos e do aprimoramento biomédico, o futuro da medicalização.

Para o autor (1992:209) “medicalization describes a process by which nonmedical problems become defined and treated as medical problems, usually in terms of illnesses or disorders”.

Foi durante os anos 70 do século passado que o termo começou a surgir na literatura científica. Embora signifique transformar algo em teor médico, tem vindo a adquirir outros significados. O termo tem também sido usado num contexto crítico da medicalização, ou “overmedicalization”, do que um termo só com o significado de descrever o que se tornou alvo de análise médica.

Medical authority is declining (Starr 1982); increasingly physicians are now employees (McKinlay and Stoeckle 1988). Corporate structures have increased power in terms of third-parties and the buyers of health services, to name only the most major changes. These are fundamental changes in the organization of medicine. What impacts are they having on medicalization? What is the impact of the dismantling of the welfare state (and subsequent cutbacks)? Will this engender a redefinition to badness rather than sickness? (1990:227)

² Medical+izar. Verbo transitivo. 1. Dar carácter médico ou medical. 2. Tratar algo como problema médico, “medicalizar”, in Dicionário Priberam de Língua Portuguesa.

³ Tradução livre do autor. *Over the past half-century, the social terrain of health and illness has been transformed. What were once considered normal human events and common human problems—birth, aging, menopause, alcoholism, and obesity—are now viewed as medical conditions. For better or worse, medicine increasingly permeates aspects of daily life (Conrad, 2007)*

A perspectiva de evolução da medicalização de Conrad já postulada nos anos 90 regressa no novo milénio com o seu livro *The Medicalization of Society* (2007) para confirmar que o impacto dos profissionais de saúde na medicalização diminuiu. Ao invés disso, o complexo de indústrias biotécnicas e farmacêuticas, bem como as companhias de seguros, e o paciente como consumidor, têm aparecido como as forças motrizes por detrás da promoção da medicalização da sociedade.

Assim, a primeira hipótese deste trabalho consiste na aceção de que vivemos numa sociedade de consumo. A conceção de sociedade está ultrapassada na medida em que se considera como objeto de estudo macro socializado (Bauman, 2010) e, potencialmente, homogéneo. As trajetórias identitárias tendem a definir-se em ligação com estratégias de promoção do consumo, mas nem sempre o resultado destas é garantido. “Os promotores dos bens de consumo devem trabalhar arduamente para garantir uma mensagem consistente” (2010: 220). O que move, alegadamente, a atividade do consumo é o desejo individual e de curta duração.

O objeto empírico a que se refere esta dissertação é o consumo de medicamentos sem prescrição na prática diária dos estudantes universitários. Nos termos deste estudo, a procura pela resposta a uma primeira hipótese, fundamentada em Bauman, constrói-se no aparecimento da sociedade de consumo, em que terminar constantemente e recomeçar novamente é um estilo de vida disponível a todos e aparece a muitos como o único estilo de vida disponível. A carência é como um estado de tensão que acaba por se dispersar e desaparecer quando for satisfeita. No entanto, a necessidade que move os membros da sociedade de consumo é a necessidade de manter viva a pressão. Os consumidores surgem na história como vítimas de uma lesão cerebral coletiva: as vítimas ingénuas da hipnose maciça a que a compra habitua.

O que distingue os membros da sociedade de consumo dos seus antepassados é a emancipação do consumo da instrumentalidade de que outrora costumava traçar os seus limites – o desaparecimento de “normas” e a nova plasticidade de “necessidades” que libertam o consumo dos vínculos funcionais e que absolvem da necessidade de justificar-se em outros termos que não a sua própria agradabilidade (2010:219)

Alicerçado ainda na perspectiva consumista surge a procura de saber se o consumo, em concreto, de saúde, proporciona emancipação. O desaparecimento de normas e a nova plasticidade de necessidades que libertam o consumo dos vínculos funcionais, absolvem-no da necessidade de se justificar em outros termos que não o da agradabilidade, do prazer. O consumo é o fim próprio da sociedade de consumo e, portanto, é autoimpulsionador.

A segunda hipótese a testar que se coloca nesta investigação, é a de se vivemos por meio de inferências, na forma como nos relacionamos com os outros. Não conduzimos as nossas existências, não tomamos as nossas decisões nem atingimos os nossos objetivos quotidianos, (Goffman, 1999:12). O indivíduo atua num palco de onde se dirige para os seus demais, com o objetivo de ter do outro a resposta que se deseja. O indivíduo é intencional no seu comportamento. Mas este pode ser condicionado por contingências ou interferências que produzem resultados distintos dos intencionais. E estas mesmas interferências, com base no primado da experiência e na interação social, atribuem à informação um peso acrescido na procura de esclarecimentos e justificações para o ato de consumo.

Por isso a narrativa da publicidade, que assenta no contrato social de Hobbes – como o somatório de seres que passa a agir como um só -, tem um efeito de tradução social de especial interesse, onde nem todos os atores têm uma importância pré-definida. Não há uma abordagem teórica clara que sustente que há só um efeito, como, por exemplo, o de persuasão, na publicidade. Apenas a relação intrínseca entre publicidade e estudos de consumo. Os efeitos possíveis podem, porém, ser objeto de pesquisa empírica sobre a relação entre publicidade e práticas de consumo. Veremos que alguns autores advogam que existe essa relação, enquanto outros referem que a influência da publicidade é reduzida, mas no fundo todos admitem que constitui um fator de importância a ter em conta na reflexividade do sujeito aquando da escolha de potenciais percursos terapêuticos.

Ao analisar as transformações recentes no campo da saúde, designadamente a passagem do complexo biomédico para uma medicina mais preventiva, múltipla e alternativa, novas respostas surgem na consideração do que representa a saúde, a sua promoção e do que significa ser saudável. Daí que toda esta metanarrativa de saúde exija

uma identificação dos diferentes públicos a que se dirigem as práticas de saúde, e neste caso de um público restrito – um público jovem, constituído por estudantes universitários -, de quais são as suas retóricas e padrões do quotidiano: a retórica do bem-estar em termos de resposta a potencial doença, os recursos utilizados para invocar a questão da saúde em algum momento e a retórica da prevenção da doença com a potencialização de produtos que tentam promover imunidade e que agem sobre o indivíduo numa lógica de interferência/obrigação.

A definição do conceito de saúde proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), (World Health Organization s.d.) assenta na diferença entre saúde como ausência de doença e intervenção, e saúde como estado de bem-estar geral, sendo essa conceção promovida por uma diversidade de atores credenciados para falar em nome da saúde: médicos, enfermeiros, paramédicos, farmacêuticos, Indústria Farmacêutica, meios de comunicação, entidades governativas, entre outros. É muito importante para a reflexão sobre a atribuição de responsabilidades no campo da saúde a influência que as nossas ações têm na dependência maior ou menor do setor e do complexo biomédico da saúde, com a promoção, por parte deste, da ideia de que cuidar da saúde é, em primeiro lugar, uma responsabilidade individual, associada à adoção de estilos de vida saudáveis, e a consequente secundarização das determinações sociais da saúde e da doença.

A obra de Giddens⁴ (2013) é incontornável para a destrinça do velho modelo biomédico de saúde em contraponto da doença que nos aparece como experiência vivida. Giddens sumaria os aspetos principais associados à reformulação dos conceitos de saúde e de doença na modernidade. Fundamentalmente, gera-se a ideia de que há uma nova consideração de doença no século XXI, que rompe com os cânones da medicina convencional ocidental que se afirmou desde a segunda metade do século XVIII. Segundo esses cânones, a doença seria definida em termos objetivos e diagnosticáveis, sendo possível o seu tratamento recorrendo a conhecimentos legitimados pela investigação científica. Para as chamadas doenças da modernidade⁵, como o *stress*, a depressão ou a dor crónica, procuram-se em métodos alternativos de diagnóstico ou terapias complementares

⁴ Capítulo 11 da edição inglesa ‘Health, Illness and Disability’, atualizada da 7ª edição pela Polity. O sumário e um fórum de discussão podem ser encontrados online em: <https://www.polity.co.uk/giddens7/home.asp>

⁵ Conceito também postulado por Giddens (2005) em *As consequências da modernidade*.

que ajudem os pacientes a viver com elas, a resposta às críticas do modelo tradicional, que explorarei mais adiante.

Os corpos são cada vez mais o resultado de interferências ou intervenções que os modificam, de modo intencional ou não. Intervenções como a dieta e o exercício são exemplos de tecnologias sociais do corpo, que geram essas modificações ilustrando esse processo de socialização da natureza: fenómenos antes considerados como naturais podem agora ser influenciados ou alterados por decisões sociais. Assim, a doença é olhada como uma rutura do funcionamento normal do organismo. E estas transformações, que associam a compreensão da saúde e da doença à plasticidade dos corpos, não são exclusivas dos saberes legitimados pela biomedicina. As chamadas medicinas alternativas, por sua vez, postulam a não separação de tratamentos para o corpo e para a mente, considerando que corpo e mente constituem um todo indissociável. Todavia, os médicos ou os profissionais de saúde são ainda considerados por muitos os únicos especialistas da saúde e da doença. É nessa medida que o modelo biomédico confere um imenso poder aos médicos e pode ser usado para propósitos políticos como a eugenia, de que o exemplo mais significativo foi a política nazi da higiene racial.

O que Giddens (2013) nos lembra é que a doença é uma construção social. Assim, uma dor ou emoção, ou outra manifestação de sofrimento e mal-estar, pode ser medicalizada como sintoma de uma qualquer patologia.

As críticas ao modelo biomédico incidem no protetorado estabelecido pela medicina sobre a saúde, na divisão do corpo e da mente no tratamento da doença e, acima de tudo, na falta de escuta do paciente (2013:439). Os receios provocados pelas novas doenças da modernidade fazem com que haja receios de que repetidas consultas médicas possam não resultar num diagnóstico plausível e tratável, e de que não se disponha dos recursos para consultar especialistas quando tal é aconselhado. Acresce a esta situação o frequente sentimento, por parte dos pacientes, de incapacidade de agir sobre o seu próprio estado, tratamento e cura.

O crescimento das medicinas alternativas, ilustrado por casos como o da homeopatia, acupuntura, yoga, aromoterapia e até uma nova visão da alimentação, coloca questões sociológicas importantes. Hoje, o ser humano é dotado de instrumentos e, acima

de tudo, de poder de obter informação, que lhe permitem tomar decisões sobre a sua vida. As pessoas estão a tornar-se consumidoras de saúde, sendo mais exigentes com os cuidados que querem para si. A lógica da individualização cria também vontade de intervir, ativamente, num processo que também é dos consumidores e não só de quem possui o conhecimento especializado. A longevidade do ser humano é também uma justificação para a nova catalogação de doenças e do que representará a saúde num contexto em que há uma crescente descoberta e cura para as antigas doenças, como as hepatites, o HIV/SIDA, a tuberculose, entre outras, doenças que marcaram os séculos anteriores.

Deste modo, que tipo de tratamento será mais eficaz para as doenças modernas? A OMS prevê que a depressão será a doença mais debilitante a nível mundial dentro de 20 anos. A medicina moderna curou muitas das doenças que afetaram as sociedades tradicionais, mas muitas pessoas que sofrem das doenças da modernidade – como o *stress*, a depressão e a dor crónica – direcionam-se para soluções como a da medicina alternativa ou encontram terapias complementares para viver com as doenças⁶ (A. & Giddens 2012).

É a partir de um enquadramento teórico focado na sociologia do corpo que investiga as formas como os nossos corpos são afetados por influências sociais, que iremos trabalhar as transformações e os desafios que o mundo apresenta às noções de saúde e doença, sendo que estas não se distribuem de igual forma por toda a população. O estudo incidirá, na sua vertente empírica, sobre o caso português, mais precisamente sobre os estudantes universitários.

Ainda recorrendo à obra de Giddens (2013), remontamos à perspetiva da Teoria Funcionalista sobre o papel do doente de Talcott Parsons, de forma a explicar os direitos e as responsabilidades de quem está ou é doente. Parsons defende que o papel do doente se define por três elementos: a pessoa doente não é responsável por estar doente; a pessoa doente está como que autorizada a retirar-se das suas atividades normais; a pessoa doente deve tratar-se para ficar bem, tornando-se paciente e consultando um médico. A

⁶ Tradução livre do autor. No original “*Modern medicine has cured many of the diseases which plagued traditional societies, but many people suffering from the diseases of modernity – such as stress, depression and chronic pain – turn to alternative medicine or use complementary therapies in managing to live with them*”(Giddens, 2012).

importância desta teoria reside em que, alguma vez na vida, qualquer um de nós se encontrará na condição de doente.

Porém, toda esta vivência é feita de críticas também. O facto de uma doença ser crónica implica que não haja, num horizonte de médio prazo, forma de “ficar bem”, e a designação de paciente, com a sua conotação de passividade, nem sempre dá conta do que significa estar doente, hoje. A inclusão do doente na própria cura ou recuperação do estado de doença coloca sérias limitações à ideia da generalização do protagonismo exclusivo ou principal do médico na resposta à doença.

Os sociólogos têm estudado de que forma a doença se torna incorporada na biografia do indivíduo como uma experiência vivida, como uma acumulação e troca de saberes e adaptação em relação com os hábitos e práticas dos que nos rodeiam.

O facto de um grande número de pessoas ser confrontado atualmente com a perspectiva de viver com um estado de doença por um longo período de tempo faz com que novas narrativas sobre a forma de encarar a doença surjam, podendo mesmo esta, assim como os modos de lidar com ela - como acontece com as doenças crónicas –, tornar-se parte da conceção de si do sujeito.

Na tentativa de entender se o contexto económico condiciona comportamentos e atitudes nas escolhas de saúde, o estudo desenvolvido por Monteiro (2011) explora uma versão menos sacralizada do acesso a, e uso dos produtos de saúde, espelhando a ampla farmacologização do quotidiano num novo território de venda de medicamentos – a parafarmácia.

Os territórios de saúde e doença tornam-se um espelho da realidade social, justificando a teorização sociológica. Até ao controlo da saúde e das decisões relativas a este por parte dos doentes, o caminho é longo. Um dos ângulos de trabalho de Monteiro prende-se com a “necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as opções e escolhas de saúde dos leigos, num contexto de individualização e fragilidade da opinião pública em paralelo com tensões na gestão de rendimento disponível e crise de confiança” (2011: 5).

A medicalização da sociedade transforma em problemas médicos questões que antes não eram consideradas como tais: a ansiedade, a mudança da imagem corporal e as perturbações do sono, e outros problemas que surgem nas mais diferentes fases da vida. A medicalização ocorre através de uma crescente mobilização da tecnologia (de visualização, de rastreio, da biotecnologia, genética...) no alargamento da intervenção médica, participando assim em novas formas de transformação do corpo (Giddens, 2012, Monteiro, 2011)

É desta forma que ocorre a institucionalização da medicina como instância de regulação social, construindo novas narrativas sobre normas, comportamentos e hábitos. Como parte deste processo, o medicamento surge como objeto social, aberto a várias dimensões de análise, mobilizável para a procura da melhoria da ‘organicidade’ do corpo, da sua capacidade de responder de maneira mais eficaz aos imperativos do desempenho social, profissional ou escolar.

O medicamento é uma solução para o devolver de saúde de modo imediato. “Os medicamentos permitem ao sujeito ser senhor do seu destino” (Van der Geest, 1989) *apud* (Monteiro, 2011: 9). São um meio de regular o corpo e de incorporar valores. Nas culturas do consumo, o corpo é morfológico – cria formas, de acordo com o padrão dominante, funciona como instrumento de expressão para o outro. (Goffman, 1999, Lipovetsky, 2013).

Nesta transformação e melhoramento do corpo a automedicação torna-se um modo frequente de cuidado de si, sem intervenção de um médico. A questão que se coloca aqui é a de que todos estes cuidados envolvem uma iniciativa leiga (de quem não tem conhecimentos especializados) e por isso os processos de promoção da saúde têm um efeito catalisador tão importante, criando uma tensão entre informação e publicidade.

Aqui se torna permeável a fronteira entre as formas mais subtis de medicalização com a ‘patologização’ por parte do discurso médico e do *marketing* farmacêutico, e as expectativas e a vontade dos indivíduos plasmadas na sua condição de consumidores de saúde. Os medicamentos são objetos saturados de sentidos e ambivalências, que não se esgotam no conhecimento empírico, certificado, da sua composição, posologia e efeitos. A

automedicação, pela sua vulnerabilidade a esse complexo de sentidos, aparece como um fenómeno que favorece a dinâmica comercial da Indústria Farmacêutica, criando um mercado de produtos que se estende para lá das necessidades de saúde associadas às intervenções terapêuticas ou de prevenção de doenças. Daí que se gere esta pergunta que também serve de subtítulo à obra de Dumit (2012): “Estarão as empresas e conglomerado farmacêutico a definir a nossa saúde?”

Esta abordagem encontra amplificação, em contributos exteriores à Sociologia e Antropologia, destacando-se as propostas dos visionários Alvin e Heidi Toffler (2006). Propõem aqueles, a emergência de consumidores de um novo tipo (“prosumers”), os quais resultariam da fusão de produção e consumo, no contexto de uma nova economia revolucionária (baseada no conhecimento e em redes funcionais), pelo papel activo dos consumidores na criação de riqueza e gestão dos processos sociais, da comunicação (Blogues, Wikipédia) à saúde (desenvolvimento explosivo do “selfcare” (Monteiro,2011: 57).

A proposta de Alvin e Heidi Toffler não é descabida, no âmbito de um mundo de informação em movimento e do corporativismo da medicalização, tendo o corpo margem para experimentações e numa lógica de interdependência tensional com as entidades que vendem saúde.

O mercado da cura irrompe na procura por novos e ambiciosos tratamentos para a doença. A homeopatia e os medicamentos biológicos, a par das outras medicinas alternativas, aparecem em resposta aos métodos convencionais. O modelo teórico/conceptual da pós-modernidade – reflexividade – sociedade do risco, criado por Anthony Giddens nas suas reflexões sobre a modernidade; Ulrich Beck e a sua teoria de uma sociedade do risco; e Jean Braudillard na teorização da semiótica da simulação da realidade, são como que legitimados pelo *homo consumens* de Zygmunt Bauman e do indivíduo hedonista de Lipovetsky. Os conceitos referidos são transferidos para um reativar de uma consciência de consumo, que pode não ter uma necessidade, mas um prazer no ato de praticar o consumo.

O termo doença tende a ser eclipsado pelo que foi ‘normativizado’ pelo conhecimento e pela ‘pericialidade’ científica. Fora de momentos considerados como

doenças agudas, os medicamentos são utilizados para fazer diminuir o risco de perturbações ou agravos futuros. Isto dá a possibilidade ao objeto e ao seu impulsionador de olharem para o medicamento e para a doença como elementos de suporte da vida social e das suas práticas, dado o imediatismo da solução. Uma dor de cabeça ou uma inflamação na garganta são o suficiente para se encarar o medicamento como a coisa certa a usar para lidar com o problema. Alguns medicamentos possuem assim também um mecanismo para se ‘desfarmacologizar’. Não que isso represente uma desvirtuação das práticas mas antes uma redefinição do que é ou não conotado como doença.

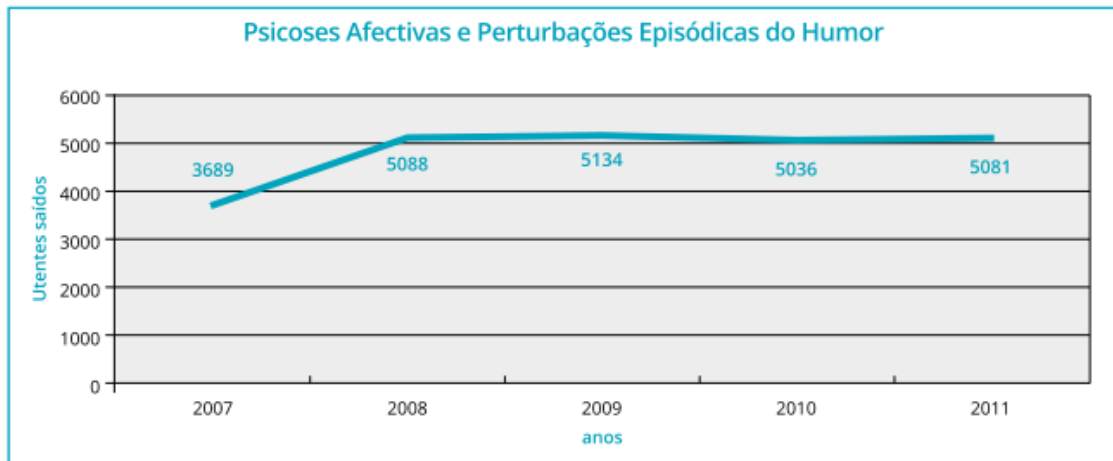
1.1.2 O Caso Português

A medicalização da sociedade portuguesa não é um aspeto alheio à população nos dias de hoje. Só no ano passado⁷ e, segundo dados enviados pela consultora IMS Health ao Diário de Notícias que publica a reportagem, foram vendidos em Portugal cerca de 8,5 milhões de antidepressivos e estabilizadores de humor no ano passado. As disfunções relacionadas com a psique atingem valores muito altos relacionados com a sua venda e que carecem de explicação por parte do Ministério da Saúde e também do lado médico. Segundo um estudo elaborado pelo Gabinete de Estudos e Projetos do Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED), agora Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P, que avaliou a evolução da prescrição e consumo de psicofármacos entre 2000 e 2012, verificou-se que se deu um aumento do consumo de psicofármacos,

(...) expresso através das DDD por 1000 habitantes dia (DHD), em todos os subgrupos mas mais evidente nos antidepressores (+240%) e antipsicóticos (+171%). Portugal apresenta uma elevada prevalência de doenças mentais as quais também encontram-se entre as principais responsáveis pela incapacidade para a actividade produtiva e psicossocial de população portuguesa, com destaque para a depressão major”, (Carvalho *et al*, 2013 *apud* Furtado, 2013)

⁷ Os dados foram enviados pela consultora IMS Health ao Diário de Notícias que publica a reportagem “Portugueses compram 23 mil caixas de antidepressivos por dia” no dia 1 de abril de 2015.

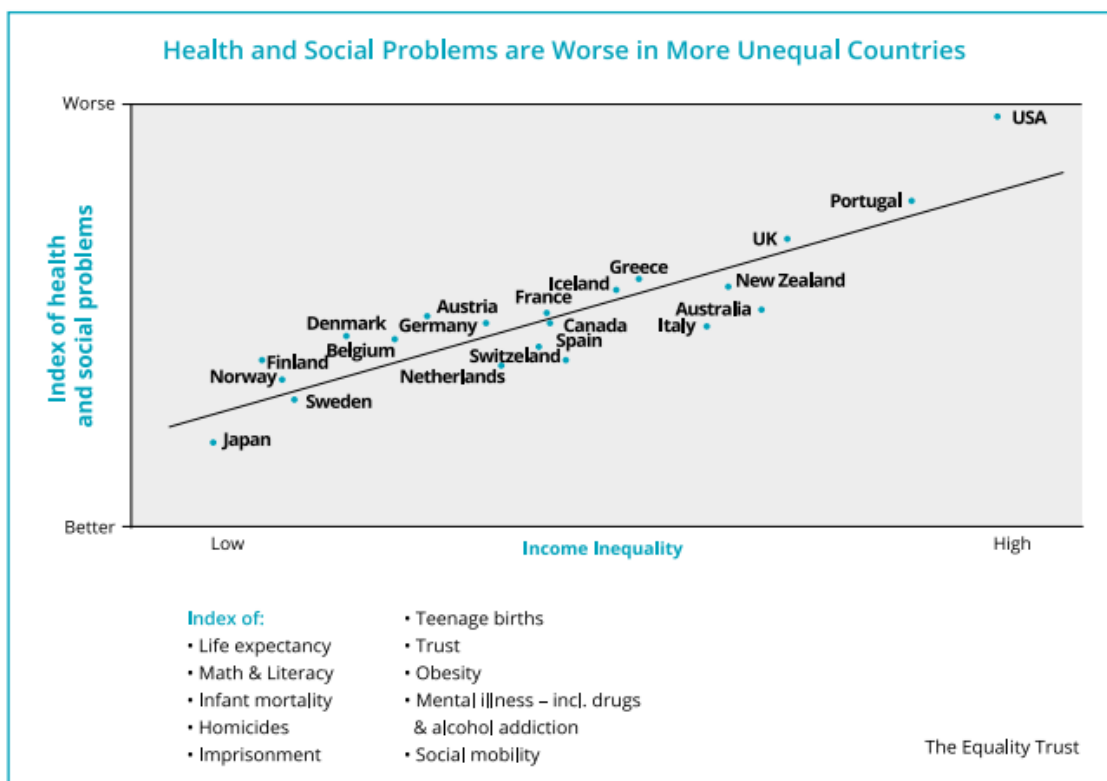
Fig.1 – Evolução de quadros mentais de Psicoses Afetivas e Perturbações episódicas de humor entre 2007-2011.



Fonte: (Carvalho *et al*, 2013: 34).

A estes dados acrescenta-se o facto de que Portugal estar entre os países onde o rácio de desigualdades sociais e crescimento de doenças ‘sociais’ e relacionadas com a psique cresceu e se demarcou dos países onde existe menos desigualdade, como os países nórdicos – Figura 2.

Figura 2. Problemas de saúde mental e social são piores em países mais desiguais



Fonte: (Wilkinson & Pickett, 2006 *apud* Carvalho *et al.*, 2013: 10)

O número de variáveis incluídas na elaboração dos dados incluiu: esperança média de vida; índice de literacia; mortalidade infantil; incidência de homicídios; prisões; confiança; obesidade; doenças mentais (que incluem toxicodependência e alcoolismo) e mobilidade social. Tratando-se da primeira edição do plano de saúde mental - elaborado pela Direção-Geral da Saúde, não foi possível realizar análises preliminares quanto ao perfil, prescrição e consumo de psicofármacos em Portugal.

Estes dados são importantes para perceber a amplitude dos problemas de saúde mental da sociedade portuguesa, mas ainda mais para caracterizar a ampla farmacologização do quotidiano. Na tentativa de perceber os perfis e propósitos da prescrição a investigadora Joana Zózimo refere:

A medicação surge então como uma forma de “biologizar” a saúde mental, tornando-o numa doença como as outras, não obstante os médicos entrevistados sublinhem, em momentos, a incerteza quanto aos factores biológicos que a despoletam. De facto, como demonstrado, mesmo nas situações em que o diagnóstico oferece maior dificuldade, os medicamentos antidepressivos e

calmantes surgem como forma de provar o diagnóstico médico, servindo exemplarmente como meio de expansão da medicalização mesmo em situações “de fronteira”. (Zózimo, 2011:49).

No entanto, não é só no processo de prescrição e de consulta médico-paciente que ocorre a medicalização do indivíduo. O INFARMED⁸ realiza anualmente um estudo da venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM). No relatório anual de 2014, os números indicam que foram vendidas mais de 7 milhões e meio de embalagens num universo circunscrito a medicamentos vendidos fora das farmácias, mantendo o crescimento, em relação aos anos anteriores, de 4,2%.

Os MNSRM constituem-se como um novo território terapêutico de gestão da saúde individual. É importante considerar a inspiração capitalista que move as diferentes marcas, indústrias farmacêuticas, empresas e meios de comunicação. Será o mercado dos MNSRM uma contribuição para a exploração da medicalização da sociedade portuguesa inspirada no modelo capitalista dos EUA? O contexto universitário, como âmbito desta dissertação, será importante no sentido em que se pretende estabelecer a relação entre a semiótica (relações e símbolos construídos a partir da interação entre pares) e o espaço circunscrito onde se desenvolvem no caso de estudo da performance estudantil.

A promoção da saúde, plasmada pelo exemplo do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, tem claramente uma visão do cidadão capacitado para os assuntos de saúde: “existem estratégias para a capacitação do cidadão e incremento da literacia em saúde, a nível nacional, regional, local e institucional, intersectoriais e envolvendo o sector social e privado” (George, et al. s.d.: 40), pode ler-se no relatório. Isso significa, segundo o estudo, que se nota maior liberdade e autonomia na gestão do quotidiano. Segundo Monteiro (2011) existe um padrão nas conclusões relativas a quem consome mais produtos nas parafarmácias analisadas. São mulheres, jovens e de elevado escalão socioeconómico. A incorporação da prática – compra nas parafarmácias, é olhada pelo autor como facilitadora de bem-estar.

⁸ Os valores correspondem à monitorização de mercado realizada ao longo do ano pelo INFARMED e que se reporta a MNSRM vendidos fora das farmácias. Ou seja, em locais como parafarmácias, gasolinhas, supermercados e outros pontos de venda autorizados. Excluem-se medicamentos dispensados em farmácias, meios hospitalares e medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM). Para mais informações ver em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MONITORIZACAO_DO_MERCADO/OBSERVATORIO/ANALISE_MENSAL_MERCADO/VENDAS_MNSRM/2014/MNSRM_201412.pdf

Antecipa-se também o alargamento e consolidação do fenómeno com as cada vez maiores e múltiplas necessidades de saúde, associada ao facto da faixa etária dos compradores mais assíduos é jovem (25-34) sugerindo a continuação de um consumo elevado durante a próxima década.

Pita (2010) apresenta-nos um bom enquadramento do que foi a evolução do medicamento e da farmácia em Portugal nos últimos 25 anos. O foco incide sobre a entrada de Portugal na União Europeia (UE) e as influências que essa teve na indústria do medicamento e na farmácia. Em concreto, a mudança das condições de venda dos MNSRM em 2005 alterou a exclusividade da venda nas farmácias. O Decreto-Lei nº 134/2005 define que os estabelecimentos autorizados pelo INFARMED, IP, podem ser “propriedade de qualquer pessoa singular ou colectiva e a responsabilidade destes estabelecimentos é de um farmacêutico ou de um técnico de farmácia, não sendo necessária qualquer habilitação ou formação para os outros trabalhadores deste estabelecimento”. O autor afirma que, apesar do estabelecido na lei, é preciso procurar explorar outros pontos de vista para além da lei e da realidade farmacêutica.

A par da permissão da venda de MNSRM em estabelecimentos para além das farmácias, a publicidade e os folhetos informativos dos medicamentos também sofreram alterações nestes 25 anos. “As inovações a nível da legislação da publicidade a medicamentos foram profundas. A consistência, pormenor e alcance da legislação da publicidade a medicamentos foi pela primeira vez conseguida com este diploma” (Pita 2010:45). O autor fala do código da publicidade criado em 1991. O que está em causa no código é a existência de regulação de como é feita a publicidade tanto para medicamentos com prescrição como para os medicamentos sem prescrição. No diploma pode ler-se um conjunto de restrições quanto ao conteúdo da publicidade para menores, por exemplo, ou relativa ao bloco publicitário nas televisões e rádios onde a publicidade deve passar – sempre um bloco separado do informativo.

No artigo 3º e no 1º ponto do Código de Publicidade (1990) considera-se como publicidade,

qualquer forma de comunicação feita por entidades de natureza pública ou privada, no âmbito de uma actividade comercial, industrial, artesanal ou liberal, com o objectivo directo ou indirecto de: a) promover, com vista à sua comercialização ou alienação, quaisquer bens ou serviços; b) promover ideias, princípios, iniciativas ou instituições (1990).

Com a reformulação do código em 1991 estava em causa, também, a defesa da saúde, a sua proteção e a satisfação das necessidades da população e a racionalização dos consumos dos medicamentos. Em 1985, existiam em Portugal 3597 marcas de medicamentos. Em 2002, esse número ascendia a 6424.

Com a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia tornou-se necessária a adaptação das diretivas comuns aos outros Estados-Membros, e as instituições do governo que lidam com a saúde pública também se modificaram. Em 1993, foi criado o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento — INFARMED —, que passou a tutelar as questões relativas à farmácia e ao medicamento, desde a investigação até à comercialização. Seguindo a política estabelecida pelo Ministério da Saúde, ao INFARMED compete autorizar a entrada de novos medicamentos, a suspensão destes, abrir concurso para atribuição de novas farmácias, encerrar farmácias e indústrias farmacêuticas, regulamentar, fiscalizar, controlar a distribuição, a utilização de medicamentos e de dispositivos médicos e cosméticos.

Em jeito de conclusão, (Pita, 2010: 51) atribui benefícios e estagnações à mudança da política do medicamento e farmácia em Portugal depois da entrada na UE, como, por exemplo, o rigor da preparação de medicamentos manipulados. No plano das instituições de cedência do medicamento, no que diz respeito à propriedade da farmácia, elas não foram feitas transpondo para Portugal diretivas comunitárias. “São a nosso ver medidas que, até ao momento, em nada têm beneficiado a saúde pública, nem, internamente, a organização farmacêutica”, finaliza.

1.1.3 Medicamentos não sujeitos a receita médica

A definição de medicamentos não prescritos pela Organização Mundial da Saúde demonstra estatisticamente a praticabilidade e diminuição dos custos associados às consultas médicas. A necessidade de visitar um especialista é prevenida, mas podem surgir os problemas ligados à automedicação. Apesar do consumo de MNSRM ser considerado como uma forma de tratamento segura, os profissionais de saúde não os tratam como substâncias totalmente inócuas.

O consumo de MNSRM é uma realidade associada a manifestações de autonomia, por parte dos usuários dos serviços de saúde, mas é preciso ter em conta a forma como se processa a aprendizagem da automedicação. Fernandes et al. (2010: 52) estudaram uma amostra de 300 indivíduos em vários distritos de Portugal para indagar as razões mais frequentes do recurso à automedicação. Em relação aos hábitos de consumo de MNSRM, 78% recorriam regularmente a estes produtos. Mais uma vez, a razão para o consumo destes foi o aconselhamento por parte do farmacêutico e a facilidade da compra. Tal como os outros estudos referidos, de igual modo este mostra que o preço do produto tem uma influência decisiva na sua escolha. Contudo, é interessante observar que quase 62% dos inquiridos não dava conhecimento ao médico do consumo de medicamentos não sujeitos a receita. As pessoas com mais de 45 anos tendem a facultar essa informação com mais frequência.

A passagem de um medicamento para o estatuto de MNSRM requer o cumprimento de certos critérios, para que seja garantida a segurança de utilizadores que não têm conhecimentos médicos. Para isso, terá de ser possível o seu uso sem supervisão de profissionais, e que efeitos colaterais identificados dependam em exclusivo do medicamento (das suas propriedades) e não do seu uso inadequado. Não há garantia absoluta de que não haja problemas decorrentes do uso dos MNSRM, mas as autoras do estudo citado defendem a importância de uma maior informação: “O uso incorrecto pela população é impossível de evitar na sua totalidade, mas deve poder ser controlado através da educação para a saúde” (2010:48).

Os MNSRM também apresentam vantagens em termos de poupança de tempo e custos de tratamento. Porém, é de frisar que são utilizados apenas para lidar com sintomas e doenças ligeiras, “permitindo que o clínico dedique mais tempo a situações clínicas mais delicadas e graves, evitando o consumo e tempo na abordagem das mais simples, que dispensam a sua atenção passando para outros profissionais de saúde” (Fernandes et al., 2010: 48).

1.2 O consumo de medicamentos sem prescrição médica entre os jovens universitários

Em concreto, o sujeito que esta investigação pretende retratar são os estudantes universitários, jovens entre os 18-30 anos e estudantes nas Universidades Portuguesas, uma faixa etária sujeita a várias pressões: a pressão de resultados escolares, a pressão da busca de um emprego estável e de uma autossatisfação pessoal. Já na década de 90, Pais (1990:139-65) indicava as causas da conjuntura económica como constrangimentos ao contexto de vida da juventude:

Actualmente, e muito embora ainda se considerem baixos os níveis de associativismo, activismo e participação política dos jovens — apesar das possibilidades democraticamente instituídas de participação política—, os «problemas» dos jovens universitários (e dos jovens em geral) são problemas principalmente remetidos para as dificuldades de inserção profissional. (...) a partir da década de 70, os «problemas» de emprego e de entrada na vida activa tomaram progressivamente a dianteira nos estudos sobre a juventude, que, diria mesmo, quase se transformou numa categoria económica. (Pais, 1990: 143)

Atualmente obter um diploma na universidade já não garante um emprego. Segundo o Jornal Público⁹, no mês de junho de 2015, das 536.656 pessoas inscritas como desempregadas nos centros de empregos, 70.220 (13,1%) tinham concluído o ensino superior. No mês de agosto, os dados do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) indicam que o número de desempregados com diploma de Ensino Superior havia subido para 73.675 (13,8%).

⁹ A notícia, que tem como título *Licenciados no desemprego voltam à escola para aprender programação*, foi acedida no dia 28 de Junho de 2015. Pode ser consultada em: <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/cerca-de-1400-licenciados-no-desemprego-vaio-voltar-a-escola-para-aprender-programacao-1705103>

O sentimento de euforia associado à desejada entrada num curso superior rapidamente dá lugar a uma sensação de desencanto, a que se segue uma corrida contra o tempo com o objetivo de não apenas ser bom, mas ser o melhor. Só essa atitude parece criar uma hipótese de conquistar um lugar no mercado de trabalho que permita fazer valer os conhecimentos adquiridos na área de estudos frequentada.

Desta forma se traduz a pressão acrescida de significativa intensidade sobre os jovens. Um dos problemas maiores do país no domínio da educação e da formação é a falta de qualificações para a oferta de trabalhos existente – ou, noutra perspetiva, a ausência de oferta para as qualificações necessárias ao país. No relatório mensal de julho do IIEFP¹⁰ podemos confirmar que as atividades económicas com maior expressão nas ofertas de emprego recebidas ao longo de julho de 2015 (em Portugal Continental) foram as seguintes: “Atividades imobiliárias, administrativas e dos serviços de apoio” (15,7%), “Comércio por grosso e a retalho” (13,9%), “Alojamento, restauração e similares” (12,0%) e “Administração pública, educação, atividades de saúde e apoio social” (8,5%). Ou seja, olhando para as ofertas de trabalho, percebe-se um desajustamento entre as qualificações obtidas a nível académico e as necessidades reais do mercado de emprego Português.

Daí que exista uma cultura de corrida desigual onde poucas são as vagas para os empregos qualificados e muito são os candidatos. E, como em todas as corridas, todo o competidor procura colocar do seu lado o máximo de vantagens. Da mesma forma que um atleta procura exponenciar o seu desempenho físico, também o estudante irá recorrer a todos os auxiliares que encontra para melhor desenvolver o seu desempenho académico. O contexto atual proporciona assim o cenário ideal para que a procura de elementos que potenciem a capacidade humana seja preenchida pela oferta empresarial de um novo tipo de produto de consumo especificamente concebido para “remediar este novo mal”: os

¹⁰ Os relatórios sobre a *Informação Mensal do Mercado de Emprego* do IIEFP estão visíveis no portal da internet da instituição e oferecem uma visão ampla quer das estatísticas do desemprego, bem como do panorama de ofertas dos empregadores a nível nacional. O relatório do mês de julho em particular pode ser consultado em:
[https://www.iefp.pt/dohttps://www.iefp.pt/documents/10181/3943898/Informa%C3%A7%C3%A3o+Mensal+julho+2015.pdf/5669c243-8a70-4412-8406-2208ff7ba40e](https://www.iefp.pt/documents/10181/3943898/Informa%C3%A7%C3%A3o+Mensal+julho+2015.pdf/5669c243-8a70-4412-8406-2208ff7ba40e)

medicamentos de venda livre de estímulo cognitivo. Assim se afirmou o mercado das *smart drugs*.

No artigo intitulado *Neurochemical selves*, (Rose, 2003) demonstra precisamente essa afirmação:

These [pharmaceutical drugs] do not just reshape our ways of thinking about and acting upon disorders of thought, mood and conduct. Of course, they have enormous consequences for psychiatry as it is practiced in the psychiatric hospital, for the "community psychiatric patient," and in the doctors' surgery. But they have also had an impact on the workplace and the school, the family and the prison-not to mention the bedroom and the sports field. And this recoding of everyday affects and conducts in terms of their neurochemistry is only one element of a more widespread mutation in which we in the West (...) have come to understand our minds and selves in terms of our brains and bodies. (2003:46)

Rose (2003:57) descreve uma mudança na década de 90, do século XX, na forma de pensar a teoria da psiquiatria e a sua prática. Embora não haja provas de que as novas substâncias ou *smart drugs* sejam mais eficientes do que as suas predecessoras para tratar a depressão moderada ou severa, estas são favorecidas porque são consideradas como seguras e com menos efeitos indesejados¹¹.

Uma nova forma de pensar que explica as diferentes formas da patologia mental através do cérebro e da sua composição física- neurónios, sinapses, membranas, leva a encarar a precisão do diagnóstico dessas patologias como ligada à capacidade de vincular os sintomas às anomalias detetadas em um ou mais destes elementos constitutivos do cérebro e das funções neuronais. A conceção e ação das drogas psiquiátricas assentam nesta relação.

A experiência do indivíduo perde relevância para o diagnóstico, e passa a ser considerada quando pode ser relacionada com alterações neuroquímicas. Rose acredita que, se esta forma de pensar se tivesse tornado comum décadas antes, estas descobertas teriam sido consideradas como extraordinariamente arrojadas para muitos investigadores em psiquiatria. Hoje, elas parecem ter-se tornado parte do senso comum.

¹¹ Tradução livre do autor. *And no matter that most of the new smart drugs are no more effective than their dirty predecessors for moderate or severe depression-they are favored because they are claimed to be safer, and to have fewer "unwanted effects."* (2003:57)

If we are experiencing a "neurochemical reshaping of personhood," the social and ethical implications for the twenty first century will be profound. For these drugs are becoming central to the ways in which our conduct is determined to be problematic and governed, by others, and by ourselves to the continuous work of modulation of our capacities that is the life's work of the contemporary biological citizen. (2003:58-59)

Ao fazer a ponte para o nosso caso de estudo, o que está cada vez mais em causa no rendimento escolar não é o mérito, mas a suplementação; a noção de que as limitações do corpo (e da mente incorporada no cérebro) têm de ser superadas. E essas limitações podem incluir, desde um estudante que toma um antigripal porque ficou constipado e precisa de estar apto para um exame decisivo, como de outro que ingira estimulantes como auxiliar para se manter concentrado no estudo.

A condição de fragilidade resultante de um mau desempenho escolar e as suas consequências para o futuro do estudante aparece, assim, como um elemento de incerteza em relação ao seu sucesso numa vida profissional futura.

Lopes, et al. (2014), num estudo realizado a nível nacional sobre os consumos de performance dos jovens, demonstraram que 25,3% da população jovem incluída no estudo¹² tomava fármacos para a concentração, e que 23,8% o faz para descontrair e acalmar. (Superior, 2014). "They [results] show that (a) there is a hierarchy of acceptance of consumptions according to their purposes, with cognitive/mental performance showing higher acceptance" (2014:2).

Num depoimento da investigadora principal do projeto¹³, esta sublinha que:

em teoria os indivíduos sabem os riscos que podem correr, mas que, na prática, se regem pela ideia de que, baseados em experiências anteriores que correram bem, não existe qualquer tipo de problema no consumo de determinado produto. (Superior, 2014)

¹² O estudo foi conduzido a 1483 jovens estudantes e trabalhadores. A amostra, situada na faixa etária entre os 18-29 anos, era composta por 70% de estudantes universitários e 30% de jovens trabalhadores.

¹³ Os dados foram primeiramente encontrados na notícia do portal Canal Superior, 25% dos jovens consome fármacos para melhorar a concentração, acedido a 03/03/2015 e que pode ser consultada em <http://informacao.canalsuperior.pt/noticia/17521>.

O agente que escolhemos para pensar sobre o consumo de medicamentos sem prescrição tem características especiais e é importante para o estudo: pelo meio em que se desenvolve, a universidade, e por se constituir numa faixa etária intermédia entre a adolescência e a vida adulta. Os padrões de consumo de medicamentos sem prescrição por parte dos jovens universitários devem tal como a juventude de Pais (1990), ser encarados como uma construção social. Mas como se deve construir, “um discurso sociológico a propósito dessa construção social? (1990: 143-44)

As tentativas passadas de identificar uma cultura juvenil homogénea são contrariadas pela direção que foi seguida neste estudo. Aqui pretende-se explorar as “relativas similaridades entre jovens ou grupos sociais de jovens (em termos de situações, expectativas, aspirações, consumos culturais, por exemplo), mas também —e principalmente— as diferenças sociais que entre eles existem” (1990:140).

O fenómeno que queremos estudar tem, como ponto de partida, a identificação de novos agentes terapêuticos, onde as consequências do debate incidam sobre a eficácia deste novo complexo de saúde em como a doença, o tratamento e a cura se tornam independentes de atenção.

In a situation where only investment of capital on a large scale is capable of producing new therapeutic agents, such linkages of health and profitability might well be the inescapable condition for the creation of effective drugs. (Rose, 2003:58)

1.2.1 O problema: Porque consomem MNSRM os jovens universitários?

Mais importante do que definir o *status quo* da condição de estudante universitário no que diz respeito à necessidade do consumo de MNSRM, é importante definir quais as possíveis justificações para esse consumo. E uma delas está, inextricavelmente, associada à influência dos meios de comunicação. Os modos através dos quais se dá o acesso à informação sobre este tipo de fármacos e os seus efeitos anunciados tem origem nas mais variadas fontes, como a publicidade e o *marketing* farmacêutico; as fontes de informação *online* e, a informação partilhada pelos pares.

A difusão de notícias ou aspetos relacionados com a cultura juvenil (moda, manifestações, hábitos) são afetados “pela forma como tal cultura é socialmente definida” (1990:144).

Recorremos à elaboração dos paradoxos da juventude de Pais (1990:145) mais uma vez para demonstrar a multiplicação e heterogeneidade das condutas jovens, quando sugeridas pelos meios de comunicação de massas, pelos “discursos políticos” e por outro tipo de “intervenções administrativas”.

Alguns estudos têm defendido a passagem, entre os jovens, de uma «socialização de produção» a uma «socialização de consumo», da mesma forma que, paralelamente, alimentam pressentimentos nostálgicos de «desencantamento» e «passividade» entre os jovens. (1990:145)

As considerações sobre esta faixa etária em particular costumam ser alvo de generalizações que, dada a fragilidade da condição de autonomia tendem a tomar-se como verdade. E é por estas razões que se torna fulcral desdobrar os contextos vivenciais e internacionais que os jovens, especialmente os jovens universitários, constroem em formas de se socializar e de refletir sobre o quotidiano e as incertezas que afetam as suas vidas.

Daí que a observação do que se passa na sociedade em geral seja importante e ponto de partida para o estudo destes indivíduos. As representações sociais dos jovens universitários estão marcadas pela conjuntura económica, mas também pela interpretação coletiva que fazem da sociedade e dos meios que a configuram- como os meios de comunicação enquanto veículo de construção da realidade.

Importa entender as motivações do nosso sujeito do estudo - os estudantes- no processo de escolha de um fármaco, e em particular a recetividade e as diferenças que encontram entre produtos através das mensagens publicitárias veiculadas em diferentes suportes.

Em Portugal, só os MNSRM são os únicos medicamentos passíveis de ser publicitados. E é a partir destes que se constroem novos territórios terapêuticos associados à facilidade e controlo leigo da compra do medicamento. É importante entender a lógica por detrás da escolha e posterior avaliação dos medicamentos, de como se chega da indicação à aquisição.

Também esta fase servirá para destrinçar o poder médico alicerçado no modelo biomédico de saúde e que tem sido ajudado pela figura do farmacêutico na configuração técnica da abordagem médica. Porém, existe um terceiro ator que não se pode esquecer: o grupo de pares. Ou seja, pode a influência coletiva dos pares ser ou não ser determinante na construção terapêutica do doente, do seu quotidiano e da sua adaptação ao que se entende serem as exigências da vida e os riscos a elas associados?

We are seeing an enhancement in our capacities to adjust and readjust our somatic existence according to the exigencies of the life to which we aspire. Rather, they oblige the individual to engage in constant risk management, and to act continually on him or herself to minimize risks by reshaping diet, lifestyle and now, by means of pharmaceuticals, the body itself. The new neurochemical self is flexible and can be reconfigured in a way that blurs the boundaries between cure, normalization, and the enhancement of capacities. And these pharmaceuticals offer the promise of the calculated modification and augmentation of specific aspects of self-hood through acts of choice. (Rose, 2003: 5)

1.3 O enviesamento da “soberania do consumidor”

Será o consumidor soberano nas suas decisões ou é condicionado, na sua escolha, por influências? Por um lado, a soberania do consumidor, conceito formulado por Lerner (1972) assenta no postulado de que todos podem ter aquilo que desejam, desde que isso não implique sacrifício para os outros.

O conceito de Lerner é relevante para a compreensão das liberdades do consumidor nos tempos modernos. A soberania do consumidor relaciona-se com conceitos associados com o individualismo e com a satisfação das necessidades de acordo com a lei da oferta e procura no mercado. No processo de mercadorização da economia, cada indivíduo teria um papel importante no funcionamento desta, através do exercício da sua liberdade de escolha, dentro dos limites impostos pela disciplina do mercado e das condições da sua institucionalização, claro, por exemplo, através de leis destinadas a garantir a concorrência e, como no caso dos medicamentos, que garanta a qualidade dos bens transacionados, em conformidade com as disposições legais vigentes.

A empresa de consultoria (Iong, 2012) tenta mostrar a organizações e empresas, no campo da saúde, de que a soberania do consumidor tem vindo a representar maior poder de escolha. E de que esse poder também se manifesta no diálogo ativo entre o médico e o doente, em que o doente tem vindo a ganhar espaço, através de um maior acesso à informação sobre a sua condição e sobre os meios terapêuticos disponíveis.

Todavia, a consideração de que o doente tem sido uma figura interveniente na escolha do tratamento não deve negligenciar outro lado dessa capacidade, a que está associada ao acesso de fontes de informação que contribuem para a escolha do MNSRM que são consumidos sem intervenção do médico ou das instituições de saúde.

A partir deste subcapítulo olharemos para o caso da publicidade e do *marketing* farmacêutico como disseminadores e configuradores da realidade dos medicamentos sem prescrição médica.

A publicidade, enquanto meio condutor de informação, contribui para uma aceção de doença, em que o processo de automedicação é preponderante e comumente aceite por aqueles que partilham essa decisão. As parafarmácias, enquanto lugares centrais de distribuição de medicamentos sem prescrição médica, representam um potencial em expansão para a multiplicação de oportunidades de acesso a estes, e também de uma gestão de saúde que é medicamentalizada, certamente, mas que não passa necessariamente- ou exclusivamente- pelas instituições e profissionais de saúde. Os preços mais acessíveis desses medicamentos podem contribuir para atenuar as desigualdades no acesso a esses medicamentos, já que uma outra parte dos medicamentos- especialmente os que são objeto de prescrição - é comparticipada pelo Estado. Configura-se assim uma versão particular da corresponsabilização dos utentes e do Estado no financiamento do setor da saúde.

Numa procura crescente de soluções para problemas comuns, como a obesidade, rugas, perturbações do sono, tabagismo, obstipação, queda de cabelo ou artrite, entre outros, esses problemas convertem-se em novos problemas de saúde a enfrentar através da automedicação e do autocuidado. O envolvimento da publicidade enquanto mediadora entre o espaço público, a saúde e a política foi e é decisivo para marcar a narrativa

terapêutica assumida pelos setores mais jovens da população, enquanto domínio da persuasão e apelo da palavra.

A prevenção de doenças ocupou mais de 24% dos 452 *spots* do projeto de Balonas (2013), considerando o tempo e a quantidade de mensagens. No total dos *spots*, a saúde pública foi, segundo o estudo, a área mais desenvolvida no que diz respeito ao *marketing* social. A publicidade social surge assim como catalisadora de “modificação de crenças, ideologias e atitudes a longo prazo” (Balonas, 2013) *apud* (Ruiz, 2003: 129). Ao contrário, a publicidade comercial procura incitar à ação (compra) numa “conversão tática” do consumidor e as campanhas comerciais tendem, por isso, a ter uma repercussão mais tardia e menos notória.

Apoiando-se na ideia de que as soluções levantadas pela publicidade podem devolver a volta da saúde, pode-se recuperar o pensamento de Lipovetsky (segundo a interpretação de Monteiro, 2011), que se apoia na criação de um paradoxo entre liberdade, pela banalização do consumo, e prisão, pela tecnicidade das soluções:

O hedonismo experiencial de Lipovetsky cria um paradoxo: indivíduos mais livres, mas simultaneamente mais prisioneiros de soluções técnicas. As parafarmácias para estes estão num sentido de dessacralização do consumo emocional e simbólico dos produtos de saúde (dermocosmética, suplementos associados a processos mais ou menos complexos de construção identitária) e de medicamentos para os corpos produtivos que tentam dominar o quotidiano a seu favor. (Monteiro 2011, 63)

Torna-se possível, através destes novos territórios de consumo de saúde, a emergência de uma autonomia e *empowerment* do indivíduo pela sua própria gestão de acesso às marcas. A emancipação social que nasce da democratização e domínio da gestão do risco pelo acesso aos produtos cria, portanto, novos padrões de consumo que, tentam acompanhar o futuro do consumo terapêutico dos jovens, e em particular, no caso que aqui estudamos, dos estudantes universitários.

O desafio colocado pelo estudo do *marketing* farmacêutico consiste na aceção de que os efeitos pretendidos dos anúncios publicitários não podem ser dados por adquiridos.

Mas os *marketeers*¹⁴ sentem que trabalham adequadamente para justificar o que é investido nestes anúncios. Tanto o número de prescrições como o número de drogas por prescrição estão projetados para crescer de 5 a 15% por ano para quase todas as classes de drogas para doentes crónicos, nos Estados Unidos da América (Dumit, 2012: 56).

Segundo Leitão (2012:50) “o paradigma do efeito placebo propõe que as expectativas criadas em torno de um produto serão suficientes para suscitar ou amputar a utilidade esperada independentemente das suas reais capacidades”. Suscitar o efeito placebo através de uma marca ou das expectativas geradas por ela levanta a questão de se saber se a performance dos fármacos está ou não associada às preferências dos consumidores. A título de exemplo, e ao contrário da diretiva europeia, a publicidade de fármacos com prescrição médica é permitida nos EUA. Aliás, a publicidade tornou-se uma mediadora das expectativas aquando do consumo dos medicamentos.

O ato de compra prefigura uma motivação segundo Leitão (2012) e é daqui que nasceria o que alguns designam de efeito placebo, associado ao interesse pela marca, o preço, a mensagem publicitária e o aspeto que condicionam todo o processo da compra. O consumidor já parte da ideia daquilo que pode encontrar num produto. E, se este lhe é apresentado de formas diferentes do que previu, poderá desenvolver uma reação negativa a contragosto por este.

O placebo trata um tema controverso na posição da sociologia da saúde e da medicina em que a ideia comum (e que domina na medicina) é a de que o placebo é uma substância que, em princípio, é inócua, ou não produz o efeito do medicamento que está ser ensaiado. Mas que é hoje considerada problemática, dado que um placebo pode ter efeitos, mas estes serem desconhecidos, muitas vezes por o estudo não estar interessado nesses efeitos, mas apenas nos efeitos do medicamento a ser testado. Por isso, alguns investigadores dizem que "efeito placebo" é o nome dado à ignorância desses efeitos. O termo é assim por vezes utilizado, por analogia, para designar os efeitos da publicidade na escolha de um dado produto.

¹⁴ O significado de um *markeeter* atenta para um agente de publicidade ou que produz marketing ou promoção de um produto.

As propriedades químicas e farmacológicas do produto não são alteradas pelo consumidor, dado que elas são estabilizadas pelas características físicas do próprio produto, tal como é comercializado. A sua eficácia, no entanto, pode ser condicionada ou modulada pelos fins para que é usado e pelos seus modos de utilização pelos diferentes consumidores, incluindo as expectativas destes em relação aos efeitos do produto.

As expectativas associadas à marca e do preço também influem na avaliação da performance do que é comprado. Dá-se uma passagem de um consumo funcional (baseado na utilidade, a compra com um propósito) para um consumo a que podemos chamar de ideológico, baseado em considerações e expectativas acerca da marca, e que pode transformar o uso do produto num hábito. Quando um produto de uma dada marca corresponde à expectativa do consumidor, e essa correspondência vai sendo confirmada em aquisições sucessivas, cria-se confiança na marca, que irá influenciar a compra seguinte. Aqui se afirma a importância da marca e da imagem (literalmente a “imagem de marca”) que fica associada aos produtos dessa marca, fidelizando o utilizador.

A pressão do hábito tem uma outra consequência, a de reduzir de facto a indagação das diferenças entre as várias marcas em função da eficácia dos produtos de cada uma para os propósitos do consumidor. Pode ocorrer também a adesão a uma dada marca por influência de pares ou mimetismo em relação aos hábitos e preferências destes, como mostrou Lindstrom (2012), através da intromissão, propositada e instrumental, de uma família de hábitos, compras e escolhas de marcas de toda a comunidade de vizinhos. A novidade (Leitão, 2012: 63) aparece como fuga ao hábito e responsabiliza o consumidor pelos eventuais novos resultados. A multiplicidade de produtos pode, assim, ter os efeitos contraditórios de afunilar e, ao mesmo tempo, ampliar a possibilidade de escolher de maneira diferente, levando o consumidor a sentir-se satisfeito com a sensação de conforto por ter arriscado a mudança.

O consumo pelo hábito foi atestado, mas convém ressaltar que a resposta não é sempre garantida. Isto é, o hábito não tem necessariamente de estar relacionado com a marca, mas sim com situações adjacentes de que dela se servem. Por exemplo, o hábito quotidiano de tomar o café sempre em casa não está relacionado com a marca ou a ideia de

já ser comum tomar-se sempre a mesma medicação. Aliás, o consumo com uma preferência orientada não tem objetivamente de ser sempre igual no respeitante aos produtos e marcas específicas, são os hábitos associados a estes que o tornam recorrente.

Para o cientista Irving Kirsch, os medicamentos antidepressivos não são mais eficazes do que o placebo. Isto destrói a própria ideia do efeito placebo, que consiste em examinar efeitos que, supostamente, decorrem da crença de que se está a tomar o medicamento a ser testado.

Em entrevista ao Jornal Público, em 2010, defendeu a inclusão do uso de placebo como pluralismo farmacológico, desde que o doente seja informado com precisão sobre o que está a tomar. “ (...) O benefício que os medicamentos permitem não é muito melhor do que o de um placebo para a esmagadora maioria dos doentes com depressão. Têm efeitos secundários, criam dependência e provocam sintomas de abstinência em quem tenta parar de os tomar” (Gerschenfeld, 2010).

Um outro contributo para as medicinas alternativas, e que muitas vezes tem sido alvo de desqualificação pelas suas conotações com o placebo, é a homeopatia. A homeopatia tem vindo, em polémicas que têm já uma longa história, a ser tratada como uma medicina alternativa que “nada faz mais do que receitar uma terapia sob a forma de comprimidos que nada mais têm do que água e açúcar”, aponta (Marçal, 2015). Não querendo de todo infirmar que esta é a opinião certa sobre o caso, importa referir que, como ocorre em outras práticas terapêuticas designadas de “medicinas alternativas”, as noções de dosagem, de equilíbrio, modo de preparação e modo de administração são centrais para a homeopatia, e que são aspetos que muitas vezes são ignorados por críticos.

No entanto, e mais do que determinar se a homeopatia ou as medicinas baseadas em produtos naturais correspondem ou não às expectativas dos seus utilizadores, é importante entender o contexto teórico e prático específico em que atua cada uma dessas medicinas e os seus critérios próprios de avaliação, em vez de reduzir a avaliação das suas práticas e da sua eficácia aos critérios da biomedicina. Mais à frente veremos como a homeopatia é

conhecida no meio universitário, como um meio a recorrer para responder a problemas de saúde.

A entrevista de David Marçal ao jornal Público é também relevante por mostrar que existe um grande secretismo em volta dos ensaios clínicos e dos seus resultados. Segundo a notícia da Agência Lusa e Semanário Expresso de 26 de Junho de 2014, em Portugal, foram aprovados pelo INFARMED, entre 2009 e 2013 cerca de 480 estudos com fármacos experimentais, para os quais eram necessários 13 mil doentes. Quase todos estes estudos são financiados pela Indústria Farmacêutica e são conformes aos critérios do próprio INFARMED e da Comissão de Ética para a Avaliação Clínica. Pode ler-se que a atuação da instituição face ao que motivou a notícia – foram desenvolvidas reações graves em 265 doentes nos ensaios clínicos -, dependerá de cada caso e tem “como prioridade a proteção da segurança dos participantes, sendo obrigatório o seu consentimento, devidamente informado e escrito”. Os efeitos adversos decorrentes dos ensaios clínicos serão sempre um tema discutível, assim como o chamado “efeito placebo”, já que os grupos de voluntários que participam nos ensaios tendem a ser heterogêneos em termos das suas histórias clínicas.

É importante estudar os efeitos que, o condicionamento às expectativas, reproduzem no consumidor. Existem várias categorias pertinentes para a análise desse condicionamento: i) o vínculo para com a marca do que se vende – que cria a satisfação e o hábito; ii) a publicidade comparada; e iii) o ato de falar sobre o efeito inverso da publicidade: o de não persuadir. Há um efeito de resistência à publicidade que leva a não comprar os produtos publicitados. Perante estas formas de condicionamento, coloca-se a questão de determinar até que ponto as pessoas são manipuláveis – ou resistem à manipulação – pela publicidade?

Sabe-se hoje que há muitos problemas com esta atribuição de efeitos a crenças ou expectativas. Essa atribuição, muitas vezes, decorre de fatores que não são explicitamente identificados e considerados nos estudos. Os efeitos da publicidade podem ser outros, como a propensão para consumir um dado produto de uma dada marca, e assim habituar o consumidor a um dado tipo de sabor, de consistência, de aspeto, que passam a fazer parte da relação habitual do consumidor com o produto.

Veremos que os consumos podem depender das circunstâncias e contextos de vida e atividade dos consumidores, atuais ou potenciais (Lave,1988), levando a diversas práticas e justificações do consumo. Os reportórios de argumentação são importantes neste caso, e, é por isso que se propõe uma experiência etnográfica de acompanhamento e caracterização dos hábitos do quotidiano terapêutico de estudantes universitários. A proposta da minha abordagem consiste em entender a criação das necessidades desenvolvida por uma lógica centrada na construção identitária: jogará a necessidade com as identidades existentes ou incorre-se na possibilidade de novas construções?

Por sua vez, o campo da manipulação biológica estabelece notas promissórias sobre a criação de uma cidadania biológica, caracterizada por Rabinow e Rose (2006) com, mais uma vez, foco na prevenção a montante da manifestação de alguma doença, cujos sinais precursores seriam detetáveis através de tecnologias como a imagiologia. Todo um novo setor da biomedicina gera-se à volta da ideia de deteção precoce dos riscos de doença ou distúrbio.

“O que é reivindicado e serve de objetivo é a vida, entendida como necessidades fundamentais, essência concreta do homem, realização das suas virtualidades, plenitude do possível” (Foucault, 1994: 147). Há um paralelo que se pode estabelecer entre a biopolítica da população dominada pelas instituições de poder de Foucault¹⁵ e a biopolítica de saúde a que assistimos agora. Remontando ao século XVIII para demonstrar a força do poder sobre a vida exercido sobre a população pelo Estado, Foucault, ao fazer a intermediação entre o adestramento do corpo e o controlo regulador da sua longevidade e investimento na saúde ao longo da vida, faz-nos traçar um paralelo com o século XXI, onde um novo complexo biológico e, desta vez, individualizante, surge para constituir novos agentes na administração dos corpos.

Desta vez já não são as instituições corporizadas no Estado que controlam os desígnios da vida da sua população. As ferramentas económicas desenvolvidas pelo capitalismo convocam no indivíduo o impulso para gerar sobre si o seu próprio

¹⁵ Foucault numa das suas obras mais conhecidas, História da sexualidade I - A vontade de saber (1976) reserva um último capítulo onde aborda evolução do poder sobre a vida e, conseqüentemente, sobre a morte, desde que no século XVII a existência era “dissimétrica”. O termo materializa-se sob a forma desproporcional de atuação do chefe do reino, em retrospectiva do modelo e direito ocidental da época. Ou seja, o soberano, figura de dominação à época personalizada pelo Rei só exercia o poder sobre a vida do seu súbdito, exercendo também o direito de o matar, ou o de não o deixar viver (Foucault, 1994: 138), ou “nos casos em que o soberano se encontra exposto na sua própria existência” (Foucault 1994, 135)

adestramento na saúde, fazendo com que sinta um certo controle sobre a vida e um certo adiar da morte: “no espaço de manobra assim adquirido, organizando-o e alargando-o, processos de poder e saber assumem os processos de vida e tentam controlá-los e modificá-los” (Foucault, 1994:144). Sendo assim, o controle do biológico reflete-se no campo político, já que o poder sobre a vida resvala para um autodomínio e procura pelo saber e pela intervenção do poder. Toda a transformação do poder sobre a vida desde o século XVII – do soberano para o Estado, do Estado para o indivíduo, mudou a “biohistória”, constituindo-se num poder que normaliza a vida e faz da sua promoção um objetivo.

A entrada e democratização dos MNSRM nos dias de hoje precisa de ser olhada de forma analítica e à luz da ideia de saúde e valor da vida como ele agora é entendido – associado a um risco diferente daquele de que nos falou Foucault. Daí a necessidade de um estudo qualitativo para também avaliar a influência da publicidade e *marketing* numa perspectiva grupal de comportamento e contágio social entre o público universitário. A automedicação e noção de saúde e doença num enquadramento etário mais jovem, onde pode existir ou não preponderância de um certo tipo de automedicação, aparecem no centro deste estudo.

1.4 *Marketing* e escolhas entre marcas de MNSRM

Bordignon (2011), no seu estudo com estudantes universitários, fala-nos da presença de um *marketing* a 3 dimensões: o primeiro (1.0) centrado no produto; o segundo (2.0) no consumidor; e o terceiro (3.0) no ser humano e responsabilidade empresarial (empresas com ética social). A qualidade já não é o diferencial do *marketing* farmacêutico, mas sim a diminuição dos seus “danos colaterais”.

As conclusões do autor, apoiado na teoria ‘marketista’ de Philip Kotler confirmam que os profissionais de saúde (os médicos, neste caso) são os que mais influência têm na compra de medicamentos, seguidos dos farmacêuticos e, por fim, do grupo de amigos/família. Mais de 90% dos estudantes que responderam – a amostra era composta por 74 estudantes - compram para uso próprio. E a variável que mais consideram aquando da compra é o preço, seguido da facilidade do uso e, por fim, do conhecimento da marca do produto.

Para sustentar o argumento de que a confiança é um dos pilares do *marketing* farmacêutico, Lodorfos, Mulvana e Temperle (2006) realizaram um inquérito por questionário a 118 consumidores de MNSRM no Reino Unido, para determinar as crenças dos consumidores sobre confiança, preço e experiência anteriores à escolha da marca dos produtos MNSRM. Os resultados deste estudo sugerem que a experiência direta com a marca, a tolerância em relação ao preço, a confiança na marca e as opiniões subjetivas dos outros são determinantes importantes para a reutilização de MNSRM.

A sensibilidade ao preço tem um efeito significativo na atitude de nova compra do mesmo produto, o que, no final, pode afetar a intenção de repetir o consumo, já que a experiência passada com a marca é essencial para determinar a confiança, a sensibilidade ao preço e o comportamento de consumo. Daí que a publicidade e o *marketing* estejam de mãos dadas com o comportamento do consumidor, porque nenhum anúncio irá influenciar o comportamento de uma pessoa, se parecer irrelevante para os seus desejos.

O estudo do comportamento do consumidor em relação à publicidade é tipicamente um processo de tentativa e erro por parte dos profissionais de publicidade, quando procuram determinar a lógica dos anúncios sobre os produtos a comercializar. Ao identificar as respostas possíveis dos consumidores aos anúncios e às características anunciadas dos produtos, uma publicidade mais eficiente pode ser elaborada. O comportamento do consumidor e a publicidade estão relacionados, porque o principal propósito da publicidade é entender os hábitos do consumidor para melhor promover a venda do produto.

É nesta tentativa de relacionar o comportamento do consumidor e o *marketing* que o crescimento de vendas deste tipo de medicamentos não prescritos cresce e encontra nichos de mercado. O número de vendas desses medicamentos no Reino Unido evoluiu de forma ascendente nos últimos anos. Segundo as estatísticas incluídas no estudo de Lodorfos et al. (2006), essas vendas rondaram os 3 bilhões de libras em 2003, e cresceriam mais de 50% em 2007. A causa do crescimento é atribuída ao aumento da automedicação, prática cada vez mais comum, em conjunto com o maior interesse nos problemas de saúde.

Os autores do estudo analisaram três fatores que atuam conjuntamente no consumo da mesma marca e na previsibilidade de comportamento do consumidor. Eram eles a

lealdade à marca, a sensibilidade ao preço do produto, a confiança no produto e as razões subjetivas. A lealdade à marca tem sido descrita como importante na estratégia de negócio, já que o crescimento de futuro das vendas se apoia na fidelidade de clientes à marca e aos seus produtos (Gralpois, 1998 *apud* Lodorfos, Mulvana e Temperley, 2006)

A informação prévia ou a experiência são outros aspetos fulcrais para repetir a compra ou decidir mudar de marca. A experiência do produto influencia o comportamento de consumo, porque a experiência pessoal do consumidor afeta as suas perceções e contribui para o persuadir a continuar a consumir ou não esse produto.

O preço do produto aparece associado à frequência da compra, ou seja, se se repete a mesma compra, com base na experiência com o produto e a satisfação com o preço. E importa referir, ainda, a influência dos amigos e família na decisão de comprar. As opiniões desta rede contribuem para prever a atitude do individuo, das suas intenções e do seu comportamento (Ajzen e Fishbein, 1980 *apud* Lodorfos, Mulvana e Temperley 2006: 42).

Para demonstrar de que forma isso acontece, o estudo de Lodorfos et al. seguiu a metodologia da teoria do comportamento planeado para comprovar os fatores da reincidência na compra de produtos. Um dos seus principais objetivos era perceber a intenção como motivação necessária para partir para um determinado comportamento: “the stronger the intention to engage in a behaviour, the more likely should be its performance” (East, 1990; Armitage e Conner, 1999 *apud* Lodorfos, Mulvana e Temperley, 2006:43). A intenção do individuo é, então, o principal impulsionador do seu comportamento, e a experiência o fator principal para determinar a potencial reincidência da compra do produto de uma mesma marca farmacêutica. A experiência condiciona a atribuição de confiança à marca e estabelece a sensibilidade do indivíduo ao preço do produto, com base na avaliação comparada do seu valor.

A pesquisa de Böstrom (2011) procura responder a como os consumidores escolhem entre medicamentos genéricos não prescritos, através de um estudo processual da compra. A sua amostra, composta por 273 consumidores finlandeses, demonstra que, mais uma vez, é importante a opinião dos profissionais de saúde – neste caso os farmacêuticos -,

mas também as opiniões dos amigos e família, seguidas da marca do produto ou do produtor, convergindo assim com o estudo, já citado, de Lodorfos et al. (2006).

O foco é neste tipo de medicamentos, porque estão disponíveis sem prescrição e sujeitos a publicidade. Quase todos os consumidores compram o mesmo produto novamente, e a maioria por vezes compra os produtos porque toma conhecimento deles pela publicidade. O comportamento de consumo deve ser olhado, segundo Michael R. Solomon, como o conhecimento do processo pelo qual um indivíduo ou um grupo passam para satisfazer uma necessidade, escolhendo, comprando e usando os produtos.

De acordo com a pirâmide hierárquica de necessidades de Abraham Maslow, o indivíduo tem a necessidade de preencher necessidades específicas no fim da pirâmide para ser hábil para a escalar. Quando as necessidades psicológicas são encontradas, o indivíduo pode satisfazer a sua segurança, o sentimento de pertença, e logo depois as necessidades do seu ego para atualizar o seu *self* (Solomon, 2006: 126-127 *apud* Böstrom, 2011: 8).

A forma como os consumidores se comportam e como compram os bens e serviços é influenciada por vários fatores. Nem todos os indivíduos ou grupos seguem os mesmos hábitos, e as organizações têm de considerar fatores culturais, sociais, pessoais e até psicológicos quando estudam o comportamento do consumidor, como defende (Kotler, et al., 2005)

O processo da compra é, assim, significativamente condicionado pela publicidade da Indústria Farmacêutica aos seus produtos. As empresas usam publicidade para conectar os seus produtos com um sentimento de saudade, de volta ao passado, porque são esses sentimentos que podem influenciar um consumidor a escolher um certo produto em vez de outro (Solomon et al. 1999 p. 83). Em alguns casos, o comportamento do comprador pode tornar-se um hábito, sem que ele se esforce para tomar uma decisão em cada nova compra que faz. E esse hábito pode desencadear uma lealdade à marca, que fará o consumidor sentir-se seguro e positivo acerca desta, passando a seguir para a decisão de comprar um produto específico dessa marca.

Para Böstrom (2011), ao contrário de (Lodorfos, Mulvana e Temperley, 2006), o consumo não é determinado pela intenção. Nas palavras da investigadora finlandesa as compras não são planeadas, e por vezes, o contexto pode influenciar o consumidor a

comprar produtos que não tinha intenção de adquirir – como a compra por impulso ou pelo desejo de comprar. A compra pode também ser espontânea quando o consumidor é levado a comprar porque viu um lembrete na loja ou porque está com pressa.

A influência da publicidade no comportamento do consumidor não é fácil de avaliar. Muitos dos consumidores não se lembrarão de anúncios aos quais foram expostos. Isto levanta um problema para as empresas de publicidade, já que não há razão para assumir que o consumidor não se lembra do produto ou da mensagem publicitária no momento da compra. E, mesmo assim, nem sempre essa lembrança ocorre por razões positivas. Os consumidores tendem não só a lembrar-se de anúncios que tenham despertado uma emoção ou comunicado uma mensagem na qual acreditam, mas também em anúncios que fazem o oposto. Esses podem ter um efeito indesejável, que faz com que o consumidor evite o produto.

A aliar a esse fator, verifica-se a influência comportamental dos grupos de amigos, redes de relações, anúncios, fóruns, comunidades virtuais, fidelização à marca. Numa experiência-piloto por Lindstrom (2012), uma família previamente escolhida resolve “implementar” os seus hábitos de consumo no resto da comunidade do bairro, tornando assim difícil determinar as razões dos membros da comunidade para o consumo de qualquer tipo de produto.

A série¹⁶ *Brain Games* da (National Geographic 2011) é exímia em mostrar como somos manipuláveis aquando da compra de qualquer produto. No episódio *You Decide*, da segunda temporada, é-nos apresentado o exemplo de uma compra de gelado em duas lojas diferentes: a primeira loja tem três sabores e a segunda vinte. As conclusões da experiência mostram, em consonância com o estudo de (Inman e Zeelenberg, 2002), que as sensações de arrependimento eram maiores numa escolha “arriscada” entre mais sabores, porque o resultado da performance seria sempre imprevisível dada a troca de preferências.

Os episódios de *Brain Games* têm como objetivo ilustrar os truques aos quais os profissionais de marketing, ilusionistas e não só, recorrem para observar e prever o comportamento do ser humano. As empresas, por exemplo, escolhem grupos etários alvo,

¹⁶ A série *Brain Games*, que estreou em 2011, do canal de televisão National Geographic, apresentada por Jason Silva, é uma tentativa de responder aos quebra-cabeças a que o cérebro humano não consegue explicar. Já nomeada para os Grammys a série vai agora na sua quinta temporada.

de acordo com o mercado a que pretendem chegar e o processo de decisão de compra (percepção de uma necessidade e busca de informações anteriores) procurando uma simetria na elaboração de grupos-alvo.

Por isso é necessário reconsiderar, nos planos teórico, metodológico e empírico, os procedimentos e resultados dos estudos incluídos nesta revisão da literatura no campo do consumo farmacêutico. Para o efeito, recorreremos a grupos de discussão constituídos por estudantes universitários. Procurámos indagar a que fatores sociais e familiares e *status* serão permeáveis as suas decisões e hábitos de consumo de fármacos, neste caso, fármacos sem prescrição médica.

A discussão preliminar aqui apresentada, sobre a relação da saúde com os comportamentos dos consumidores, oferece a ideia de uma proliferação rizomática de possibilidades que se manifestam em formas de práticas de autoproteção e de cuidar de si. O Estado dissemina entre os sujeitos a ideia de que estes são responsáveis pela sua saúde, vinculando-os aos postulados formulados pela ciência/disciplina para os chamados estilos de vida saudáveis. Rose (2006) caracteriza, a esse propósito, as transformações recentes na saúde com a invenção de um novo complexo médico, emergente do processo que designa de ‘biomedicalização’.

É nesse contexto que pretendemos investigar as decisões de compra e de consumo de medicamentos sem prescrição médica entre a população-alvo deste estudo, com uma atenção particular às manifestações do protagonismo de novos atores que influenciam essas decisões, como os setores ligados à para-medicina, à propaganda médica e às suas práticas de divulgação e promoção dos seus produtos (Dumit, 2012).

CAPÍTULO II



Lógica comunicativa e experimental da saúde e do medicamento

2 Lógica comunicativa e experimental da saúde e do medicamento

O quadro teórico desta investigação alicerça-se na noção do corpo enquanto objeto mutável, modulado, proposta por Jorge Ramos do Ó (2009:97-142). As suas considerações sobre a noção de motricidade humana, orientadas para o estudo da educação física modelada, são importantes para a distinção entre saúde e bem-estar.

A emergência de uma cidadania a partir da individualização da responsabilidade no campo da saúde tem implicações para a conceção da sociedade. Ela influi, igualmente, no estudo da publicidade e dos seus efeitos, no contexto aqui abordado. A construção de um modelo de análise a partir desta conceção é importante para entender a fragilidade da identidade face às mutações da biologia e à sua crescente “artificialidade”. Para tal, o acesso à informação e a sua relação com a justificação do consumo de fármacos adquirem um papel de destaque, ao assumirem-se como veículo de possibilidades e de novos rumos que permitem “melhorar” o corpo e ultrapassar as suas características encaradas como limitações ao desempenho físico e mental.

Gomes (2009:13-41) evidencia o caráter dúplice do corpo contemporâneo: por um lado a noção de transparência que mostra o culto do corpo, que confirma a sua existência física; e, por outro, as ambiguidades criadas pelos excessos de visibilidade que este assume.

Vivemos num tempo em que a única fulguração que nos parece restar é a do corpo próprio, verdadeiro depositário da identidade de cada um e em que, simultaneamente, se apresentam as dúvidas mais radicais sobre o conhecimento que temos dele. Em consequência dos progressos científicos e tecnológicos desenvolvidos na biomedicina, engenharia genética, os transplantes de órgãos e tecidos, a reprodução, a cirurgia plástica, os implantes ou a fisiologia do exercício, o corpo tornou-se no novo território de exercício das liberdades individuais. (2009:14)

O corpo sujeita-se desta forma aos ditames da sociedade de consumo. O “século do corpo”, como Gomes lhe chama, abriu e fechou o anúncio da descodificação de dois códigos bastante diferentes, o código da mente e o genético - este promete penetrar no insondável universo das causas das doenças. “A doença passou a estar associada com a insuficiente vontade de cuidar de si. Existe uma fantasia da saúde perfeita através da informação. É o indivíduo quem regula as escolhas do corpo e as práticas do *self* constroem novos corpos para novas personagens”.

O que está em causa é pensar que a biologia está aberta à modificação e a possíveis curas pelas forças de mercado. O processo de gerar biovalor faz olhar a vida como produtora de valor económico (plasmado nas indústrias que se constituem sobre os conhecimentos e recursos da genética e da genómica), manipulável (nem sempre no sentido do melhoramento da saúde, ou do que convencionalmente é entendido como tal) e ligada a valores de natureza ética, alicerçados pela falta de afirmação do sujeito que continua subordinado ao dispositivo médico.

O entendimento que se fazia das funções da medicina escolar nos anos 30-40 ia no sentido da formatação do carácter e da identidade através de uma intervenção pedagógica. “As fontes legislativas da época deixam perceber que o médico escolar se deveria ocupar bem mais com a higiene do espírito do aluno, uma saúde da alma” (Ó, 2009: 140). A confissão era o instrumento para a introspeção do aluno e para a construção da narrativa de si, permitia ao médico detetar um conjunto de sinais e sintomas que eram traduzidos patologicamente e devolvidos ao aluno como elementos da sua identidade. “A questão essencial passou a ser a da ordem tecnológica e remetia em bloco para o governo da alma” (2009). Esta exposição de Jorge Ramos do Ó é de grande relevância para entender a importância que o assumir da responsabilidade pelo controlo das necessidades tinha nos governos ditatoriais com exemplo no de Salazar e o hiato que se estabeleceu desde o fim do regime até agora.

A cidadania biológica é a nova conquista de um novo século e de um novo milénio. Rose e Novas (2005:439) pesquisam a formação de novos projetos de mapeamento da cidadania que abandonam o confinamento ao espaço nacional para se envolver na lógica da multiplicidade de identidades.

Essa é uma cidadania que liga as concepções dos cidadãos às suas crenças sobre a existência biológica como indivíduos, famílias e linhagem, como comunidade, como população e raça, e ainda como espécie. Catherine Waldby (2000) fala das novas técnicas que atuam na esperança de que um certo tipo de características possa providenciar uma fonte viável para a inovação da biotecnologia, da propriedade intelectual e para a criação de biovalor. O que conta é o valor humano enquanto valor económico.

Mas ainda há quem não tenha condições de acesso a essa biocidadania e às suas implicações para a decisão: “hence the forms of biosociality that we have documented have no visible presence in whole geographical regions (2002:23)”. As formas de biossocialidade são específicas de certos tempos e espaços. E por muito que tenhamos assistido à democratização e ampliação do espaço internauta ele não é acessível a todos como nos mostra (Manuel Castells, 1996 *apud* (Rose e Novas, Biological Citizenship 2003) “the national and regional variations in access to the Internet, which is dependent on the availability of telephone lines and other basic communication technology, as well as the penetration of the computer”.

Uns não podem aceder aos meios de informação e outros há, que resistem a esta sensibilidade biológica:

Activism and responsibility have now become not only desirable but virtually obligatory – part of the obligation of the active biological citizen, to live his or her life though acts of calculation and choice. Such a citizen is obliged to inform him or herself not only about current illness, but also about susceptibilities and predispositions. Once so informed such an active biological citizen is obliged to take appropriate steps, such as adjusting diet, lifestyle and habits in the name of the minimisation of illness and the maximisation of health. And he or she is obliged to conduct life responsibly in relation to others, to modulate decisions about jobs, marriage, reproduction in the light of a knowledge of their present and future biomedical make-up. The enactment of such responsible behaviours has become routine and expected, built in to public health measures, producing new types of problematic persons – those who refuse to identify themselves with this responsible community of biological citizens (cf. Callon and Rabearisoa 2000) (2002: 22)

O poder sobre a vida toma forma na ideologia centrada no corpo como máquina e no corpo como exemplar da espécie. O corpo enquanto objeto biológico do sujeito pode ser melhorado, treinado, tratado e ainda servir de apoio em processos que o regulam: reprodução, medicina genética, mortalidade, nível de saúde. A vontade de investir numa vida de ponta a ponta leva-nos a uma normatividade do biopoder e a uma gestão calculista da vida - que partirá da “tecnologia bifacial: anatómica e individualizante”, para a “inserção controlada dos corpos no aparelho de produção” como nos diz Foucault (1994). A normalização do biopoder é, então, reflexo de uma tecnologia do poder centrada na vida espelhada nas diversas formas de inculcar disciplina: escolas, hospitais, quartéis, oficinas – no que toca ao “adestramento do corpo”, e no que se refere ao campo das políticas públicas - observação dos problemas de natalidade, de habitação, de migração.

Todas estas técnicas procuram a sujeição dos corpos e o controlo das populações. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida, com as duas vertentes mencionadas.

O neoliberalismo como política económica promoveu a transformação do Estado no sentido de um complexo social-industrial, como nos explica Santos (1987). Trata-se de uma nova aliança entre o Estado e o capital privado, tornada possível pela própria manutenção transformada das políticas sociais do Estado-Providência, realizada sob o domínio do capital multinacional. O complexo trará consigo a remercadorização - devolver os serviços ao mercado, substituir os valores de uso ligados às políticas sociais pelo valor de troca gerado pela mercantilização dos serviços públicos e obriga a uma divisão clara no seio do consumo social, cada vez mais tributário de diferentes formas de capital privado.

2.1 As fontes de informação e de influência no consumo de medicamentos

2.1.1 Informação ao paciente

Neste capítulo, iremos abordar as formas de comunicação e de informação ao doente sobre os medicamentos, quer com prescrição, quer sem ela. Esta lógica informacional consoma-se em mecanismos de publicidade como estratégia de mercado (com efeitos finais na compra e consumo, e na produção de formas apropriadas de linguagem) e de

informação direta ao doente (caso dos folhetos informativos ou informação sobre o uso do fármaco).

De destacar também a influência da publicidade dirigida aos profissionais de saúde, dessa forma afetando indiretamente os doentes, por via da prescrição e do aconselhamento pelos médicos. De que formas se dá a prescrição pelo médico de determinada marca ou produto? Vários estudos comprovam a importância da publicidade enquanto processo de persuasão e reconhecimento, e logo como estratégia eficaz de criação de valor na Indústria Farmacêutica.

Na parte final do capítulo, discute-se a dicotomia que se estabelece entre informação e publicidade. Será que as duas não são separáveis? O conceito de reflexividade pós-moderna de Giddens (2005) e de Pais (2007) é importante para situar qual o papel do paciente / doente na lógica informacional e publicitária associada ao complexo biomédico atual, caracterizado pela relação entre Indústria Farmacêutica, profissionais de saúde e utentes.

Circunscrevendo-nos ao contexto europeu, a retrospectiva histórica da regulação que determina que provisão de informação de medicamentos de prescrição aos cidadãos europeus deve existir, como se deve informar e quem deve ser o responsável, abriu um debate aceso desde 2007 (Andaluz, 2010). Ao contrário de países como os Estados Unidos da América ou a Nova Zelândia, a União Europeia não autoriza a publicidade de medicamentos que são sujeitos a prescrição médica.

No entanto, a Comissão Europeia tem vindo a centrar, desde 2004, o debate sobre a possível publicitação pela Indústria Farmacêutica dos seus produtos. Aliás, o próprio setor farmacêutico por si só tem reclamado uma maior autonomia neste aspeto. No entanto, a fronteira entre o que distingue informação de publicidade é muito ténue, “considerando la legitimidad de la industria para actuar como fuente de información para los pacientes que la soliciten de forma activa, y que el debate debería centrarse en la disponibilidad y la calidad de la información que se suministra” (Andaluz, 2010: 7).

A Indústria Farmacêutica já deu provas de que a sua intervenção na publicidade a medicamentos que têm de ser prescritos é a principal beneficiadora desta autorização em solo europeu. O caso norte-americano demonstra que a indústria aumentou os lucros nas

vendas de medicamentos: “el gasto de los laboratorios farmacéuticos en Información Dirigida al Público general aumentara el 330% durante la última década” (Andaluz, 2010: 7).

As estratégias da Indústria Farmacêutica para o grande público não passam só pela publicidade direta de marcas, mas também por intervenção social com programas e fóruns de discussão sobre algumas doenças, incluindo novas enfermidades como o *stress*, a depressão e a obesidade, que modificam em larga escala as expectativas da população sobre a saúde.

Um estudo recente de Cadima (2011: 40) ajuda a entender que, mesmo “sendo, na sua essência, a publicidade uma forma de comunicação, é muitas vezes difícil distingui-la da informação”. Esse estudo foca a necessidade de regulamentação por parte do Estado para impedir a promoção desregulada de fármacos. A informação prestada aos cidadãos deve ter em conta, segundo a autora, que os riscos de encontrarem informação que não é rigorosa ou enviesada deve ser minorado. “Uma forma de promover a saúde de uma população é sem dúvida melhorar os seus conhecimentos no domínio da saúde” (2011:40).

Na proposta da Comissão Europeia sobre Informação ao público em geral sobre Medicamentos Sujeitos a Receita Médica, a tónica da futura regulamentação foi colocada nos direitos dos cidadãos ao acesso à informação, em vez de se focar na possibilidade da Indústria Farmacêutica divulgar informações. A proibição de publicidade de medicamentos sujeitos a receita continua, mas a necessidade de separar a informação relevante para o consumidor do que é a publicidade enviesada continua a ser premente.

A figura do profissional de assuntos regulamentares da Ordem dos Farmacêuticos¹⁷ é um exemplo de como pode ser feita a vigilância do processo de informação ao doente, por via das bulas dos medicamentos. A figura legal portuguesa encontra-se presente tanto no Estatuto do medicamento como no Código de Publicidade. O primeiro faz referência no artigo 152º a que só os MNSRM - não subsidiados pelo Ministério da Saúde e que não

¹⁷ Os farmacêuticos qualificados com o título de especialidade em Registos e Regulamentação Farmacêutica fazem parte do Colégio de Especialidade de Assuntos Regulamentares, inserido na Ordem dos Farmacêuticos, e têm de submeter a sua inscrição e conseqüente trabalho teórico a um júri que avaliará se corresponde a todos os requisitos para fazer parte do órgão nacional. Para mais informações consultar a página: <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/>.

contenham substâncias definidas como estupefacientes ou psicotrópicos - podem ser objeto de publicidade junto do público.

“No artigo 153º, dedicado à publicidade junto do público, estabelece-se que este tipo de publicidade “deve ser inequivocamente identificada como tal, indicando expressamente que se trata de um medicamento” (Cadima, 2011: 9). O nome do medicamento, a marca e as informações relativas ao uso terapêutico e de contraindicações do medicamento são obrigatórios na inclusão da publicidade ao fármaco.

A origem da informação para os pacientes encontra cada vez mais lugar a Internet como fonte primária de pesquisa para o acesso aos fármacos, a informação sobre doenças e sobre os efeitos expectáveis ou já anunciados, expresso em um ou mais sintomas.

A análise de Espanha, Cardoso e Pereira Neto (2007) revela a preponderância da informação médica na Internet. “A noção de “utente informado” começa a trazer a lume a questão do “desafio” à autoridade dos médicos pelos utentes que cada vez se tornam mais informados e conhecedores da sua própria condição médica” (Espanha, Cardoso e Pereira Neto, 2007: 4).

Nos Estados Unidos da América, e segundo dados deste estudo, procurar informação médica na Internet é a sétima atividade mais comum dos utilizadores desta (50,6% destes afirmam ter acedido a informação sobre saúde no último ano).

Um estudo sobre a sociedade em rede em Portugal (Espanha, Cardoso e Pereira Neto 2007, *apud* Cardoso e outros, 2005b) permite verificar que, 18% dos portugueses que utilizam a Internet pesquisam informação sobre saúde, mas que essa utilização varia também entre gerações e depende das qualificações. Os temas e tópicos pesquisados relacionam-se mais com elementos ligados ao bem-estar do que com doenças já avançadas. A internet em Portugal representa, pois, um dos novos métodos de acesso e de procura de informação:

“Questionados sobre o que fazem quando eles(as) próprios(as) ou alguém da sua família contrai uma doença grave verifica-se que para além do contacto inicial com o médico que os(as) acompanha, grande parte dos cibernautas (63,9%) admite que se informa pelos seus próprios meios, enquanto que esta percentagem é de 52,6% para os não utilizadores, também ela bastante elevada (Cardoso e

outros, 2005b), tendência que se mantém visível nos dados obtidos para 2006. O principal meio utilizado pelos cibernautas é falar com conhecidos, amigos ou familiares (44,2%), logo seguido da leitura de revistas especializadas (30,7%) e da Internet (15,9%), valor este bastante expressivo (Cardoso e outros, 2005b)”.

Os tópicos principais, como já referido, reportam-se ao bem-estar, mas nas conclusões deste estudo as questões ligadas ao exercício, à nutrição e à beleza foram as mais consultadas. No que toca à origem da informação, verifica-se que a maioria dos indivíduos consulta sites de prestadores de saúde, “sendo que 70,9% afirmou consultar 99 sítios de organizações médicas não comerciais e 69,7% sítios de organizações médicas comerciais” (Espanha, Cardoso e Pereira Neto 2007, 99).

Este estudo em particular apela à noção de *expert patient*¹⁸ de Dumit (2012: 28). O paciente que detém o *expertise* ou o saber de saúde na visão de Dumit terá de ser esperto, perspicaz, mobilizador de recursos e sempre racional¹⁹. A procura de um diagnóstico robusto do seu estado de saúde caracteriza a figura do doente que também quer assumir responsabilidade pela solução do seu problema. “Biomedical narratives often have this serendipitous structure in which somebody encounters others who know more or finds a book or website with meaningful information” (Dumit, 2012: 30).

“Knowing that one is possibly at risk leads to tests and more tests; answers raise more questions. Knowing that the tests and diagnoses are controversial leads to investigation and more investigation. Grove conducts internet research, he [Grove] begins to read technical articles and popular health books. When the facts do not correlate with each other, he forms hypotheses that may explain the apparent discrepancies. In short, he begins to become a lay expert: an expert in prostate cancer as it pertains to himself” (Dumit, 2012: 31)

É esta constatação de que estamos em risco que nos torna mais atentos e alerta para a procura e cruzamento das mais variadas fontes de informação. Em última instância é isso

¹⁸ O conceito de *expert patient* remete também para Akinbami et al. 2011; Express Scripts, 2007; NCHS, 2007 e Pratt, Brody, and Gu, 2011.

¹⁹ A figura de Andy Grove, CEO da Intel, aparece no livro aquando das escolhas com que se defrontou quando suspeitou sofrer de cancro da próstata. Grove representa o paciente empoderado pelas suas decisões para tomar conta da sua saúde e também é olhado como o consumidor ideal na perspetiva ‘marketista’.

que empodera o doente/paciente e o leva a tomar a iniciativa da elaboração da sua narrativa biomédica para que não se deixe levar só pelas opiniões de quem estudou de facto profissional ou academicamente o assunto. O artigo de (Rice s.d.) elabora as cinco principais dicas sobre como se tornar um paciente empoderado. São elas: i) não acreditar em tudo o que se ouve, devendo procurar-se uma segunda opinião; ii) fazer sempre muitas perguntas – não existem perguntas estúpidas; iii) saber pesquisar sobre saúde na internet – ler factos documentados na literatura científica sobre doenças. Ainda a dica iv) ser ativo nas formas de encontrar apoio médico gratuito ao invés do seguro privado; e, por último a v) prestar atenção aos sinais do corpo pode salvar vidas – se o corpo diz que alguma coisa não está bem, provavelmente é mesmo porque não está²⁰.

A conceção de novas ferramentas interpretativas que permitam descodificar com maior clareza as expectativas e as necessidades dos grupos humanos, como mostra Nossa (2008: 84, citado por Quartilho, 2001:29), é a orientação pela qual as pessoas “perseguem os seus interesses e objectivos, manipulando objectos, lidando com outras pessoas, concebendo e realizando planos de acção”, neste caso num espaço de construção ambivalente de saúde.

2.2 Publicidade como estratégia de mercado

A publicidade representa um pilar fundamental para a projeção da Indústria Farmacêutica para o doente. Os seus fundamentos resumem-se numa só vontade: causar impacto (Mendes, 2011: 47). E esse impacto é por si só difícil de avaliar quanto aos seus efeitos no terreno. Nas palavras de Mendes (2011: 47) o modelo mais comum para a avaliação dos efeitos da publicidade é o da atenção, interesse, desejo e ação, considerando os princípios formulados por Wells, Burnett e Moriarty (2000). Primeiro, é necessário que se capte a atenção do visualizador do anúncio, e a seguir do seu interesse, possível desejo e possibilidade de se concretizar numa ação – traduzida pela compra do produto visionado²¹.

²⁰ Tradução livre da autora Rice, S. “*You know your body better than anyone else. If your gut tells you something just isn't right, then listen to it*”. Top Empowered Patients Tips for 2010. Acesso em 5 de Janeiro de 2015, disponível em <http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/12/30/top.empowered.patient.lessons/>

²¹ O modelo, antes de mais, foi sugerido, em 1898, por E.St. Elmo Lewis desenvolvendo o chamado AIDA, acrónimo para o processo de *marketing* de Atenção-Interesse-Desejo-Ação mas que na sua fórmula original apenas continha as componentes atração-interesse-persuasão, baseado na Psicologia. A cadência, por ordem

A motivação para que o indivíduo pense sobre a mensagem do anúncio e meio publicitário é condição essencial para que se dê a experimentação ou compra do produto anunciado. Aliás, a teoria de McGuire é importante para entender a premissa de que toda a comunicação, em particular a dos meios de comunicação em massa, visa a persuasão. A sua matriz inclui 5 intervenientes: fonte, mensagem, meio, recetor e contexto e assume que a persuasão é então o resultado da passagem e transição de várias fases.

E é desta forma que aspetos como a confiança, a credibilidade da fonte; a atração do meio pelo qual a mensagem passa, a força do argumento e o tipo de media/meio de comunicação de massa, pela qual a mensagem é transmitida, são fundamentais, lembrando a máxima de McLuhan, segundo a qual “o meio é a mensagem”.

A mensagem publicitária tem como principais armas a imagem e a palavra. É comum ouvir por exemplo o nome da marca e associá-lo ao produto, ou mesmo substituí-lo na mensagem para o recetor²².

“A publicidade não seria compreensível se não usasse processos que o público reconhecesse e compreendesse. A interferência semântica que se opera entre ambas é benéfica, visto que o papel da linguagem verbal, que consiste em organizar o pensamento linguístico do leitor, é cimentado pelo da linguagem pictórica, fundado na experiência perceptual do ser humano com o mundo” (M. E. Silva 2013, 14-16) *apud* (Espadeiro, 2006, p. 30).

A publicidade induz necessidades, comportamentos e visões do mundo, ao mesmo tempo que se constrói a partir dos modelos culturais e cognitivos existentes. Daí que os anúncios sejam sempre pensados numa lógica prévia de estudos de mercado e de reconhecimento das necessidades da sua população-alvo.

Lipovetsky (2013 *apud* Mendes, 2011: 120), mostra como se suporta uma visão egocêntrica do consumidor, já que a publicidade serve de influenciadora para que se criem opiniões e atitudes. Na nossa visão, a publicidade transfere de certa forma os seus

crescente dos efeitos tem como objetivo que a compra do produto ou serviço seja alcançada. Este modelo assenta na teoria da persuasão na comunicação inspirada em William McGuire, em (Thorson e Rodgers 2012), e, do considerado grande manual teórico da publicidade de (Wells, Burnett e Moriarty 2000).

²² A semiótica da escola americana de Peirce é exemplificativa da associação que se estabelece com os signos entre si - palavras, imagens, sons. A comunicação associada que se dá entre significante e significado, ou no sistema sígnico do nosso quadrante linguístico, gera a compreensão dos signos que se entrecruzam numa mesma mensagem.

interesses para os interesses que quer que o consumidor tenha. Portanto, será por um lado uma vontade de maximizar o lucro e reconhecimento do produto e, por outro, o desconhecimento ou a permeabilidade do sujeito de se reconhecer na mensagem veiculada, sob a forma mais elementar - a de a consumir.

Com o objetivo de avaliar como a comunicação é sentida pelos consumidores, isto é, a quem recorrem quando estão doentes, e qual é o papel dos meios de publicidade e dos profissionais para a adesão terapêutica, Bastos (2014: 9-18) procurou deslindar como se dá a escolha entre a comunicação comercial ou a indicação técnica. Desde 2005 que a venda de MNSRM já não é circunscrita ao universo farmacêutico. O que se conclui é que, dentro da amostra de 101 indivíduos, o consumidor não revela ser tão maleável à publicidade quanto o expectável. Esta questão foi muitas vezes identificada, ao longo de várias décadas, nos estudos sociológicos sobre a publicidade e os seus efeitos.

A intenção era perceber qual o fator mais influenciador para os consumidores na altura de adquirir um MNSRM. A autora adota o ponto de vista do farmacêutico ao invés da posição do consumidor, na relevância da compra de determinados produtos estimulantes e hipnóticos. 95% dos inquiridos afirmava que a publicidade não era determinante na decisão de compra. Mas, mesmo assim, mais de metade confirma preferir aconselhar-se com o farmacêutico acerca do que vê publicitado, mostrando querer ter uma outra opinião.

A abertura de novos pontos de venda de MNSRM levou a que a publicidade e a Indústria Farmacêutica apostassem em campanhas publicitárias. Segundo dados do portal RCM Pharma, um portal informativo dedicado à Indústria Farmacêutica, em 4 de Dezembro de 2013, 8,6% do total de publicidade em 2013 foi utilizada pelo setor farmacêutico. Na Indústria, a publicidade representa 40% dos custos promocionais (de vendas).

E é por isso que o papel do farmacêutico também muda nesta passagem para um modelo de atendimento mais participativo. O farmacêutico torna-se uma figura ativa na perspetiva de aumento do consumo de medicamentos sem prescrição e a automedicação – pela falta de informação sobre os medicamentos e porque a maioria das vezes é a fonte

mais próxima e que deve informar, orientar e dar aconselhamento profissional. Assim, o farmacêutico contribui para avaliar a situação e vontade do doente, recomendando o medicamento adequado ao estado deste.

Na base de dados PORDATA, da Fundação Francisco Manuel dos Santos, constam, com referência a 2014, 2889 farmácias licenciadas em Portugal e 226 hospitais. O prescriptor é o principal alvo de comunicação por parte das indústrias farmacêuticas, mas essas empresas começam agora a elaborar outras estratégias de comunicação direta ao consumidor. Um maior acesso à informação por todas as partes – paciente-profissionais de saúde-médicos – contribui para a transformação da promoção de medicamentos. A intervenção de um mediador entre as farmacêuticas e os consumidores adquire particular relevância se for considerada a especificidade dos medicamentos e do seu comércio.

Bastos (2014: 20) defende que a escuta e a comunicação entre as partes é o melhor instrumento terapêutico, criando assim uma relação de confiança que ajuda a promover a prevenção e informação aos consumidores no ato da compra, que se pretende que seja adequadamente informada.

Com o objetivo de perceber os atos e consciências por detrás da compra de MNRSM, foram realizados, no âmbito da nossa investigação, três *focus groups*. Procurou-se entender se a decisão ou recusa da compra foram afetadas por fatores como a publicidade ou indicação farmacêutica; pela família, amigos, pelo médico, farmacêutico ou pela propaganda no espaço da farmácia.

2.2.1 Influência da publicidade nos profissionais de saúde

Como já se afirmou no último ponto, os prescritores de medicamentos, com destaque para os médicos e os profissionais de saúde, são os recetores principais, por parte da Indústria Farmacêutica, da promoção direta dos seus produtos.

“Muitas vezes, de forma intuitiva, o médico «vê» um determinado quadro clínico. Só depois formula hipóteses que procura confirmar, tendo em conta a informação de que dispõe” (L. d. Ferreira, 2008: 608). A relação criada com o paciente e a experiência, a par

da informação são os três aspetos mais importantes na decisão do médico sobre o tratamento a adotar.

De acordo com o modelo de Haaiejer-RusKamp ilustrado no quadro apresentado a seguir, existem dois níveis de influência nas escolhas dos médicos. Um primeiro nível relaciona-se com o historial educacional do médico e as informações que este acumulou durante o seu exercício profissional, através dos seus colegas e da informação da Indústria Farmacêutica – pelos delegados de informação médica, que são responsáveis pela propaganda referente a medicamentos recomendados para quadros clínicos particulares. Um segundo nível tem a ver com a relação com o doente: com ênfase nas características do paciente e no resultado que se pretende obter com o tratamento.

Quadro 1. A influência do marketing na prescrição de medicamentos

| QUADRO III. Factores que influenciam a escolha |
|--|
| Nível 1: Conjunto de escolhas do Médico <ul style="list-style-type: none">• Educação e formação• A informação da IF• Os regulamentos das Instituições e as leis• <i>Standards</i> e linhas de orientação• Experiência pessoal• Informação dos colegas |
| Nível 2: Decisão relativa a cada Doente <ul style="list-style-type: none">• Características individuais• Objectivo terapêutico• Vigilância medicamentosa• Opinião de 3^{as} (colegas, especialistas, farmacêuticos)• Regras da Instituição• Emoções pessoais |

Fonte: Haaiejer-RusKamp e Denig. *How does pharmaceutical marketing influence prescribing behaviour*, CPB, 2001.

Fonte: Ferreira (2008:611) *apud* Haaiejer-RusKamp e Denig. *How does pharmaceutical marketing influence prescribing behaviour*, CPB, 2001.

Uma das constatações do estudo de L. d. Ferreira (2008: 611) é a de que “o médico não é completamente livre na escolha do arsenal terapêutico, sendo limitado pela

existência de formulários e pelas directrizes administrativas das instituições e empresas de seguros de que dependem”. Ou seja, são várias as influências que podem ou não determinar a prescrição de determinado fármaco. O preço, fator já abordado no primeiro capítulo como preponderante na decisão *a posteriori* do doente para o consumo do medicamento prescrito, não o é na escolha do médico. Na análise do autor, um médico substitui cinco marcas de medicamentos por ano no conjunto dos que costuma prescrever frequentemente. Em 2007, e pelos dados da consultora IMF Health, as vendas de medicamentos deram aos grandes conglomerados farmacêuticos Pfizer, Merck Sharp&Dome e Servier mais de 400 milhões de euros em vendas. Estas multinacionais são líderes internacionais na venda de medicamentos.

E é por todo este conjunto de práticas e procedimentos de escolha que a Indústria Farmacêutica inclui nos seus modelos a escolha que os profissionais fazem dos seus fármacos, muitas vezes através da publicidade em revistas clínicas e dirigidas ao público, da organização de reuniões de informação e outros meios promocionais, para se legitimarem.

L. d. Ferreira (2008: 612-613) reconhece que existe um conflito de interesses entre a Indústria Farmacêutica, os utentes e os serviços oficiais e privados (por exemplo as companhias de seguros) que compartilham ou suportam os custos com o *marketing* de produtos. Para que esse conflito seja mais transparente defende uma maior regulação dos dois setores através de um código que regule a atividade de *marketing* da Indústria farmacêutica, a atividade dos delegados e um controlo sobre o material publicitário distribuído. “É urgente que se inicie um programa estruturado que elimine a prevalência actual dos interesses da indústria Farmacêutica” (2008: 615).

Por outro lado, a atividade dos Delegados de Informação Médica (DIMs) também é importante para assegurar a comunicação entre indústria e médicos. As multinacionais do setor farmacêutico têm na Europa equipas entre “2.500 e 8.000 DIMs que efectuem cada um cerca de 300 a 700 visitas anuais, em cerca de 180 dias/ano de trabalho de Promoção junto dos Médicos, segundo a IMS Health” (L. d. Ferreira, 2008: 612).

O papel do Estado na saúde em Portugal é medido em grande parte pela participação que este faz à aquisição de medicamentos. No entanto, a falta de

comparticipação de alguns medicamentos, em particular os que são utilizados no tratamento de doenças crónicas, tem gerado muita polémica. O caso recente, ocorrido no início deste ano, a respeito da disponibilização e comparticipação de medicamentos para uma doença crónica como a Hepatite C significou, para algumas pessoas, a diferença entre a vida e a morte, por não terem possibilidade de pagar o fármaco.

Em 2012, o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida elaborou um parecer sobre a racionalidade na escolha dos medicamentos a subsidiar por parte do Estado. No entanto, é sabida a controvérsia em torno do assunto quando existem medicamentos cujo custo se torna incomportável mesmo para famílias com rendimentos médios. É por isso mesmo que se pode dizer que “o estado da Saúde em Portugal corresponde ao estado de desenvolvimento do país” (Ferreira, 2008: 606).

Os crescentes cortes do orçamento no setor da saúde, como noutros setores da economia, levam a um peso maior da iniciativa privada no setor, especialmente quando se lida com situações de final de vida e doenças crónicas, que tenderam, no passado recente, a encontrar apoio no investimento do Estado na saúde.

2.3 O motor do medicamento e os seus desafios

Foi sendo desde já compreendido ao longo do capítulo que a questão central do trabalho é examinar a relação entre a automedicação e a influência da publicidade entre estudantes universitários.

Nascimento (2007) apelidou a publicidade de combustível, de motor do medicamento. Voltaremos a este tema mais adiante. Para já, iremos abordar alguns estudos que trataram a referida relação, como o de MSP et al (s.d.). Esse estudo realizou-se no México, um país onde o comportamento de automedicação é influenciado pela medicina tradicional. A tentativa de ilustrar num centro de saúde desse país a influência da publicidade indica que quase 40% dos que compram um medicamento não prescrito fizeram-no por o verem publicitado:

“El comportamiento de la automedicación está profundamente influenciado por las condiciones socioculturales del usuario y la publicidad farmacêutica se há enfatizado el importante impacto que tien en los medios masivos de comunicación en la selección y el consumo de medicamentos. El paciente ha tomado su decisión debido a la influencia de la publicidad en medios de comunicación, principalmente en la televisión o la radio, debido a esta situación es de esperarse que el 75.32% de los usuarios recuerden el nombre del medicamento que utilizaron y el 72.09% de los nombres de medicamentos proporcionados por los usuarios correspondan a nombres comerciales” (MSP, et al. s.d., 19)

Isto é, a publicidade pode conduzir ao uso excessivo ou inadequado de medicamentos, ignorando a informação sobre os mesmos, tornando a automedicação uma prática generalizada. Deparámo-nos assim com dois influenciadores, que se intersectam: o farmacêutico e a publicidade. O consumidor aconselha-se com o farmacêutico sobre o produto que viu na TV ou no anúncio publicitário.

É sempre necessário ter em atenção que as conclusões do estudo não se podem generalizar a partir de um contexto particular. No entanto, mais uma vez se comprova a vontade de intervenção, proatividade e busca de informação por parte do paciente. A conclusão deste estudo em particular mostra o envolvimento e voz ativa do farmacêutico na “melhor e mais informada” automedicação. Por isso, a quantidade de locais dispersos onde se vendem os medicamentos representam um desafio à classe e a uma melhor promoção da saúde pública.

Num estudo sobre a identificação dos meios de publicidade com mais influência no consumo de antigripais por utentes dos serviços de saúde do distrito do Porto, a televisão foi considerada o mais poderoso desses meios na escolha do antigripal, que a maioria afirmou usar com regularidade (Ribeiro, et al., 2012: 11). A seguir aparecem os folhetos publicitários “(12,2%), os cartazes publicitários (7,3%); os Delegados de propaganda médica (4,9%), de outros meios (4,9%), designadamente, Farmácia e Internet, e, por fim, através do rádio (2,4%)” (Ribeiro, et al., 2012: 12).

No entanto, e não minimizando a influência da publicidade, o fator mais importante que esteve na base da escolha do antigripal foi o aconselhamento do Farmacêutico/Técnico

de Farmácia, vindo a publicidade só em terceiro lugar, seguindo-se a influência dos familiares e conhecidos. Estas conclusões convergem com as de praticamente todos os estudos que abordam o consumo de medicamentos em Portugal.

Os autores são perentórios em afirmar que a publicidade de medicamentos define padrões de comportamento nas trajetórias terapêuticas: “este fator mostra-se um estímulo frequente para a automedicação, especialmente porque explora o desconhecimento dos possíveis consumidores sobre os produtos e seus efeitos” (Ribeiro, et al. 2012: 10)

O controlo por parte das entidades competentes é sugerido pelos autores como urgente para que não se dê uma banalização dos medicamentos e da aceitação destes como um bem de consumo comum.

Num contexto brasileiro de contacto informacional com o medicamento, mostra-se de forma por vezes irónica a influência que a publicidade exerce no padrão terapêutico de doenças e no fenómeno de medicalização no Brasil.

Álvaro Nascimento conta que, desde 1995, os medicamentos são a primeira causa de intoxicação no país, com novos casos a cada 25 minutos registados no Sistema Único e Público de Saúde. O autor acrescenta mesmo que este facto é alarmante para o crescimento desmesurado e sem informação do consumo de medicamentos no país. “Na utilização de medicamentos, até onde prevalece a exigência terapêutica estritamente voltada para o controle de enfermidades e começa a pressão mercadológica a estimular o seu consumo?” (2007). E é a exploração do simbolismo do medicamento que ilustra nos media a influência que estes têm na criação e consolidação de novos hábitos sociais:

“Mas se você não tem crianças susceptíveis aos apelos de Xuxa, o "novo Merthiolate®" também é defendido pelo respeitado ator José Wilker, "mesmo para as pequenas contusões, que podem se transformar em grandes problemas".

E se você anda estressado, cansado e não tem exigências de que o produto seja 'natural', Pelé aconselha: Vitasay Stress®, que "dá uma sacudida em você e tira o cansaço muito mais rápido do que você imagina". E se o seu cansaço o faz vacilar em sair da poltrona e ir à farmácia comprar o medicamento, o próprio Pelé estimula: "Mexa-se!!! Tome Vitasay Stress®".

A promoção de medicamentos, recomendada pela OMS desde 1985 e que serve a critérios éticos, parece, nas palavras do autor, sair gorada em cada um destes exemplos. Mais uma vez se reconhece a pressão que os prescritores de medicamentos enfrentam pela atuação do *marketing* farmacêutico, em que se chegam a delimitar as várias ações de *marketing* que serve como propaganda para difundir (“dar combustível”) ao medicamento.

A população passa a aceitar a ideia de que alguém requeira cuidados médicos, e a consequente administração de fármacos, por estar grávida, ser recém-nascido, estar no período da menopausa ou na terceira idade (Nascimento, 2007) *apud* (Illich, 1975).

Face ao exposto, Nascimento sugere um novo modelo regulador da propaganda no tratamento das informações publicitárias e dos *lobbies* que afetam o setor “onde os interesses econômicos de expansão de mercado e acumulação de capital se sobrepõem aos interesses da cidadania e da saúde pública” (2007). Um modelo que assente na revisão prévia das peças publicitárias, muitas vezes camufladas em conteúdos televisivos como novelas, de maneira a proteger o uso de medicamentos: “este mecanismo teria a estratégica função de prevenir o risco, ao invés de dirigir todo seu esforço para identificar o mal já feito, o risco já estabelecido”.

O boletim elaborado pela Ordem dos Farmacêuticos Portuguesa (Barbosa, 2011) exemplifica de uma forma eficaz quais as tensões e as controvérsias que existem entre publicidade e informação para o doente.

A distinção entre publicidade direta ao consumidor e informação ao doente tem de ser feita. A primeira refere-se a medicamentos prescritos em meios de comunicação e a segunda é um modelo para o qual já existe regulação comunitária, com a informação que se deve prestar sobre saúde e medicamentos.

O facto de os doentes serem leigos, isto é, possuírem pouca informação sobre as suas doenças e expectativas elevadas quanto à sua cura faz com que sejam suscetíveis a comprar os medicamentos mais caros por serem considerados mais eficazes, e de serem influenciados pela “informação veiculada de forma parcial” (Barbosa, 2011: 3).

Já foi referido no primeiro capítulo que os Estados Unidos e a Nova Zelândia são os únicos países com publicidade direta ao consumidor autorizada para os fármacos com receita médica, desde, respetivamente, 1985 e 1997. E é de salientar que isso fez aumentar as vendas dos medicamentos de comercialização mais recente. “Cerca de 80% dos médicos considera que a publicidade direta ao consumidor encoraja os doentes a procurarem tratamentos de que não necessitam, nos EUA” (Barbosa, 2011: 3).

Por outro lado, a informação direta, como a que é estabelecida pelos delegados de informação médica ou a dos folhetos informativos, também pode ser um incentivo à automedicação, neste caso através da utilização de MNSRM.

A informação ao doente é considerada por todos – farmacêuticos, médicos e doentes - essencial para que todos estejam alerta em relação à segurança dos medicamentos, aos riscos e benefícios da toma autónoma do medicamento. Porém, os farmacêuticos que elaboraram o boletim acima citado alertam para o risco de que a informação direta vinda da Indústria Farmacêutica incentive o consumo, e que o doente deve ser sempre encaminhado para o farmacêutico em caso de dúvida.

Quadro 2. Informação direta ao consumidor: vantagens e desvantagens

| TABELA 1 - VANTAGENS E DESVANTAGENS DA ID | |
|---|---|
| VANTAGENS | DESVANTAGENS |
| • Prevenção da doença (incentivo à modificação de estilos de vida) ¹⁰ | • Compreensão distorcida relativamente a benefícios e riscos dos medicamentos ¹⁶⁻¹⁹ |
| • Diagnóstico e tratamento precoces ¹⁰ | • Foco de ansiedade para o doente ¹⁰ |
| • Aumento do fornecimento de informações relativas a sintomas ¹⁰ | • Deterioração da relação farmacêutico-doente (por pressão do doente sobre o farmacêutico) ^{16,20} |
| • Aumento da adesão à terapêutica (melhor compreensão da forma de administração do medicamento, posologia e benefícios da adesão) ¹⁰ | • Deterioração da relação médico-doente (por pressão do doente sobre o médico) ^{16,13,16} |
| • Melhoria das decisões terapêuticas ¹⁰ | • Redução da adesão à terapêutica (maior conhecimento dos efeitos secundários) ¹⁰ |
| • Melhoria dos resultados clínicos ²¹ | • Criação de expectativas exageradas quanto a efeitos terapêuticos ^{16,17} |
| • Prevenção de complicações em doentes crónicos ¹⁵ | • Desvalorização dos riscos associados à terapêutica ^{16,17} |
| • Melhoria da qualidade de vida em doentes crónicos ¹⁵ | • Incentivo ao autodiagnóstico e à automedicação ^{2,13,18,20} |
| | • Aumento da prescrição de medicamentos ^{16,18} |
| | • Aumento da dispensa de medicamentos ^{16,18} |
| | • Aumento do consumo de medicamentos ^{16,18,20} |
| | • Consumo inapropriado de medicamentos ^{18,20} |
| | • Prejuízo para a saúde pública ¹⁶ |
| | • Aumento da procura de cuidados de saúde ¹⁸ |
| | • Aumento dos gastos em saúde ^{16,18} |

O quadro 2 exemplifica as vantagens e desvantagens da informação direta ao doente. Mas essas confrontam-se no sentido económico da prescrição de medicamentos: na procura de cuidados e no aumento de prescrições por requerimento do doente. Contudo, por muito que se incorra na banalização da terapêutica, o direito à informação é indiscutível na sociedade atual, e, mais do que nunca, todos os intervenientes devem ser conscientes do acesso e informação que têm sobre os fármacos à disposição.

No entanto, há que reconhecer que nem todos os doentes têm o mesmo conhecimento que têm os profissionais. Daí que todo o diagnóstico e tratamento exija, nas situações em que não se saiba qual o procedimento a adotar, o acompanhamento profissional. É por isso que deve existir uma maior mediação e diálogo entre todos os lados, “caso contrário, [a informação direta ao consumidor] poderá transformar-se num instrumento de promoção dos medicamentos” (Barbosa, 2011: 4).

2.4 Reflexividade experimental da saúde e do medicamento

Nas considerações finais deste capítulo é importante referir que a reflexividade do percurso terapêutico no indivíduo é fundamental para o uso moderado e pensado de medicamentos. A noção de que a individualização pode gerar uma falsa consciência de libertação é a premissa pela qual nos vamos reger (Pais, 2007). E porquê?

Todos os indivíduos atuam num contexto modelado por fatores psicológicos, sociais, culturais e sobretudo de afiliação relacional, sujeitos a reflexão diária, mesmo que latente. A realidade normativa imposta pelas instituições e regulação da sociedade faz com que se tome o “quotidiano como um campo aberto à experiência” (Pais, 2007: 25).

Pais fala-nos de um quotidiano que se estabelece a partir da experimentação e de negociações com os outros, criando dilemas que nascem da incerteza do que nos traz o

futuro, dos “cenários de suposição” “em que vivemos, onde a incerteza nos governa, perante a incognoscibilidade do futuro. As instituições tornam-se produtoras de ameaças que não conseguem controlar” (2007: 25).

Coexistimos, assim, num território normativo de trocas e de experiências. As nossas decisões contribuem para modular a nossa identidade. Por isso o corpo, em conjunto com a saúde, se emancipou. Pode ser trabalhado, melhorado, investido e refletido numa lógica individualista. Mas esta acaba por ser enganadora, já que sugere uma falsa consciência de empoderamento total. Isso verificou-se ao longo da discussão incluída no Capítulo II, quando nos apercebemos de que a lógica comunicativa da Indústria Farmacêutica, dos meios de comunicação e dos profissionais de saúde é mais interveniente na nossa própria decisão do que possa parecer. Ou seja, os constrangimentos e a narrativa social nunca desaparecem. É por isso que o consumo, outrora elegido como exemplo de liberdade individual e crescente afirmação do eu, tem lugar no âmbito de um projeto previamente estruturado e refletido a várias mãos.

“Os indivíduos esforçam-se por conseguir um domínio de si, por meio de uma profusão de instrumentos de reflexividade – terapias, manuais de auto-ajuda, consultórios de aconselhamento etc. – que integram sistemas de conhecimento “pericial” que, supostamente, nos deveriam merecer “confiança” (Pais, 2007, 32).

Vimos neste capítulo a afirmação do paciente como condutor do seu processo terapêutico, numa mudança de um doente leigo para um doente afirmado. No entanto, as experiências do quotidiano permitem a intromissão de um sem número de possibilidades para a promoção de saúde que já não está dependente da tradição, mas sim do avanço científico.

Pais, apoiado no pensamento de Giddens, diz-nos que os tempos de modernidade reflexiva se caracterizam pela capacidade dos indivíduos de adquirirem mais consciência sobre o que os rodeia e serem mais informados nas suas decisões, tendo também a possibilidade de as alterar (Pais, 2007: 40). No entanto, esta mesma realidade reflexiva é configurada pelo capital da informação e pelo capital económico. O protagonismo individual encontra, por isso, oportunidades que “são geradas por novas “estruturas de informação e comunicação” (Giddens, Beck & Lash, op. cit.: 137) *apud* (Pais, 2007: 36)

CAPÍTULO III



Usos dos medicamentos entre estudantes universitários

3 Usos dos medicamentos entre estudantes universitários

O objetivo geral deste trabalho é a análise da relação entre a automedicação e a influência da publicidade entre estudantes universitários. Partimos, para isso, da discussão desenvolvida nos dois capítulos anteriores e dos recursos conceituais e teóricos que essa discussão mobilizou. Procuramos construir, a partir daí, uma abordagem metodológica que permitisse a observação e análise dos processos de decisão e justificação da compra e uso de MNRSM. Optámos pela realização de *focus groups*, constituindo três grupos distintos, de duas universidades diferentes. O objetivo específico dos grupos foi a identificação dos fatores afetando a decisão ou recusa da compra, incluindo a publicidade no geral, a publicidade encontrada no espaço das farmácias, a indicação por médicos ou profissionais de farmácia, por familiares ou amigos. Neste capítulo, são apresentados os procedimentos de pesquisa e os resultados do estudo.

3.1 O percurso da investigação

O momento empírico da investigação foi iniciado pela observação de um debate com um tema proposto por nós (no Porto) e pela organização de dois grupos focais (em Coimbra).

Todos são compostos por estudantes dos mais diversos quadrantes, com origens e trajetórias de classe ou ocupacionais diversas, de condições perante o trabalho – por exemplo, estudantes a tempo inteiro, trabalhadores-estudantes, caracterizados pela diversidade de idades, género, de orientação sexual e de diversidade dos cursos frequentados. Os membros dos grupos viviam em duas grandes cidades universitárias: Porto e Coimbra. A escolha destas duas universidades justifica-se por serem duas das universidades com um universo maior de alunos no país. A Universidade do Porto (UP) era, até 2014, ano da fusão entre as universidades Técnica de Lisboa e Clássica de Lisboa,

a universidade com mais alunos no país – 31 mil estudantes em 2013, segundo dados do Portal da UP. Durante o ano letivo anterior, a Universidade de Coimbra (UC) era frequentada por cerca de 23 mil estudantes.

Não se pretendeu constituir uma amostra estatisticamente representativa dos estudantes destas universidades, “mas sim uma pequena dimensão de sujeitos socialmente significativos reportando-os à diversidade das culturas, opiniões, expectativas e à unidade do género humano” (Guerra, 2006: 20). Toda a investigação empírica acabaria por totalizar 26 estudantes, distribuídos por três grupos com composição diversa e em diferentes fases dos ciclos de estudos universitários.

No Porto, foi constituído um grupo de 12 pessoas entre os 18 e os 29 anos, que conhecemos através de uma atividade regular que realizam – o debate competitivo. Incluíram-se estudantes do primeiro ano do primeiro ciclo, estudantes finalistas do mesmo ciclo e estudantes de doutoramento.

Foi possível, assim, observar o grupo e dialogar com ele através de um tema que propus: - “Esta Casa²³, enquanto estudante universitário, consumiria estimulantes farmacêuticos”. Seriam assim abordados tópicos como as noções e ambiguidades que existiram na classificação do que é um estimulante, da construção do discurso a favor ou contra o consumo do mesmo, e, por fim, na avaliação de quem seria o vencedor do debate, segundo o modelo do British Parliamentary Debate²⁴, em que equipas e painel de juízes foram ouvidos a planear os argumentos, a expô-los e a avaliar os prós e contras das duas bancadas. A recolha de dados relativos a observação participante com o grupo decorreu no dia 18 de maio, por volta das 19h. Já os havia notificado de que gostava de incluir o

²³ A Casa representa, na tradução do modelo inglês, “This House would”. Todos os temas de debate têm de começar com esta designação para reafirmar que a proposta corresponde à vontade do Governo, lembrando mais uma vez o modelo parlamentar britânico, onde se tem a vontade de implementar a medida a discutir posteriormente no debate, como se de uma sessão de plenário em Assembleia se tratasse.

²⁴ O British Parliamentary Style (BP) é um modelo de debate académico que teve a sua origem há mais de 200 anos nos países anglo-saxónicos e que depois se estendeu a todo o Mundo. A sua estrutura consiste na composição de quatro equipas divididas em duas câmaras - Câmara alta e Câmara baixa, ao estilo do que é feito no Parlamento Inglês. Existe por isso o OG- Opening Government, ou Primeiro Governo; OO-Opening Opposition, ou Primeira Oposição, CG- Closing Government, ou Segundo Governo e, por último, CO-Closing Opposition ou Segunda Oposição. No total defrontam-se 8 elementos em equipas duplas. Os discursos têm a duração de 7 minutos e o debate cerca de 1h30 minutos. No final, existe um painel de juízes ou adjudicadores que decide a equipa vencedora do debate com base na premissa geral de melhor persuasão, mas também com regras e padrões de avaliação de discurso que permitem a classificação numérica de cada discurso.

processo de estruturação do discurso relativo ao debate nesta investigação. E, no fundo, já conhecendo a estrutura, acreditei que seria uma mais-valia para compreender os mecanismos de argumentação e de interação grupal que se estabelecia numa organização deste tipo.

Nesta fase, concentrei-me no modelo proposto por Burgess (1997) sobre a observação participante. Dado o meu conhecimento prévio e já anterior participação no grupo, recorri, para o registo da observação, a notas substantivas e de análise, incidindo sobre o que se passou no espaço, nos intervenientes e no debate em particular. Para esse efeito, utilizei o guião proposto por Burgess (1997:105). A metodologia adotada para este grupo, em particular, partiu da noção de Claude Javeau de participação observante, em que um membro do grupo – neste caso eu, que participa habitualmente nas atividades deste -, assume o estatuto de observador. Na verdade, já conhecíamos o processo deste tipo de debate competitivo, e, dados os objetivos da investigação, adotámos os seguintes ângulos de abordagem:

- 1) Já não sou um elemento estranho ao grupo. Irá essa circunstância modificar o decurso do debate?
- 2) Como reagem os membros do grupo ao tema previamente pensado?
- 3) As informações a recolher dependem da interação social dos elementos?
- 4) Quais os argumentos utilizados? Como se dá o processo de elaboração destes?
- 5) Qual a influência do tema na vida dos intervenientes? O debate continuará depois?

Mais tarde, e ainda durante o mês de maio, recorreremos a outro método qualitativo, a organização de grupos focais com estudantes da Universidade de Coimbra.

Um dos grupos incluía 7 elementos, todos estudantes-trabalhadores. O objetivo de ter um grupo só com estudantes que ao mesmo tempo, tivessem uma ocupação laboral, justifica-se pelo interesse em determinar se o consumo de medicamentos sem prescrição médica com o objetivo indicado estará relacionado com as condições específicas (esforço,

problemas de fadiga, concentração, horários de estudo, etc.) que afetam o desempenho daqueles que trabalham e estudam.

O outro grupo, composto também por 7 elementos, era constituído por estudantes vivendo em alojamento partilhado, mais concretamente, em residências universitárias da UC. Incluía 7 sujeitos do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 32 anos, que aceitaram falar sobre as suas trajetórias terapêuticas em contexto universitário²⁵. O propósito da constituição deste grupo foi o de incluir na investigação uma avaliação da influência das condições económicas e de partilha social entre elementos de um grupo habituado à coabitação.

Os três grupos contemplam, assim, um leque diversificado de experiências e de trajetórias. Como o objeto de estudo pretende ser reflexivo e contínuo no trabalho de toda a pesquisa, a intenção não é “comprovar hipóteses definidas *a priori* e estanques, mas antes identificar as lógicas e racionalidades dos atores confrontando-as com o seu modelo de referência” (Guerra, 2006: 22). Ou seja, a análise de conteúdo do registo dos três grupos permitirá deixar pistas sobre as reflexões e hábitos sobre o consumo de medicamentos numa população com as características da que foi estudada.

Os grupos focais que foram realizados assentaram num conjunto de questões semiestruturadas, formuladas de maneira a estimular a interação entre pares sobre os seguintes temas:

- 1) O que caracteriza o consumo de medicamentos por parte da comunidade estudantil;
- 2) A compra de medicamentos livres nas farmácias sem preocupação com efeitos adversos que possam ter;
- 3) Os consumidores acreditam mais uns nos outros do que nas empresas;
- 4) Noções próprias sobre doença e saúde;
- 5) Opiniões sobre o *marketing*, *branding* e lobby farmacêutico como conceito de troca de expectativas, lembrando a revisão bibliográfica sobre a criação de expectativas prévias à compra de produtos de uma dada marca;

²⁵ A conversa realizou-se no dia 20 de maio por volta das 19h40.

6) Interação grupal do consumidor: no denominar das marcas e influência coletiva sobre a escolha.

Ao realizarmos a pesquisa preliminar sobre a problemática em análise, procurámos identificar os recursos retóricos associados à saúde mobilizados pelos sujeitos: a relação com o bem-estar em termos de resposta a doença potencial, e a retórica da prevenção da doença com a potencialização de produtos que tentam promover a imunidade e que agem sobre o indivíduo numa lógica de interferência/obrigação.

3.1.1 Análise

A mobilização das metodologias que adoptámos procurou ter em conta a premissa de que a investigação, não constituindo um processo linear, deve ser focalizada através de uma problemática. Quivy e Raymond (2008:211-212) consolidam o propósito de se estabelecerem ângulos de análise, que neste caso correspondem à formulação de hipóteses e ao teste empírico dessas hipóteses. O processo de investigação não consiste em aplicar um conjunto de receitas precisas, numa ordem predeterminada, mas sim em inventar, em pôr em prática e controlar um dispositivo original que beneficie da experiência anterior dos investigadores e responda a certas exigências de elaboração. Um tal procedimento só se pode aprender com a prática (Quivy, 2008: 232)

A combinação de duas abordagens qualitativas, a observação participante e o grupo focal, um procedimento baseado na interação moderada entre participantes a partir da definição de um ou vários temas pré-definidos e introduzidos pela pessoa que faz a moderação, apareceu como a mais adequada ao tema e objetivos da investigação e às características dos grupos que participaram nesta.

A técnica qualitativa de *focus group* pareceu-nos particularmente adequada ao tema e condições da investigação. Esta técnica é por vezes designada, em português, de “entrevista focalizada de grupo” (Guerreiro, 1998: 130-161, *apud* Ferreira, 2004: 102). No entanto, a dinâmica implicada neste tipo de procedimento é distinta da da entrevista. Isto porque “a entrevista de grupo dirige-se, por definição, a um grupo, acerca do qual supõe a existência de uma vida colectiva, um modo comum – e típico desse grupo”. Portanto, no caso da entrevista de grupo, o tema é intrínseco à vida do grupo, e os participantes estão

implicados histórica e afetivamente na problemática. Também não é certo que o *focus group* se “dirige por definição a um grupo”, com alguma partilha de vida coletiva. É uma técnica que constitui o grupo de participantes para aquele tipo específico de atividade. Pode haver algo em comum entre eles, mas não é necessário que constituam um grupo pré-definido, com experiência comum prévia à realização do grupo. Daí termos optado pela tradução, também frequente, de *focus group* por “grupo focal”. Para esta investigação, os grupos foram constituídos incluindo pessoas que tinham interesses ou experiências em comum, mas isso é um aspeto do processo e das escolhas metodológicas que deve ser explicitamente referido e discutido como decisão tomada com base na sua adequação aos objetivos e condições de realização da investigação.

A análise de um acontecimento ou de experiências prévias é ajudada pela interação entre membros facilitada pelo processo de *storytelling* que os grupos tendem a desenvolver (Morgan & Krueger, 1998). A relação social que se estabelece dentro do grupo é também foco de análise. Para isso, o entrevistador não precisa de perguntas preestabelecidas, mas sim de uma lista de tópicos precisos.

Dadas as características específicas de um dos grupos incluídos na investigação, recorreremos a um outro procedimento, a observação participante. Uma das primeiras discussões a ressaltar é a de se pretendia observar de que forma se estabelece a narrativa argumentativa de um grupo que se constituiu para, e cuja existência continuada é justificada pela prática do debate.

Procurámos ainda comparar estes relatos com outras observações realizadas no terreno: “as observações podem ser usadas para defender ou refutar ideias acerca do comportamento humano e para suscitar questões que podem ser usadas em pesquisas futuras” (cf. Emmet e Morgan, 1982, pp-140-41; Anderson e Lee, 1982) *apud* Burgess (1977:86).

A opção pela condição de observadora-participante no grupo que costuma realizar debates competitivos esteve associada à explicitação do propósito da nossa presença. O nosso propósito foi a investigação desta forma de interagir, que já existe, recorde-se, há mais de 200 anos, e a observação do debate enquanto encontro social. Daí decorreu a necessidade de adequar a técnica utilizada às condições situadas da investigação,

justificando-se assim a diferença em relação à técnica utilizada para os dois grupos em Coimbra.

Como investigadora, tivemos de lidar com a possibilidade, no caso do grupo observado no Porto, de perturbarmos o decurso do debate e do grupo que já conhecíamos e de cujas atividades participávamos. Tal não aconteceu de maneira explícita durante a sessão, e só depois de terminado o debate o painel de juízes me pediu para dar opinião sobre o que tinha sido o debate, e os participantes me perguntaram se tinham ou não contribuído de forma positiva para o estudo que estava a realizar. Durante as sessões, contudo, procurei sempre ter presente que a participação da pessoa que investiga na situação que estuda implica que ela seja parte da dinâmica desta, e explicar que a minha condição de investigadora não me permitia influenciar a lógica ou os argumentos mobilizados nas discussões, mas sim entender os processos de argumentação e os seus resultados.

No caso da observação do debate no Porto, isso não diminuiu a minha atenção em relação ao que estava a ser dito no debate, mas influenciou a minha própria visão de qual tinha sido a equipa mais persuasiva. Sabia que a estrutura e técnica do debate era já normalizada, não obstante a presença de algum elemento externo. Mas senti também que os membros do grupo fizeram um esforço para tentar corresponder ao que tomaram como as minhas expectativas em relação ao debate.

O facto de este ser um grupo com características específicas, pré-constituído como grupo dedicado a uma atividade particular, e por isso diferente dos outros grupos estudados, fez com que pudesse beneficiar do conhecimento dessa situação social particular e complementá-la com outras fontes de conhecimento. O objetivo comum às várias abordagens, para além das suas diferenças, foi o de interpretar os significados e experiências que são construídos pelos participantes nas situações sociais em que estão envolvidos. Isso só pode ser feito com a contribuição e envolvimento dos próprios participantes.

O modo de recrutamento de participantes para o debate competitivo passa, em grande medida, por passar a palavra pelo círculo estudantil e, fundamentalmente, pelos círculos de amigos. Foi notório que dois participantes que nunca haviam debatido antes

eram colegas de turma de outros participantes já habituais. A entrada de novos membros é sempre bem-vinda, já que a atividade tem por objetivo ampliar o conhecimento sobre esta forma de debater e sobre os impactos que isso gera no estudante, tanto a nível do discurso como de desmistificação de conceitos.

Já foram por isso debatidos pelo grupo temas de opinião fraturantes, como a despenalização do aborto, a guerra colonial ou a eutanásia, e outros que lidavam com mudanças de modelos para a sociedade, como por exemplo, a instauração de um salário mínimo mundial, ou a existência de quotas de empregabilidade para mulheres em cargos de chefia. Em Portugal, este modelo de debate competitivo tem lugar num circuito de 9 sociedades de debate espalhadas por várias instituições universitárias do país. Estas reúnem-se em competições trimestrais com a tipologia de Opens – onde qualquer jovem que estude ou tenha estudado em alguma instituição universitária portuguesa pode debater ou ser o juiz/adjudicador dos debates. Essas competições vão sendo organizadas em cidades diferentes, geralmente pela sociedade de debates local.

Para além da organização de competições trimestrais existe uma competição anual, que tem lugar em Fevereiro, chamada de TORNADU²⁶, onde só estudantes universitários podem debater e lutar pelo prémio de melhor equipa e melhor orador nacionais. E ainda existe o circuito europeu e internacional, de que as equipas portuguesas participam desde 2010. As competições fora do país só permitem o debate em língua inglesa. No ano de 2013, no World Universities Debating Championship, realizado em Berlim, uma equipa da Sociedade de Debates do Porto foi vencedora na categoria de English as a Foreign Language, ou seja, na categoria de Inglês não nativo.

3.1.2 O uso das duas estratégias

O uso das duas estratégias de recolha de dados tem uma explicação. Para a atividade relacionada com o debate competitivo, a estratégia da observação participante apareceu como mais adequada pela proximidade que já tínhamos com o grupo em questão, e por se tratar de um ambiente comum em que o grupo se dedica àquela atividade. O facto

²⁶ Os Opens de debate competitivo e o TORNADU são organizados pelas Sociedades de Debate que os acolhem e pelo Conselho Nacional de Debates Universitários. As informações relativas às competições regulares de debate competitivo universitário podem ser encontradas em: <https://www.facebook.com/CNADU?fref=ts> e em <https://www.facebook.com/tornadu>

de conhecer estudantes da UP associados ao grupo de debates permitiu-nos agilizar o encontro e tirar partido do facto de eles se reunirem semanalmente para debater. Como era habitual no grupo, e ao contrário que ocorreu com os grupos focais, nenhum dos participantes sabia o tema que ia ser discutido. Só à hora combinada foi lançado o repto e todos acederam com entusiasmo a debater o tema. Sabíamos que era importante adotar uma outra perspetiva do debate que já conhecíamos, anteriormente, na condição de participante. Jogando com a imprevisibilidade do tema, a nossa intenção era entender a lógica argumentativa utilizada e a sua mobilização no momento, tanto para defender como manifestar oposição ao uso de estimulantes farmacêuticos no percurso universitário. Descrito muitas vezes como um desmistificador de ideias, o debate competitivo tem a característica adicional de ser aberto a todos os que estejam dispostos a participar. Nesse dia, por casualidade, participaram no grupo novos elementos, que se iniciavam na aprendizagem da técnica do debate. Não sendo nós um elemento estranho ao grupo, já que havíamos participado nesta iniciativa em outras universidades, mas com outro propósito, pareceu-nos mais prudente adotar esta estratégia ao invés de um grupo focal, que interferiria com a dinâmica já estabelecida no grupo.

Quanto aos dois grupos organizados em Coimbra, o potencial de uma técnica como o grupo focal juntar num curto espaço de tempo um grupo diverso de participantes permitiu agilizar o processo de construção dos dados. Como já foi referido, constituímos dois grupos recorrendo a esta técnica. Um terceiro grupo, inicialmente previsto, e constituído por estudantes do sexo feminino e por elementos de uma residência universitária da UC, não pôde ser realizado por indisponibilidades sucessivas de uma parte dos participantes convidados. Dos dois grupos que tiveram lugar, o primeiro era constituído por estudantes-trabalhadores frequentando cursos diferentes e com idades entre os 24 e os 30 anos; o segundo era composto por estudantes de uma residência universitária masculina.

Neste trabalho de investigação, foi através do discurso que acedemos à descrição e interpretação dos hábitos e práticas dos estudantes universitários, através da linguagem e das estratégias narrativas próprias dos participantes nos grupos. A dinâmica de diálogo e as condições em que ele se realizou permitiram observar os modos de construção, em

situação, da argumentação em torno do tema proposto e da sua eventual transformação em persuasão.

Demos especial atenção a temas como os de saúde, publicidade, consumo, soberania ou autonomia do consumidor, doença e bem-estar. Foi possível, assim, aceder aos motivos invocados para as decisões e práticas em discussão, como a preocupação com a longevidade, o cuidado de si ou do grupo em que se está inserido.

Temas como a doença, a saúde e o bem-estar aparecem associados aos desafios do complexo biomédico tradicional, mas também a diferentes formas de autocuidado e automedicação. É possível mesmo sugerir que, como propõe Foucault, as formas correntes de biopoder aparecem como indissociáveis das resistências que passam pelo consumo e a publicidade, e por respostas por vezes transgressivas às versões canónicas, de inspiração biomédica, do imperativo de uma vida mais longa e de um estilo de vida saudável.

O recurso a técnicas de pesquisa diferentes responde à vontade de responder às diferenças entre os três tipos de grupos que participaram no estudo, em particular as condições distintas da sua constituição e da sua dinâmica. Mas ambas as técnicas utilizadas procuram lidar com a situação comum de os comportamentos, os discursos e acontecimentos observáveis muitas vezes resistirem ao enquadramento reflexivo comum dos atores sociais. Essa diversidade de olhares e de procedimentos não impede a construção de um objeto suscetível de interpretação consistente pela pessoa que investiga. Da mesma forma que o grupo focal permite uma observação focalizada e densa das formas de relacionamento dentro do grupo, também a observação participante promove o envolvimento que o investigador “tem com um grupo social que estuda dentro dos parâmetros das próprias normas do grupo” (Raúl Iturra, *apud* Silva & Pinto, 1990, p. 149).

Burgess (1997:157) confirma-nos que “nenhum método é considerado melhor do que outro, porque cada um tem as suas particulares vantagens e inconvenientes, relativamente à especificidade de situações” (Trow, 1957).

As várias interpretações sobre o consumo de medicamentos por parte dos estudantes universitários encontram-se num entrecruzar de diferentes perspectivas “física”, “temporal” e “biograficamente diferentes” (Cicourel, 1973).

3.2 Ser observador num meio que já se conhece

Embora a observação participante não deva ser feita num período curto, e se pretenda intensiva na recolha de informação acerca de um vasto leque de práticas e representações sociais, ela revelou-se, mesmo com limitações de tempo, um procedimento precioso para descrever e caracterizar os processos sociais observados. As passagens a seguir apresentadas e comentadas referentes ao grupo associado ao debate competitivo resultam de um cruzamento entre o guião de observação, as notas substantivas produzidas durante a observação (Burgess, 1977) e os comentários da autora a noções, práticas e utilizações retóricas do tema em debate. Fechamos a análise com uma síntese e comentário do que foi abordado no debate e das suas implicações para este estudo.

Um dos exemplos a que recorremos referente a esta técnica reporta-se ao trabalho de Andringa (2014) sobre o perfil sociológico dos jornalistas. É a própria a afirmar que a observação participante, por muitas vezes objeto de crítica pelo subjetividade do analista, tem validade científica pela proximidade que o interlocutor cria com os observados. “Nenhum enunciado pode ser atribuído apenas ao locutor: é o produto da interação dos interlocutores e, de forma mais ampla, o produto de toda essa situação social complexa, na qual surgiu” (Bakhtine, apud Todorov, 1981: 41).

CAPÍTULO IV



Análise dos resultados

4 Análise dos resultados

4.1 Os efeitos do consumo de medicamentos sem prescrição

Estamos numa das salas de aula da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto com 35 cadeiras, dispostas em 4 filas. São 19h e o debate estava marcado para uma hora antes. Há medo por conta de alguns participantes que vêm pela primeira vez. Não havia participantes suficientes ao início. À partida, o modelo de debate não implica que os participantes tenham de concordar com a posição que vão ter de defender no debate. Receio do primeiro estudante em identificar-se. Problema relativo à moção por não saberem o que quer dizer “estimulante”. Fico dentro da sala enquanto eles preparam o tema em 15 minutos. Algumas equipas escolhem os bancos circundantes do átrio e corredor para planificarem o que cada uma vai dizer em 7 minutos. Entro e explico o meu propósito. Alguns têm pena que, para já, a investigação seja confidencial, pois consideraram o tema atual. A disposição da sala varia conforme o funcionamento das posições. Sentam-se as equipas do Governo do lado esquerdo e da Oposição do lado direito²⁷.

Os excertos do debate seguirão com a referência ao orador e à equipa a que pertence: Primeiro-Governo (PG); Segundo-Governo (SG); Primeira-Oposição (PO) e Segunda-Oposição (SO) e Adjudicação (A).

²⁷ A disposição da sala é composta por 4 equipas de 2 elementos cada e um painel de adjudicação. Do lado esquerdo sentam-se na linha da frente e na linha de trás as equipas do Governo. Na primeira fila o Primeiro-Governo e na segunda fila a Primeira-Oposição respetivamente. Do lado direito encontram-se as equipas da Oposição, com a Primeira-Oposição e Segunda-Oposição sentadas da mesma forma que as equipas do Governo, mas do lado contrário. Por último e, de preferência, com uma fila de mesas de intervalo entre as equipas, senta-se a mesa de adjudicação que tem de ser composta por um Presidente de Mesa - ou *Chair* na terminologia anglo-saxónica, ao centro, e os seus adjuntos ou *Wings*, de ambos os lados.

Desde logo, o grupo demonstrou alguma confusão em relação ao tema do debate, conhecido no léxico do debate como *moção*. Não sabiam como definir o que são estimulantes, o que sugere, desde logo, que o consumo destes é uma prática desconhecida para os participantes. Tal viria a ser confirmado em conversa posterior.

GE (PG): Vale a pena dizer que são produzidos em laboratório, ou também deixamos em aberto medicamentos tradicionais e naturais?

GC (PG): Sim. Medicamentos sintéticos?

GE (PG): Existem naturais?

GC (PG): [Ri-se]. Se é que estamos a falar da mesma fórmula. Podemos falar sobre os sintéticos... podemos dizer sintéticos, naturais. Os naturais são naturais, estão envolvidos na tradição de os consumir, portanto os efeitos secundários são inexistentes, caso contrário as pessoas deixariam de os consumir.

A elaboração de argumentos a favor do consumo de estimulantes passou a dividir-se entre a posologia do medicamento e a consideração dos seus possíveis efeitos secundários - ou ausência destes - para a construção de um modelo que permitisse uma utilização viável e “boa” deste tipo de MNSRM. O facto de não terem tido qualquer tipo de informação prévia para além do tema geral do debate fez com que rapidamente conectassem a palavra “estimulantes” a medicamentos para a concentração.

Tínhamos decidido que não daríamos explicações e informação sobre estimulantes, já que o nosso propósito era entender a cadeia narrativa que iriam construir sobre uma problemática que os envolve enquanto grupo etário e enquanto estudantes, e até que ponto essa problemática havia estado já presente nas suas decisões individuais durante a frequência da Universidade. Rapidamente se notou que havia uma facção que associava os estimulantes a um malefício presente no quotidiano e outros havia que os apresentavam como um acrescento, uma extensão corporal.

G.C (PG): Para termos bons resultados e chegámos àquele ponto em que temos realmente essa necessidade de aumentar aquilo que são as nossas capacidades naturais.

P.S (SG): O fármaco não tem como objetivo aumentar a capacidade de formas diferentes, o fármaco tem como objetivo nivelar isso. [O] fármaco que nos permite concentrar em certos períodos de tempo, que nos permite sermos mais eficientes no sentido em que nos permite, não cortar tarefas, mas, de certa forma, concentrar tarefas no mais curto espaço de tempo mais diminuto, temos cada vez mais tempo disponível para trabalhar as outras componentes.

A visão contrária ao acrescento corporal é apresentada como uma falta de consciência pessoal de que o que temos, as capacidades inatas, não chegam e precisamos de as corrigir, de as ampliar. H.C sublinha, através da mobilização retórica do seu contrário, o orgulho em preservar o que nos foi dado como normal e com o qual nascemos:

H.C (PO): “tão fraco que eu sou que decido tomar este medicamento para conseguir atingir os meus objetivos. Tão fraco que eu sou que preciso de tomar este medicamento para conseguir os objetivos, que os outros conseguem sem os tomar. Tão fraco que eu sou que sem este medicamento não iria conseguir ter o meu trabalho no futuro”.

A discussão leva-nos ao tema da competição na universidade e da pressão para obter melhores resultados. H.C. diz que viveremos num mundo irreal se todos consumirem estes fármacos e que os resultados serão momentâneos, considerando que é o sistema que tal permite, por dentro, é que está errado. É ele que promove a pressão para os resultados, a necessidade de um emprego estável, o fomento da competitividade e a pressão da conjuntura económica.

G.E (PG): Ou seja, o facto de nós vivermos, nós estudantes estamos num meio muito competitivo. Ou seja, nós percebemos que, se queremos ter um emprego, se queremos ter estabilidade, se queremos ter um bom futuro, temos de ser os melhores naquilo que fazemos. E o facto de querermos ser melhores vai fazer com que tomemos estimulantes. Porquê? Porque nós queremos ter a melhor média, precisamente para podermos ir à entrevista de emprego e mostrarmos as nossas capacidades. Mostrarmos que somos melhores que os outros. Não que temos notas, mas que temos qualidades. Mas para isso há sempre uma primeira barreira que são as notas, que são uma primeira fase de exclusão que muitos empregadores usam quando vão à procura dos trabalhadores nas universidades. Então, estes estimulantes vão-nos permitir de facto conseguir passar esta primeira barreira.

P.M (SO): Agora não tenham qualquer tipo de dúvida de que isso vai ser necessário. A vida profissional é muitíssimo mais stressante do que a vida académica. E ao ser mais stressante as pessoas vão ciclicamente precisar de tomar essas coisas.

(...) O sistema tem de mudar de dentro para fora, porque tem de mudar na alteração dos princípios que regem o desenvolvimento dos planos curriculares. Tem de levar com a alteração daquilo que se pede ao estudante saber: se é o puro e simples marranço como no caso da História da Arte que eu estudei ou aquilo que os senhores rotulam do saber emprestado ou se é a formação da personalidade, da pessoa passar a saber procurar o seu conhecimento.

Os medicamentos tornam-nos máquinas? A substituição da capacidade humana pelos fármacos é posta em causa. De destacar a importância que se dá à tecnologia ao invés da confiança na condição e querer humanos. Será todo este consumo uma decisão latente de preferir o estimulante àquilo que nós somos?

R (PO): O importante é também nós termos fé de que somos capazes. (...) nós vamos ter *stress* a nossa vida toda. Já tivemos, temos e iremos ter. E iremos ter. E é importante nós próprios conseguirmos gerir esse stress.

A frequência do consumo destes estimulantes conota à partida a caracterização boa ou má que esses trazem à saúde.

GC (PG): Nós estamos a falar de um estimulante farmacêutico, portanto um medicamento, um fármaco por si só e se este consumo não fosse moderado claramente não estaríamos a falar só do fármaco mas estaríamos a falar de um consumo já forte que tende a um vício portanto, a uma droga e que deixa de ter os benefícios que este estimulante farmacêutico produz nos estudantes, tal e qual como mostrámos inicialmente.

O argumento de autoridade associado ao medicamento é uma das armas da equipa que se declara a favor do seu uso. Ou seja, se o medicamento existe, se está no mercado, é porque passou por um conjunto de etapas de avaliação e certificação até chegar aos lugares de venda. Se isso não aconteceu, então não tem conotação de medicamento, mas de droga.

G.C (PG): Por que razão não hei de eu utilizar algo que é legal, para muitas pessoas parte-se de que é legal, caso contrário se não fosse legal seria uma droga.

C.T (A): Aquele argumento do Gabriel da autoconfiança, em como as pessoas sentindo-se melhor conseguem mais coisas. Lá está, não tem de ser considerado como uma droga, automaticamente é a pessoa que se sente melhor porque pensa que está melhor, entendes?

Já vimos que os estimulantes estão em grande parte ligados à pressão social de obtenção de resultados, mas em última instância, quem escolhe se os vai tomar é o estudante. Qual é a influência do meio social na decisão individual.

L.T (A): A moção não era EC vai obrigar todos os estudantes universitários ou EC acredita que todos os estudantes deviam tomar estimulantes farmacêuticos. A moção é EC enquanto estudante, ou seja eu. Vocês não me explicam minimamente que se toda a gente tomar estimulantes vamos ter uma sociedade bem mais produtiva, em que medida é que isso deve influenciar a minha decisão individual. (...) Tu não tornas isso praticamente plausível, não fazes suficiente ligação entre as coisas para que esse cenário seja algo que nós aceitemos como o paradigma sob o qual o debate tem de ser analisado.

A resposta à pergunta deixada há pouco por um dos elementos é, em parte, respondida a partir da expectativa que intervém na criação de consumo e quando a influência social se interpõe:

G.C (PG): Temos aqui um efeito placebo e o efeito confiança para realmente levarmos as coisas mais para a frente. Lá está este ponto ainda é um grande público naquilo que toca à memória ou à concentração mas na verdade é que só o facto de ela pensar que o tem – aquele efeito placebo, vai-lhe dar a confiança para a fase de exames o que vai dar um efeito positivo sobre o *stress*.

M.J (SO) : Pronto, primeira hipótese ser um placebo. Se é um placebo estamos a desperdiçar dinheiro. Porque não estamos a valorizar as nossas competências porque podíamos ter como no ‘space jam’ - uma garrafa de água, com um rótulo a dizer estimulante e resultava também. E estamos a contribuir também para o *lobby* das farmacêuticas que vive também à custa das pessoas ingénuas que tomam coisas de que não precisam e que gosta muito de criar nas pessoas a ideia de que precisam muito de tomar uma coisa de que não precisam.

As noções de placebo, de *lobby* da Indústria Farmacêutica são recorrentes e sugerem que o consumo de estimulantes envolve não um – o consumidor - mas vários agentes que pretendem criar dependência. Mais uma vez, emerge a conclusão de que existe um grande sistema, nos bastidores, que envolve e condiciona a escolha a uma escala individual. Estamos, neste ponto da discussão, perante a atribuição do consumo do estimulante a uma fraqueza e a uma falsa necessidade:

R (PO): não será uma forma de as empresas farmacêuticas enriquecerem uma vez que não se trata de uma forma de placebo. Não será uma forma de enganar as pessoas a venda deste tipo de estimulantes? Para enriquecer. Para dizer assim “ai vocês são burros, vocês precisam disto”, não será uma forma das indústrias farmacêuticas conseguirem mais dinheiro, e serem às nossas custas.

A partir do lugar da oposição, G.S fala das potencialidades que o *lobby* da Indústria Farmacêutica pode representar. Quando confrontados com o cálculo do lucro por parte dos agentes privados, os argumentos da outra bancada mostraram e exemplificaram que alguns dos lucros promovidos pelo *lobby* servem para benefício de outros. Numa análise economicista de custo-benefício, foi-nos mostrado como a cadeia de agentes e de necessidades dos fármacos contribui para a ajuda e melhora, promovendo uma visão de melhoramento das capacidades individuais, e não da sua negação.

G.S (SG): A verdade é que estamos a tentar extrapolar outros casos para este em concreto quando nós sabemos que é pelas farmacêuticas e por este negócio que é tão criticado que nos permitiu por exemplo controlar o HIV, a diabetes, coisas que têm um valor que é inimaginável para a sociedade. E nós não podemos negar a evolução desta coisa. E por outro lado esses lucros como eu disse podem fazer coisas belas como empregar pessoas e trazer valor acrescentado para toda esta gente que está aqui e que está lá fora.

A mesma análise de custo-benefício mostra, por outro lado, como a cadeia de agentes e de necessidades dos fármacos ajuda, melhora. Uma visão de melhoramento das capacidades individuais e não da sua negação.

G.S (SG): a partir do momento em que conseguimos trazer eficiência para tudo aquilo que nós estamos a fazer, ou seja fazer muitas mais coisas com o mesmo tempo disponível, por outro lado, com o mesmo tempo, vamos fazer exatamente as mesmas coisas também, ter mais tempo para atividades extracurriculares. (...) Eu sou feliz hoje e posso ser muito mais feliz, por que não o ser? A verdade é que não podemos ter essa visão de que se já estamos bem porque ficar melhor? Isso não faz sentido. Para nós faz. Para nós faz sentido estar melhor. Porque estamos aqui circunscritos a uma esfera da qual apenas poderemos sair, alargar essa esfera com recurso a esses meios.

Em alternativa ao uso de medicamentos e tendo em conta que a causa do problema se encontra na dificuldade de concentração, dois dos participantes sugerem uma intervenção a montante do problema, em vez da solução com instrumentos que consideram geradores de dependência.

M.J (SO): Portanto se a causa é a concentração as pessoas devem organizar-se e saber rentabilizar o seu tempo em períodos curtos e devem adquirir essas competências todas. (...) Outra coisa que se falou muito bem de que nós temos de recuperar a fé e a autoconfiança. Opá vão lá para os psicólogos dos SASUP em vez de andarem a tomar tretas.

O debate conclui-se em jeito de alternativas e os juízes decidem que quem ganha é a oposição, já que, na amplitude dos argumentos, os pontos enumerados de concertação do *lobby* farmacêutico, a confiança nas capacidades individuais, o placebo e o efeito aditivo dos estimulantes mostraram-se mais persuasivos do que as vantagens do consumo de estimulantes para melhorar a vida e o desempenho universitário. A justificação da decisão é assim apresentada por um dos juízes:

L.T (A): E a cena do *lobby* das farmacêuticas é efetivamente um ponto que foi completamente descartado de uma forma ridícula pelo 2º Governo. O G.S diz aí “pode e tal ser aplicado tipo em cenas belas e bonitas”. É assim, se ele quer fazer esse ponto então ele tem de me explicar como é que uma farmacêutica funciona e por que é que a farmacêutica precisa deste dinheiro para investir provavelmente naquele tipo de investigação. E ele não explica.

L.T (A): H.C, tu trazes esta ideia de que nós vamos ficar o resto da vida a martirizarmo-nos porque aquilo que conseguimos, conseguimos-lo da forma errada e não consoante as nossas capacidades mas por causa de uma coisa qualquer artificial que teve um efeito em nós. Isto é muito interessante mas precisavas de ter tornado mais claro como é que isto é assim tão mau, ok?

Era notória uma grande confusão, mesmo no final da sessão, entre o que é o efeito placebo e o que é a expectativa em relação ao medicamento e aos seus efeitos. Todos estão ansiosos e cansados por estarem à espera do resultado. Encontro-os no fundo do corredor. P.M. é o que se destaca a falar por querer dar visibilidade ao seu caso e ao seu trabalho, dado que lida com terapias que também têm de responder a questões de expectativa grupal, no seu caso a aromaterapia. Ele é o primeiro a afirmar que a conjugação de cheiros e sabores cria uma atmosfera propensa ao relaxamento, à energia e a outras propriedades que a pessoa deseje para se sentir melhor.

4.2 “It is your focus, but it is their group”

Esta citação, retirada da série de livros de David L. Morgan e Richard Krueger (1998), ajuda a entender a direção que seguiu a nossa utilização da técnica do grupo focal na UC. As conversas que ocorrem durante as sessões proporcionam informação preciosa sobre as maneiras como os participantes se comportam e as motivações desses comportamentos. A função do moderador é a facilitação da conversa, de modo a permitir o surgimento de novas ideias, apontando para direções e tópicos relevantes, mas ainda não explorados.

Os grupos de recolha de informação têm como objetivo procurar e identificar os comportamentos dos estudantes associados à compra e consumo de medicamentos. O estudo da receção de mensagens mediáticas permite explorar a hipótese de estas influenciarem essa compra.

Quais os fármacos mais utilizados? Partimos da noção geral de MNSRM, mas será que descobrimos outros? Que crenças existem, na população ou grupo estudado, acerca da capacidade dos fármacos de melhorarem o desempenho académico? Que justificações existem para o seu consumo? Que crenças existem acerca dos fármacos que melhoram a performance universitária? A tentativa de testar a consciência aparece a partir da revelação de algumas das razões latentes para as diferentes experiências, motivações, resultados, receios. O propósito seria o de os ouvir nas suas várias perspetivas sobre saúde e doença e de criar uma situação em que sejam ouvidos pelos seus pares.

Para começar, perguntei a mim mesma aquilo que gostaria de ouvir da parte dos grupos com quem ia trabalhar. Depois de ter definido quais seriam os participantes, interessava-me sobretudo as contribuições que os participantes podiam trazer para o estudo e para a reflexão sobre o objeto de análise. Essas contribuições incluem relatos de experiências com o medicamento, as noções de saúde e de bem-estar dentro do grupo, o nível de confiança na Indústria Farmacêutica, bem como das decisões e histórias relacionadas com a automedicação numa perspectiva de escolha a adotar perante o risco.

Na verdade, a técnica do grupo focal é muitas vezes utilizada por investigadores académicos para gerar hipóteses, ou melhor, para levantar questões. Sabíamos que a experiência com os grupos serviria sobretudo para aprender e olhar para o mesmo problema de formas diversas, e foi isso mesmo que aconteceu. Ambos os lados tiveram uma experiência que os enriqueceu: levámos 14 perguntas para os dois grupos focais da UC, concebidas de forma a garantir uma discussão ampla do tópico.

O estudo prévio do tema e das questões a discutir desdobrou-se na análise já realizada de revisão da literatura e apoiou-se nas contribuições de (D. L. Morgan 1998). Criei o guião na lógica da rota do questionamento, com perguntas de abertura, introdução, transição, perguntas-chave e finais, com a possibilidade de recorrer a ele sempre que a conversa se desviasse do tema definido. As questões incluídas estavam relacionadas com experiências pessoais de contacto com fármacos na vida universitária; autonomia da decisão do tratamento; recolha de fontes de informação sobre saúde; as fontes de influência no consumo de medicamentos e, sobretudo, as avaliações do resultado da toma e efeitos desse consumo.

Tentei, segundo esta lógica, formular uma pergunta de abertura sobre algo que os participantes tivessem em comum, neste caso a escolha de um presente que tivessem recebido ou dado. Uma pergunta de introdução - sobre a atribuição de significado à palavra medicamento, uma pergunta de transição sobre a experiência e contacto com medicação, uma pergunta-chave sobre a alteração de hábitos relacionada com o facto de trabalhar e estudar ao mesmo tempo e, por fim, uma questão final sobre o facto das capacidades humanas poderem ser potenciadas com fármacos. As questões tinham de ser formuladas de maneira simples, devendo evitar-se perguntas que envolvessem a palavra “porquê”, dando antes preferência àquelas que evocassem a experiência dos participantes.

Tendo em conta o facto de essa ser a primeira vez a que recorriámos a esta técnica, cumprimos de forma escrupulosa as orientações de Morgan e Krueger (1998). As sessões decorreram numa das salas de estudo do Instituto Justiça e Paz, gentilmente cedido para este propósito, e na sala de estar de uma das Residências Universitárias da Universidade de Coimbra, para conforto dos seus residentes. As conversas tiveram 1h30 e 50 minutos de duração, respetivamente. O guião das mesmas encontra-se em anexo a esta dissertação.

Recorremos, para a análise das transcrições dos grupos, à análise de conteúdo seguindo Bardin (1977), com explicações dos diversos quadros de categorias de análise, bem como das unidades de registo e de contexto (Vala, 1990). Depois de uma primeira leitura das transcrições, procedeu-se à codificação - “o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (O.R.Holsti *apud* Bardin, 1977:103) - de trechos das intervenções transcritas, que passamos a apresentar em forma de tabelas, que estão representadas no apêndice deste trabalho.

4.3 Discussão

Grupo Focal 1

A discussão do primeiro grupo centrou-se muito nas histórias pessoais de dois elementos, *E.* e *J.V.*, e nas trajetórias terapêuticas da família de cada um. Destaca-se a atribuição de significação diferente (positiva ou negativa) a produtos definidos como naturais e os que são definidos como farmacológicos - doravante designados de medicamentos.

No contexto universitário, à exceção de *E.* e de *J.V.*, que confessaram estar a passar por um período de medicação e estarem sob o efeito de antidepressivos, outros participantes, neste caso *C.* e *J.* revelaram encontrar alternativas diferentes para consumir e lidar com a pressão universitária – por exemplo, a homeopatia e a terapia floral. Outros, como *H.* e *R.*, confundiram o consumo da cafeína, prática comum no seu dia-a-dia, com a conotação de suplementação, de acréscimo ao rendimento corporal.

Desde logo, e no que concerne às fontes de informação mais utilizadas, todos concordaram que o diálogo com o médico serve para procurar conselho e assegurar que o que fazem ou pretendem fazer é o mais correto. Admitem também procurar informação nas bulas dos medicamentos ou consultar o conhecimento dos profissionais de saúde – médicos e farmacêuticos. Todavia, quando questionados sobre a atitude a tomar na reação imediata à dor, foi inequívoco o recurso comum e privilegiado a analgésicos, antes de qualquer outra opção.

A influência da informação da Indústria Farmacêutica por parte da venda de medicamentos é assunto para discussão. Daí que *C.* tenha uma postura de maior questionamento das diferentes formas de controlo da comercialização de medicamentos. Descreve mesmo uma visão de uma sociedade utilitarista em que se criam necessidades que, ou não existiam, ou passaram a ser salientes com a quantidade de oferta que encontra diariamente nas farmácias. A sua visão é a de que os profissionais de saúde são envolvidos nesse contexto, sendo levados por “arrasto” e assim pressionados a agir de determinada forma e a prescrever sob a influência de vários atores com que o grupo não fala.

Nas noções de saúde e doença, o grupo encontra uma retórica de bem-estar corporal associado ao ser-se saudável. Começam por invocar os argumentos da alimentação saudável e do estar bem fisicamente, para, num segundo momento, fazerem referência à mente e ao espírito. *M.* Resume esta posição como: “é olhar para a pessoa como um todo”.

As questões relacionadas com a informação e a sua veiculação no consumo foram sem dúvida o ponto mais tocado da conversa. Salientam-se aspetos como a consideração de que um território terapêutico, como o das parafarmácias, situadas em pontos de venda como hipermercados, não parecem consistentes com a ideia de medicamento. Ou seja, se se compra medicamentos, neste caso MNSRM, que são os únicos à venda, estes não são encarados como parte de um tratamento médico, tornando-se assim banais produtos de consumo. Com Monteiro (2011), pode-se considerar esse tipo de estabelecimentos como um fator de ampliação da farmacologização do nosso dia-a-dia.

Os efeitos do consumo de medicamentos surgem associados à elaboração de comentários, pelo grupo sobre a alegada existência de um *lobby* no consumo: se existe muita oferta, é porque também há grande procura. Fala-se no *lobby* que fala mais alto. Que dita o que é bom de se tomar e o que não é. A noção de *lobby* parece influenciar a ideia positiva ou negativa que se estabelece na consideração do que é ou não medicamento. *E.* ilustra o argumento, considerando a pílula como o símbolo da necessidade e do controle sobre o corpo, sustentando que o consumo sugere maior poder sobre os quereres e vontades individuais.

No contexto estudantil e laboral em que se encontram, estes estudantes acreditam e reconhecem apostar num tratamento a jusante do problema, e acreditam que os novos consumidores de saúde serão, por um lado, mais beneficiados pelo alargamento de alternativas ao seu dispor e, por outro lado, mais conscientes, graças ao acesso fácil à informação e às tecnologias que a ela permitem um acesso fácil, tornando-se hábeis na procura de novas soluções para além das preconizadas pelo complexo profissional da saúde.

A privatização da saúde sugere a necessidade de fomentar o mercado e responder à procura. Na discussão, lembram que os medicamentos considerados mais importantes, como os que são dirigidos às hepatites ou HIV/SIDA, ou as vacinas, são os subsidiados

pelo Estado e que, quando isso não acontece, a Indústria Farmacêutica procura converter problemas de saúde em doenças crônicas, de tratamento, mas sem cura, de qualquer problema, assegurando assim a aquisição do medicamento, pelo doente, até ao fim da sua vida. Os produtos naturais e farmacológicos têm uma atribuição de significado diferente aquando da decisão de consumir. Torna-se significativo o facto de o meio terapêutico não ser disponibilizado numa caixa de comprimidos. A forma altera o tratamento e o seu significado.

A perspetiva dos jovens sobre a prevenção na política do cuidado do corpo encontra na prevalência de situações como o *stress* e a hiperatividade as doenças naturais do século XXI onde tudo se medicaliza. Existe a consciência, no grupo, de que a hiperatividade é encarada como a doença dos mal-educados e o *stress* como a de quem não tem nada para fazer.

O contexto em que decorre a discussão parece alterar o modo de refletir sobre certos assuntos. *J.V* afirma, sobre outro membro do grupo: “Eu olhava para ele e nunca diria que tomava antidepressivos”. Existe vergonha em assumir certo tipo de terapêuticas olhadas como desconhecidas e, tradicionalmente, mal vistas na sociedade. Os universitários que participam no grupo parecem considerar que se consome mais medicamentos do que o que se conhece publicamente e do que se mostra, devido, alegadamente, ao “preconceito”. A partir de um outro olhar, pode-se considerar que a experiência e o meio onde estão inseridos ajudam a ter outras perspetivas.

O grupo, no seu conjunto, interagiu bem menos do que se poderia esperar. Alguns elementos mantiveram silêncio durante muito tempo. Mas o grupo forneceu também pistas para a investigação, como a sugestão de perguntar qual o último momento da toma de medicamentos, para confrontar o que se pensa e o que se faz. Acima de tudo, deixaram a ideia de que há uma grande confusão e mistério em volta de quais os comprimidos que os jovens usam. Sabe-se de que a indústria pretende ter influência nos jovens, quando se observam os anúncios das *smart drugs* e a sua inclusão nas parafarmácias, mas parece haver pouco conhecimento mútuo sobre aquilo que fazem para melhorar o desempenho na universidade.

Grupo Focal 2

O segundo grupo tinha a particularidade de ser composto exclusivamente por elementos que partilhavam a mesma habitação estudantil, e foi interessante entender as perspetivas e os consumos que também partilhavam. Mais uma vez, a palavra ‘medicamento’ emerge num contraponto entre a ideia de risco de doença, ou de o melhorar da condição de doente. Neste ponto, a discussão sobre a medicação não prescrita, ou MNSRM, girou em torno do exemplo-chave dos antigripais. Dado que um dos elementos do grupo estava a ser medicado com antidepressivos, os restantes elementos foram levados a considerar a necessidade de equilíbrio entre um corpo e uma mente saudáveis.

Foram levantados problemas como o da habituação à marca e o da composição dos medicamentos, sendo que desde o início se foi manifestando uma propensão para a discussão de um possível uso sazonal de medicação, com a concentração de auxiliares de memória nas prateleiras das farmácias durante as épocas de exames. Isso fez com que todos entendessem que essa presença bem visível nas farmácias era um sinal de que existe uma real procura desses medicamentos.

Nenhum dos participantes afirmou já ter consumido estimulantes para além dos de fonte natural como o café. Em consonância com o primeiro grupo, também neste se encontrou uma atribuição da perspetiva sobre o que significa ser saudável ao cuidado com o corpo, aparecendo a prática de exercício físico como o exemplo principal.

No que respeita às várias formas de abordar o risco, o grupo discutiu a necessidade de recorrer, em primeiro lugar, a métodos tradicionais, antes de se voltar para a medicação propriamente dita. Foi avançado o exemplo do tradicional “chá com limão” como uma coisa “agradável”, ao invés de se consumir algo potencialmente fabricado e adulterado. Aqui apareceu a única distinção explícita, ao longo da conversa, entre o que caracteriza o natural e o farmacológico.

Ainda em consonância com o que foi dito no primeiro grupo, as experiências ocorridas em família com o consumo de medicamentos relacionam-se diretamente com a justificação para a decisão de consumo. Por exemplo, *VP.* consumiu medicamentos devido a um episódio de dor nas costelas, e *R.* cresceu com a ideia de que tomar o medicamento era o procedimento lógico a seguir em caso de dor.

Verifica-se novamente a referência à necessidade de aconselhamento pelos profissionais de saúde para desmistificação das ideias correntes sobre o tratamento a adotar consoante o risco. Neste contexto universitário, os estudantes falam do café como o hábito mais comum e recorrente para melhorar o rendimento e a atenção em épocas de exames, e para despertar.

Na discussão sobre as fontes de informação a que os participantes recorrem em caso de doença, o ponto mais importante a ressaltar é a percepção da desvantagem em que se encontram em relação aos especialistas. Ao contrário do que seria expectável, os estudantes que se colocam livremente nas mãos de um profissional de saúde para diagnóstico e tratamento não associam essa situação a um sentimento de confiança, mas sim à sensação de se colocarem numa situação de risco.

Para além do recurso ao médico, os estudantes confirmam igualmente que usam os folhetos informativos para aceder ao conhecimento sobre os efeitos secundários de uma determinada substância. E, ainda, para além do folheto, recorrem cada vez mais à internet, que é geralmente considerada, por todos, como uma fonte credível para a procura de informação.

O binómio *lobby* farmacêutico/meios de comunicação foi também um tema abordado pelo grupo. Convergindo aqui também com as perspetivas avançadas pelo primeiro grupo, consideraram-no uma fonte de influência muito forte na promoção do consumo de medicamentos não sujeitos a receita médica, identificando formas de criação de necessidades permanentes ou recorrentes que antes não existiam. Está muito presente a ideia de que a publicidade é um produto para as massas. E de que existe uma escolha inconsciente denotada por meios de comunicação como a Televisão: “Já vi na TV, está muita gente a tomar olha... Vou levar este”.

A indicação de medicamentos por parte dos farmacêuticos é avaliada em função da forma como ela contribui para as avaliações dos resultados associados ao consumo do fármaco e do possível efeito de habituação ou dependência dele decorrente. *B.* retrata a sua experiência, referindo que conseguira adquirir sem quaisquer entraves medicamentos antidepressivos sujeitos a receita médica. Na farmácia em que o fez não encontrou qualquer obstáculo ou exigência por parte dos profissionais que o atenderam, expondo

assim o fenómeno da venda livre deste tipo de fármacos, suscetível de criar um considerável risco de dependência destes por parte dos seus utilizadores frequentes ou regulares.

Esta experiência tornou-se o ponto de partida para uma nova discussão, sobre a necessidade de uma segunda opinião em matéria de saúde, Como ilustração dessa necessidade, *VP.* recorda o episódio em que recebeu duas prescrições distintas para o mesmo problema, por parte de dois médicos diferentes, sendo levado a fazer a escolha final entre elas optando por aquela que era mais económica.

Aparece como muito presente no grupo a opinião de que a vontade dos profissionais de saúde se resume a alimentar os lucros da Indústria Farmacêutica, ao vender e demonstrar por vezes “preferência” por determinados medicamentos. Esse argumento é construído a partir do exemplo das funções dos delegados de informação médica, acreditando que os médicos por eles visitados obtêm benefícios materiais associados às marcas dos medicamentos que receitam.

É opinião do grupo, que o questionamento da informação, passa pela procura de soluções para a reação à dor que, muitas das vezes, é influenciada pelo grupo em que se encontram. Se alguém já tomou um medicamento que respondeu eficazmente ao problema que tinha, o resto do grupo irá experimentar essa solução, considerando-a como já testada e avaliada por alguém que é conhecido e em quem se confia. Quando são conhecidos exemplos em que um determinado tipo de tratamento funcionou, arriscar outra opção pode significar resultados não esperados e não desejados. O grupo parece, assim, demonstrar a preferência em jogar pelo seguro, por respostas conhecidas e consideradas eficazes e satisfatórias.

Uma das experiências do grupo com a medicação leve foi a do consumo, por todos os membros deste, do mesmo antigripal *Cêgripe*, declarando que, ao tomar o mesmo que o colega de casa, ficaram satisfeitos com o resultado e continuam a apostar no mesmo medicamento.

As noções de como se ser saudável voltam a variar entre o equilíbrio do corpo (prática de exercício físico), a mente (estar socialmente integrado), e a felicidade (estar bem consigo próprio).

Os participantes manifestam a sua crença num condicionamento prévio do consumo, pelas razões já abordadas, mas mesmo assim são perentórios em considerar que ainda têm nas mãos o poder de decisão final sobre os atos de consumo. Mais precisamente, embora todo o processo de consumo seja suscetível a influências, a derradeira opção caberá sempre ao paciente, o que é considerado como uma coisa boa.

Ainda em relação à pressão sentida no contexto académico, e mesmo admitindo que não consomem *smart drugs*, os estudantes confirmam que perante a pressão a atitude a tomar deve se a de optar pela via mais expedita para a solução dos problemas, como o recurso a medicamentos que ajudem à concentração. Só em situações de doença se deve ponderar melhor os prós e contras da medicação.

Uma outra questão suscitada por este grupo foi a de que a crença na cura de qualquer problema tem mais influência do que o tratamento médico. Mas deixam a ressalva de que isso só acontece em situações em que o problema está numa fase precoce e apresenta pouco risco para a saúde. Porém, perante uma situação que não controlam – *VP*: “claro que se tiver uma perna partida o efeito placebo não vai fazer grande coisa” -, a crença na melhoria do estado de saúde não tem a mesma força. Os estudantes acreditam que há um princípio atuante (a que chamam de placebo) que atua para além do princípio ativo do medicamento, mas que se resume a uma crença otimista na resolução do problema em causa, da resposta à dor.

No que diz respeito à interação dentro do grupo, notou-se alguma surpresa e reflexão a partir das questões relacionadas com as experiências individuais de medicação e de prescrição proibida de antidepressivos por parte de farmacêuticos. O ponto central da discussão entre os elementos foi o da imputação de responsabilidade nas situações em que se vendem medicamentos sujeitos a receita médica, mas sem esta ser apresentada. Esse parece-me um dos pontos mais importantes de todo o debate, um ponto associado à avaliação dos resultados do consumo. Ou seja, enquanto uns acreditam que quem passa o medicamento sem ter a prova da receita é o “culpado”, outros entendem que o problema começa na pessoa que tenta forjar e obter o medicamento sem as condições necessárias a este.

A conversa termina novamente com considerações sobre a existência do efeito placebo, em que se confunde a sua génese com a perspectiva de que o efeito consegue ser mais poderoso que a medicação, reafirmando que a crença/motivação contribui para a solução do problema de saúde. O exemplo usado para sustentar este argumento é o das *smart drugs*. Não acreditando no seu poder e eficácia, os participantes no grupo atribuem ao inconsciente do indivíduo que as toma a crença de que melhora de facto a sua concentração em dado momento. Revelam também o confronto que se estabelece entre quem diz que já tomou e que faz efeito e quem não tomou (caso destes estudantes), afirmando que não se verifica uma melhoria da concentração.

Quanto ao facto de a população universitária ser tendencialmente grande consumidora de medicamentos de todo o tipo – MNSRM e MSRM, as opiniões dentro deste grupo divergem, tal como aconteceu no primeiro grupo. Alguns dos participantes discordam dessa ideia, outros afirmam a sua concordância, apoiando-se na sua observação da presença, nas bibliotecas, de bebidas energéticas e de caixas de medicamentos, todas, alegadamente, com o propósito de melhorar o rendimento.

4.4 Os estudantes e o consumo de medicamentos

4.4.1 Considerações finais

Neste capítulo final, recordamos lembramos alguns aspetos que estão no centro deste estudo. São eles a análise das razões que levam ao consumo de fármacos conhecidos como estimulantes e antidepressivos entre os estudantes universitários (Collin, Simard e Collin-Desrosiers, 2012), as noções de modernidade instável inspiradas em Giddens (1995) e as conclusões do estudo realizado por Lopes et al. (2014).

O modelo metodológico de análise de Collin, Simard e Collin-Desrosiers (2012), circunscreveu-se ao uso de medicamentos sem prescrição e ambicionava explorar as características da terapia dirigida a jovens e de como se manifestam as barreiras por entre o que é a cura e a prevenção, e a separação entre atividades produtivas e recreativas. Num enquadramento americano de análise, a imagem dos fármacos sem receita pelos médicos é

incompleta. Quantas vezes consomem na semana? Ou durante a vida? Aqui demonstrou-se, tal como na nossa investigação, que a maioria consome casualmente – os chamados *low-level users*.

Do ponto de vista dos consumidores, os fármacos sem prescrição eram, academicamente, um tema tabu ou uma prática sem risco nesta faixa etária. Demonstraram-se várias aceções do uso de fármacos sem prescrição, que podem referir-se ao uso de drogas que necessitam de prescrição ou ao seu uso para fins não médicos, mesmo com prescrição. Existem estudos, como vimos ao longo da nossa investigação, que se concentram em determinado tipo de medicamentos: alguns estudam os analgésicos, outros os estimulantes, outros os antidepressivos.

Os resultados focam-se no objetivo primordial de mostrar a importância de aspetos como a competição, pressão, *stress*, depressão e outras perturbações mentais, no meio académico. Alguns estudos mostram ligações diretas com períodos do calendário académico caracterizados por grande pressão, como as épocas de exames, mas também o consumo de tabaco, álcool, cafeína e fármacos, e advertem que há influência dos meios de comunicação na automedicação.

No estudo citado, como no nosso, a saúde mental aparece como a que é sujeita a maior risco entre os estudantes. Por isso se procura identificar as estratégias de aquisição de informação sobre medicamentos para estudantes. Os fármacos ficam disponíveis para outros quando são dados aos amigos, uma estratégia observada entre os participantes do segundo grupo focal.

Em contraponto, os grupos focais incluídos no estudo de Collin, Simard e Collin-Desrosiers (2012) apresentaram respostas vagas e um uso hesitante das palavras, com poucas conversas sobre o assunto, exceto em grupos próximos de amigos. Alguns sentiram-se surpresos por saber que algum dos seus amigos consumiam estimulantes, tal como sucedeu no nosso estudo.

É comum assinalar a influência da saúde no desempenho académico. Mas de onde vem a pressão na academia? É a relação consigo próprio que traz a pressão. A competição e a performance estão interiorizadas, mas a profunda internalização de que se tem de ser

melhor do que os outros está presente no mundo acadêmico, tal como no resto da sociedade.

No estudo de Collin, Simard e Collin-Desrosiers (2012: 46), as expressões “pushing yourself to perform”, “we create new illnesses” estão ligadas ao problema da saúde mental que, a par das *smart drugs*, é dos mais mencionados em relação com o consumo deste tipo de medicamentos no meio universitário. Nesse estudo, os estudantes que mais sofriam esgotamentos e distúrbios mentais eram os das Faculdades de Medicina e Saúde. A nossa proposta não teve como objetivo identificar os cursos em que mais ocorrem os problemas de saúde mental, mas é comum a noção de que cursos que são tendencialmente mais difíceis e morosos exercem maior pressão sobre os estudantes. Os autores do estudo citado questionam-se até que ponto as atitudes relativas à pressão de resultados são características de uma sociedade permeada pela cultura da performance, medicalização e farmacuticalização.

De facto, os fármacos assumem uma importância central nas vidas dos indivíduos nas sociedades ocidentais contemporâneas. Muitos fármacos são dirigidos a aspetos mais relacionados com o modo de viver do que com a doença, numa característica extensão da medicalização da sociedade. Este é um fenómeno complexo, que leva os medicamentos a parecerem como um dispositivo de transformação das identidades individuais e coletivas e da dinâmica social.

“Therefore, pharmaceuticalization can be considered the product of the interaction between three core processes: medicalization (Conrad, 2007), molecularization (Rose, 2007) and biosocialization (Rainbow, 1996)” (Collin, Simard e Collin-Desrosiers, 2012: 50)

Enquanto a medicalização diz respeito à mudança de limites entre o que é saúde e o que é doença, a molecularização corresponde aos limites entre o que são práticas de melhoramento naturais e artificiais, e eventualmente a extensão dos limites do melhoramento humano. Por último, a biossocialização é o processo em que as barreiras entre o conformismo e a resiliência são constantemente redesenhadas e, por isso, influenciadas pelo processo de farmacuticalização.

A conformidade – via estandardizada e normativa de comportamentos e aparências – e a resistência à sua força homogeneizadora, são os dois polos, em tensão, de uma construção contínua e implícita da identidade social. Neste enquadramento conceptual, o estudo do uso dos fármacos demonstra como as medicações prescritas são centrais para a problematização dos limites entre saúde e doença, o natural e o artificial, o conformismo e a resistência.

Lopes et al. (2014), analisando o consumo de performance entre os jovens, caracterizaram de forma quantitativa e qualitativa o investimento no consumo cognitivo e de performance física nos meios da universidade e do trabalho e os papéis do consumo farmacológico e natural na sua relação e disseminação na prática. O seu estudo, que incluiu estudantes e jovens trabalhadores, discute como as culturas terapêuticas mudam na relação dos indivíduos com a medicação, expandindo o seu uso na vida social. O mesmo estudo analisou as fontes de informação, os tipos de comprimidos naturais e de consumos de performance que existem.

A expansão do uso de medicamentos está associada à expansão da medicalização. Alguns autores focam a sua atenção nas dinâmicas adjacentes do primeiro fenómeno em que, em certas circunstâncias, a pharmaceuticalização excede a medicalização. O fenómeno é definido pelas dinâmicas instáveis e pela sua expansão e contração, que necessitam de exploração contextualizada. Pela sua associação à plasticidade social, a pharmaceuticalização é um processo culturalmente difuso que reconfigura as expectativas sociais e formas de lidar com as necessidades do quotidiano, da saúde e bem-estar.

Quanto à performance mental, o maior consumo inclui fármacos para a concentração e fármacos para relaxar/acalmar. Quanto à performance corporal, há maior incidência no doseamento de produtos naturais, de forma a aumentar a energia e também facilitar a perda de peso. Pode existir uma hierarquia cultural de legitimidade nos consumos de performance, e também uma hierarquia de necessidades que mereceria uma análise mais detalhada, que está para além do âmbito deste estudo.

O consumo para cada propósito é bem variado. Ou seja, as percentagens não revelam a clara prevalência de um tipo de consumo. A maior percentagem é de 25% dedicada ao consumo de medicamentos que potenciem a performance, como os

estimulantes cognitivos. Quando se compara estudantes e trabalhadores, o consumo para a performance mental é maior nos primeiros. O consumo de fármacos para a concentração é superior no meio universitário, enquanto entre os trabalhadores os relaxantes são a prioridade.

As razões para o consumo de performance entre os estudantes são as de melhorar o estudo e capacidade de concentração. Entre os trabalhadores, é a necessidade de aumentar a resposta às tarefas de trabalho diárias. Geralmente, a idade do primeiro consumo, em mais de 50% dos casos incluídos no estudo é inferior a 20 anos. A busca por medicamentos para a concentração acontece mais cedo.

4.4.2 Fontes de informação e consumo de performance

Os circuitos de informação são constituídos por fontes institucionais e fontes informais, fontes leigas e fontes com origem no saber especializado. O conceito de trajetórias informacionais proposto por Clamote (2010) aponta para os limites da análise decorrentes da abordagem atomizada das fontes de informação. A sua ênfase encontra-se nos efeitos mediados pelas combinações que os indivíduos elaboram a partir de fontes diversas. Apoiar-se ainda na noção de *infoscapes* da socióloga Sarah Nettleton, que lida com o modo como, nas diversas paisagens informacionais, múltiplas fontes coabitam e se encontram nos problemas dos indivíduos. O mesmo fenómeno revela-se neste estudo. Os estudantes afirmam procurar diferentes fontes de informação em que se apoiarem para as suas decisões sobre o consumo final e o tratamento a adotar.

No estudo que aqui apresentámos, a partir de uma seleção limitada de participantes, não é possível avaliar de maneira conclusiva a presença das várias fontes de informação e do modo como elas funcionam, mas os resultados são suficientes para servir de ponto de partida para novas abordagens do modo como facultam o acesso a recursos e a diferentes possibilidades de consumo, e como, em contextos ou situações distintos, a mesma informação pode contribuir para a produção de sentidos também distintos.

A performance corporal sugere que a pharmaceuticalização excede a medicalização. É em relação com os consumos naturais que se encontra a maior diversidade de circuitos informacionais e de cruzamento de fontes: apesar do papel central das redes informais – de sociabilidade e afetividade (amigos, colegas e família), algum destaque deve ser dado às fontes ‘proto-periciais’ (2010), com exemplo para os treinadores e/ou monitores em atividades físicas. Mas as fontes formais e de conhecimento através de peritos – doutores ou farmacêuticos - não estão ausentes do circuito.

A informação médica aparece com regularidade na recomendação de produtos naturais para a maioria dos consumos, maioritariamente dos relacionados com distúrbios do sono. Isto mostra que, enquanto certas fontes estão associadas a determinados recursos (naturais ou farmacológicos) e propósitos performativos (cognitivos, mentais ou físicos), as fronteiras são maleáveis, com uma ampliação das fontes, velhas e novas, que representam diferentes papéis na disseminação do consumo. Não se trata, pois, de um único processo social. As trajetórias informacionais trazem dinâmica à medicalização, pharmaceuticalização, iniciativa leiga e comercialização – na indústria de performance, no sentido de diversidade de recursos, contextos e agentes num domínio heterogéneo, que se relacionam não só com a performance pessoal mas com a saúde, recursos terapêuticos e conhecimento que suscitam uma contínua atenção sociológica.

Conclusão

A maleabilidade social do consumo de performance e dos meios em que vivem, convivem e trabalham os estudantes está associada a diferentes campos de práticas e hábitos, que são atravessados por certos valores comuns no enquadramento de expectativas sociais e modelos, que circulam e se difundem pelos processos de sociabilidade através das redes sociais constituídas pelos estudantes universitários.

É nos processos de sociabilidade que as variáveis de valores de aceitação/resistência ao consumo de medicamentos para o melhor rendimento académico, bem como a sua transformação em necessidade, se produzem e se consolidam. Assim, o consumo de medicamentos e a sua heterogeneidade social acabam por aparecer como a expressão da construção social das necessidades performativas, mediadas pelas diferentes expectativas contextuais, que vão muito além da busca pelo prazer ou vontade.

A partir de uma abordagem da medicalização da sociedade através das histórias e perspectivas de jovens universitários, tentámos identificar os processos que desencadeiam o consumo de fármacos no meio universitário. O objetivo principal que guiou a investigação era o de mostrar quais os tipos de influência sobre a decisão de consumo de medicamentos entre a população estudada. O foco principal incidiria sobre os mecanismos de publicidade e, mais precisamente, a propaganda de medicamentos em Portugal. No entanto, as considerações sobre saúde e doença associadas aos medicamentos e ao seu uso, a reflexividade associada às opções de consumo destes, as atribuições de sentido e produtos naturais e, por último, os processos de prescrição médica ou de indicação por farmacêuticos, sujeitos eles próprios a diferentes topos de influências, foi importante para a definição do âmbito deste trabalho.

O contacto com os grupos que participaram no estudo apontou, desde o início, para o modo como, apesar dos limites de vária ordem que circunscreveram a investigação enquanto condição da sua viabilidade, foi possível identificar e caracterizar um conjunto de aspetos centrais para futuras investigações, como a influência dos pares, as necessidades de acesso a medicamentos como resposta à pressão ou os perigos da dependência, e os seus efeitos sobre a geração que atualmente frequenta a universidade, caracterizada por um crescente consumo de fármacos.

A familiaridade que encontramos com dois tipos de respostas a situações consideradas pelos participantes no estudo como envolvendo algum tipo de risco – respostas naturais e respostas farmacológicas –, assim como o reconhecimento da existência de fármacos relacionados com as *smart drugs*, apareceu como uma característica transversal aos três grupos, mas nenhum dos 26 elementos participantes os experimentou. A maioria dos consumos abordados pelos intervenientes neste estudo ocorreram fora da esfera de intervenção médica – mesmo aqueles que implicam o uso de fármacos. Noutro plano, como no caso de três estudantes que estavam medicados com antidepressivos, a sua condição não estava diretamente relacionada com o seu desempenho académico, mas sim com problemas familiares.

Estas diferentes situações parecem configurar o que poderia ser descrito como farmacéuticalização desconectada da medicalização, ou desmedicalização farmacéuticalizada²⁸.

A oposição que os estudantes revelaram à alegada existência de um *lobby* de influências sobre o consumo de medicamentos indica uma forma de resistir à farmacéuticalização. No entanto, poucos participantes manifestaram a vontade de recusar de forma absoluta os fármacos comercializados pela Indústria Farmacêutica. O que se verifica é a existência de formas de pluralismo terapêutico (Lopes, 2010), i.e, neste caso, de uso alternado de fármacos e de produtos naturais para tratamento ou prevenção. No estudo citado, aponta-se que tal facto é comum a 20% da população em Portugal.

Importa salientar que as hipóteses formuladas no início desta pesquisa foram todas postas à prova. Comprovámos que os estudantes universitários estavam perante a necessidade constante de consumir, quando estes se referiam ao perigo das influências no consumo farmacológico e às suas indecisões perante a decisão a escolha dos tratamentos a adotar. Verificámos que esse mesmo consumo pode estimular a autonomia, por via da postura ativa os estudantes no confronto com o conhecimento especializado. Verificámos ainda que as experiências contextualizadas dos membros dos grupos suscitavam a

²⁸ Tradução livre de ‘de-medicalised pharmaceuticalisation’ (Williams et al., Medicalisation and pharmaceuticalization at the intersections: a commentary on Bell and Figuret. Social Science and Medicine. 2012)

repetição do mesmo tipo de consumo. Encontrámos ainda vários tipos de atuação em relação à publicidade, mas a recusa do seu efeito de persuasão foi comum a todos os elementos.

Tudo isto leva-nos a crer que, mesmo existindo um complexo de influências de várias esferas, os estudantes admitem que a necessidade de responder aos episódios de dor ou de sofrimento leva ao tratamento farmacológico e, num segundo estágio, à reflexão sobre este. É esse momento de reflexão que pode transformar as conceções acerca de determinado uso de um fármaco ou de um tratamento, permitindo tornar manifestas práticas de consumo de medicamentos que em muitos casos não são partilhadas com os pares. Foi interessante a surpresa que certos estudantes revelaram ao saber que outros, que aparentemente pareciam não consumir medicamentos estavam sob medicação permanente.

De outro modo, a geração de consumos em cadeia, ou o uso da mesma terapêutica por elementos de um determinado grupo já determinado e conhecido, aparece como possível fonte de informação. Ou seja, os mais próximos transmitem a confiança e o conhecimento que minimiza a incerteza associada à utilização de uma nova terapia ou medicamento. Tudo isto foi verificado no caso de MNSRM e de dores leves, como mostra o exemplo dos antigripais.

Outro ponto a salientar é a noção, entre os participantes, da influência da expectativa associada ao consumo. Isso manifestou-se nas conceções apresentadas pelos estudantes do chamado efeito placebo, e na argumentação de que a confiança e o otimismo são condições que influem nos resultados de qualquer tratamento. É relevante notar, ainda, a negação, encontrada em todos os grupos, de que os estimulantes e auxiliares de memória tenham real eficácia na concentração e a consideração negativa que esses fármacos merecem, apesar de nenhum dos 26 participantes nos grupos os ter experimentado.

É de salientar, ainda, a afirmação de que o complexo natural de suplementação e de produtos naturais é por um lado, mais uma resposta do complexo farmacêutico à procura da melhoria e modulação do corpo (por exemplo, sob a forma de proteínas, vitaminas, bebidas energéticas), mas é também, e cada vez mais, entendido como não tendo o peso significativo associado ao medicamento.

Nesta problematização da demarcação entre o que é natural e o que é farmacológico, com o aparecimento de medicamentos não sujeitos a receita médica vendidos em parafarmácias, o enquadramento social estabelecido mostra que o fenómeno dos consumos de performance se caracteriza pela pluralidade, contextualidade e disseminação em diferentes meios sociais.

Os resultados deste estudo sugerem uma crescente terapeutilização do nosso quotidiano e da sua gestão social, de que os investimentos na performance são uma expressão clara. O modo como governamos os nossos corpos e vidas tendem a esbater os limites entre o que é tratamento, prevenção e melhoramento, (Coveney et al, 2011). As culturas terapêuticas parecem, assim, estar a passar por um significativo processo de reconfiguração.

Finalmente, vale a pena apontar algumas direções possíveis para investigações futuras. Estas incluem a ampliação e estudo comparativo de novos contextos sociais, para além do universo que serviu de referência a este estudo, incluindo comparações internacionais e intergeracionais (com antigos estudantes das universidades aqui estudadas, por exemplo); os efeitos possíveis de diferentes padrões de regulação dos fármacos e das suas transformações; comparação de padrões de consumo de medicamentos na mesma geração, mas centrada nas diferenças ou continuidades entre esses consumos em meio académico e em meio laboral, por exemplo. O estudo sugere também o potencial das abordagens qualitativas em estudos sobre estes temas.

5 Referências Bibliográficas

- Agência Lusa e Semanário Expresso. “Ensaio clínico provocaram reações graves em 265 doentes.” *Expresso*, 26 de Junho de 2014.
- Ajzen, Icek. “The theory of planned behaviour.” *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, Dezembro de 1991: 179-211.
- Andaluz, Boletim Terapeutico. “La información al paciente como estrategia de mercado.” *Boletim Terapeutico Andaluz*. 2010.
http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2010_26_2.pdf (acedido em 10 de Fevereiro de 2015).
- Andringa, Diana. *Funcionários da Verdade. Profissionalismo e Responsabilidade Social dos Jornalistas*. 1ª. Lisboa: Tinta Da China, 2014.
- Aron, Raymond. *As etapas do pensamento sociológico*. Lisboa: D. Quixote, 2000.
- Balonas, Sara. “Publicidade e mudança comportamental na saúde. Diagnóstico das campanhas de prevenção da doença.” *SOPCOM, Comunicação global, cultura e tecnologia*. Centro de estudos de comunicação e sociedade: Universidade do Minho, 2013.
- Barbosa, Carlos Maurício (org.). *Publicidade versus informação ao doente: que desafios?* Publicação bimestral da Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Farmacêuticos, 2011.
- Bardin, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- Barker, Chris. *Cultural Studies: theory and practice*. SAGE Publications, 2012.
- Bastos, Carolina. *Publicidade vs. Indicação Farmacêutica. Fatores influenciadores da decisão de compra de medicamentos não sujeitos a receita médica*. Tese de Mestrado, Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, 2014.
- Bauman, Zygmund. *A sociedade sitiada*. Lisboa: Instituto Piaget, 2010.
- Beja Santos, Mário. *Quem mexeu no meu comprimido?* Temas e Debates. Círculo de Leitores, 2009.

- Bordignon, Lisandro. *Marketing Farmacêutico: fatores de maior influência para a compra de medicamentos livres de prescrição médica por estudantes universitários na cidade de Porto Alegre/RS*. Título de Bacharel, Brasil: IBGN, 2011.
- Böstrom, Katarina. “Consumer behaviour of pharmacy customers - Choice of pharmacy and Over-The-Counter medicines.” Degree Thesis, 2011.
- Braudillard, Jean. *Simulacros e Simulação*. Lisboa: Relógio D’Água, 1991.
- Bretton, Philippe. *A palavra manipulada*. Lisboa: Caminho, 2001.
- Burgess, Robert G. *A pesquisa de terreno. Uma introdução*. Oeiras: Celta Editora, 1997.
- Burnett, John, William Wells, Jack Gerlovich, e Sandra E. Moriarty. *Advertising: Principles and Practice*. Pearson Education (US), 2005.
- Busfield, Joan. “Pills, Power, People: Sociological understandings of the pharmaceutical industry.” *Journal of Sociology*, Abril de 2006: 297-314.
- Cadima, Rita Maria. *Publicidade de medicamentos e informação ao público*. Candidatura a título de especialista em assuntos regulamentares da Ordem dos Farmacêuticos, Ordem dos Farmacêuticos: Colégio de Especialidade de Assuntos Regulamentares, 2011.
- Calha, António. “Contributos para a definição de uma tipologia de comportamentos e atitudes face aos sintomas de doença.” *VII Congresso Português de Sociologia*. Universidade do Porto: Associação Portuguesa de Sociologia, 2012.
- Carmon, Ziv, Baba. Shiv, e Dan Ariely. “Placebo effects of marketing actions: consumers may get what they pay for.” *Journal of Marketing Research*, 2005.
- Carriço, Marlene. “Despesa dos portugueses com medicamentos aumentou em 2013.” *Observador.pt*. 19 de Janeiro de 2015. <http://observador.pt/2015/01/19/despesa-dos-portugueses-com-medicamentos-aumentou-em-2013/> (acedido em 23 de Janeiro de 2015).

- Carvalho, Álvaro Andrade de, et al. *PORTUGAL Saúde mental em números - 2013, Programa Nacional para a Saúde Mental*. Governativo, Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2013.
- Collin, Johanne, Julien Simard, e Hugo Collin-Desrosiers. “Between smart drugs and antidepressants: a cultural analysis of pharmaceutical drug use among university students.” *Salute e Società. Medicine of emotions and cognitions*, Março de 2012: 31-55.
- Conrad, Peter. “Medicalization and Social Control.” *Annual Review of Sociology*, 1992: 209-232.
- . *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.
- Conrad, Peter, e Kristin K. Barker. “The social construction of illness: key insights and policy implications.” *Journal of health and social behaviour*, 2010: 67-79.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. “Parecer sobre um modelo de deliberação para financiamento do custo dos medicamentos.” Parecer, 2012.
- Costa, António Firmino da. “A pesquisa de terreno em Sociologia.” Em *Metodologia das Ciências Sociais*, editado por Augusto Santos Silva e José Madureira (orgs.) Pinto, 129-148. Oeiras: Edições Afrontamento, 1990.
- Crawshaw, Paul. *Public health policy and the behavioural turn: the case of social marketing*. United Kingdom: Sage Publications, 2013.
- Dumit, Joseph. *Drugs for Life. How Pharmaceutical Companies define our health*. Durham and London: Duke University Press, 2012.
- Espanha, Rita, Gustavo Cardoso, e Pedro Pereira Neto. *A saúde na era da informação: Conteúdos de saúde on-line: Google, WWW e Blogues*. CIES/ISCTE - Lisboa, 2007.
- Featherstone, Mike. “Body, Image and Affect in Consumer Culture.” *Body & Society - SAGE Publications*, 2010: 194-221.

- Fernandes, Ana, Lúcia Palma, Fátima Frazão, e Carla Monteiro. “Medicamentos não sujeitos a receita médica - razões mais frequentes do seu uso.” *Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde*, 25 de Janeiro de 2010: 47-55.
- Fernandes, José Manuel. “O que se pode dizer a um filho que viu a mãe morrer?” *Observador.pt*. 5 de Fevereiro de 2015. <http://observador.pt/opinia/o-que-se-pode-dizer-um-filho-que-viu-mae-morrer/> (acedido em 2 de Março de 2015).
- Ferreira, Luís dos Santos. “Saúde, medicamentos, marketing e médicos.” *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 2008: 605-614.
- Ferreira, Virgínia. “Entrevistas focalizadas de grupo: Roteiro da sua utilização numa pesquisa sobre o trabalho nos escritórios.” *Actas dos Ateliers do V Congresso Português de Sociologia*. Universidade do Minho: Associação Portuguesa de Sociologia, 2004. 102-107.
- Foucault, Michel. *História da Sexualidade, Vol.1: A vontade de saber*. Lisboa: Relógio D'Água, 1994.
- Furtado, Cláudia. *Psicofármacos: Evolução em Portugal Continental entre 2000 e 2012*. Lisboa: Gabinete de Estudos e Projetos do INFARMED, 2013.
- George, Francisco, Maria do Céu Machado, Paulo Ferrinho, e Jorge Simões. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Direção-Geral da Saúde, s.d.
- Gerschenfeld, Ana. “Irving Kirsch: "O ideal seria usar placebos sem mentir aos doentes".” *Público.pt*. 29 de Outubro de 2010. <http://www.publico.pt/ciencia/noticia/irving-kirsch-o-ideal-seria-usar-placebos-sem-mentir-aos-doentes-1463421> (acedido em 21 de Janeiro de 2015).
- Gibbs, Anita. “Focus Group.” *University of Surrey - social research UPDATE*. 1997. <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU19.html> (acedido em 12 de Maio de 2015).
- Giddens, Anthony & Sutton, W. Philip. “Giddens 7th Edition.” *polity.co.uk/giddens7*. 2012. <https://www.polity.co.uk/giddens7/about.asp> (acedido em 30 de Março de 2015).

- Giddens, Anthony. *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta Editora, 2005.
- . *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2013.
- Goffman, Erving. *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio d'Água, 1999.
- Gomes, Rui Machado. "A política da vida e a transparência do corpo." Em *O Corpo e a política da vida*, 13-41. Coimbra: Coimbra: Centro de Estudos Biocinéticos (CEB), 2009.
- Guerra, Isabel Carvalho. *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*. Lisboa: Príncipia Editora, 2006.
- Health, Secretary of State for. *Saving Lives: Our healthier nation*. Plano de Ação Governamental, Londres: The Stationery Office, 1999.
- Hoyweghen, Devisch ignaas & Ine Van. "A New Era of Medical Consumption: Medicalisation Revisited." *academia.edu*. 2011.
http://www.academia.edu/716403/A_new_are_of_medical_consumption_medicalisation_revisited (acedido em 10 de Fevereiro de 2015).
- i, Jornal. "Para José Gil pensar voltou a ser uma questão de vida ou morte." *ionline.pt*. 13 de Março de 2015. <http://www.ionline.pt/263146> (acedido em 15 de Março de 2015).
- Inman, Jeffrey J., e Marcel Zeelenberg. "Regret in repeat purchasing versus switching decisions: the attenuating role of decision justifiability." *Journal of consumer research*, Fevereiro de 2002: 116-128.
- long, Celeste. *pwc*. 2012.
http://www.pwc.pt/pt/saude/saude_artigosoberania_consumidor.jhtml (acedido em 15 de Março de 2015).
- Jacoby, Jacob, e David B. Kyner. "Brand Loyalty Vs. Repeat Purchasing Behaviour." *Journal of Marketing Research*, Fevereiro de 1973: 1-9.

- Kotler, Philip, Veronica Wong, John Saunders, e Gary Amstrong. *Principles of marketing*. 4ª. Pearson Education Limited, 2005.
- Krueger, Richard. *Focus Group Interviewing*. s.d.
<http://www.tc.umn.edu/~rkruieger/about.html> (acedido em 24 de Abril de 2015).
- Latour, Bruno. *Jamais fomos modernos*. Editora 34, 1994.
- Lave, Jean. *Cognition in Practice: Mind, Mathematics and Culture in Everyday life*. England: Cambridge University Press, 1988.
- Leitão, Rodrigo. *Grandes Expectativas. O efeito placebo das marcas*. Lisboa: Edições Sílabo, 2012.
- Lerner, Abba P. “The Economics and Politics of Consumer Sovereignty.” *The American Economic Review*, 1 de Março de 1972: 258-266.
- Lindstrom, Martin. *Brandwashed: os truques do marketing que as empresas usam para manipular as nossas vidas*. Gestão Plus, 2012.
- Lipovetsky, Gilles. *A era do vazio. Ensaios sobre o individualismo contemporâneo*. Edições 70, 2013.
- Lodorfos, George N., Kate L. Mulvana, e John Temperley. *Consumer Behaviour: experience, price, trust and subjective norms in the OTC pharmaceutical market*. Paper, Special Edition on Consumer Satisfaction – Global Perspective, 2006.
- Lopes, Noémia Mendes (org.). *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*. Lisboa: Edições Afrontamento, 2010.
- Lopes, Noémia Mendes. “Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança.” *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Julho de 2007: 119-138.
- Lopes, Noémia, Telmo Clamote, Hélder Raposo, Elsa Pegado, e Carla Rodrigues. “Medications, youth therapeutic cultures and performance consumptions: A sociological approach.” *Health: SAGE Publications*, 2014: 1-19.

- López, Mónica Revilla, e Quesada Férmin Jimenéz. *Comunicación farmacéutico-paciente-medico*. Granada, Abril de 2007.
- Lupton, Deborah. *Food, The body and the Self*. SAGE Publications Ltd, 1996.
- Marçal, David, entrevista de Teresa Firmino. *David Marçal: Nos remédios homeopáticos não há nada a não ser água e açúcar* (20 de Janeiro de 2015).
- Mendes, Solange Magalhães Ferraz de Sousa. *Os Mass media e os estilos de vida saudáveis. A percepção das mensagens publicitárias sobre alimentação saudável e exercício físico*. Tese de Mestrado, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade Técnica de Lisboa, 2011.
- Monteiro, Paulo Jorge. *Parafarmácias nos hipermercados em Portugal: novos territórios para novos consumos terapêuticos?* Tese de Mestrado, Lisboa: ISCTE-IUL, 2011.
- Morgan, David L., e Richard Krueger. *Planning Focus Group*. SAGE Publications, 1998.
- Morgan, David. L. *Planning Focus Group*. SAGE Publications, 1998.
- MSP, Reynoso Vásquez Josefina, Mejía Baños Karla Yásmin LF, M. en C. Olvera Hernández, Elena Guadalupe, e Alejandro Chechue Romero M. en C. *Prevalencia de la automedicación y del consumo de remedios herbolarios entre los usuarios de un centro de salud*. Artigo, Instituto de Ciencias de la Salud, UAEH, s.d.
- Muñoz, Emilio, et al. *Medicine, Health and Society in Europe: Trends and Prospects. Items Network Symposium Coimbra: December 15-17 2004*. Coimbra: Centro de Estudos Sociais, 2004.
- Nascimento, Álvaro. *Propaganda de medicamentos: como conciliar uso racional e a permanente necessidade de expandir mercado?* Ensaio, Rio de Janeiro: Trabalho, Educação, Saúde, 2007.
- Brain Games - You Decide*. Com National Geographic. 2011.
- Nettleton, Sarah. *Sociology of health and illness*. Malden: Polity, 2006.

- Noonan, David. "You want statins with that?" *Newsweek.com*. 27 de July de 2003.
<http://www.newsweek.com/you-want-statins-139359> (acedido em 23 de Março de 2015).
- Nossa, Paulo. "A (des)construção do conceito de espaço e de saúde." *Revista da Faculdade de Letras - Geografia - Universidade do Porto*, Fevereiro de 2008: 83-102.
- Ó, Jorge Ramos do. "Modernidade pedagógica e disciplina terapêutica: higiene e saúde escolar na primeira metade de novecentos." Em *O corpo e a política de vida*, de Rui Machado Gomes. Coimbra: CEB: Centro de Estudos Biomédicos, 2009.
- opinion, On Line. *On LINE opinion Australia's e-journal of social and political debate*. s.d. <http://portal.nationalforum.com.au/> (acedido em 21 de Fevereiro de 2015).
- Pais, José Machado. "A construção sociológica da juventude - alguns contributos." *Análise Social*, vol. XXV, 1990: 139-165.
- . "Cotidiano e reflexividade." *Educ. Soc. Campinas*, Abril de 2007: 24-46.
- . "Nas rotas do quotidiano." *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Junho de 1993: 105-115.
- . "A juventude como fase de vida: dos ritos de passagem aos ritos de impasse." *Saúde e Sociedade*, vol.18, on-line version *SciELO.br*, Agosto/Setembro de 2009.
- Pereira, Gina. "Farmácias querem medicamentos à venda em gasolinhas e cafés." *Jornal de Notícias*. Fevereiro de 2015.
http://www.jn.pt/PaginaInicial/Nacional/Saude/interior.aspx?content_id=4418926 (acedido em 24 de Março de 2015).
- Pita, João Rui. "A farmácia e o medicamento em Portugal nos últimos 25 anos." *Debater a Europa*, 2010: 38-55.
- Público, Ministério. "Código da Publicidade. DL nº330/90." *PGDL- Procuradoria-Geral de Lisboa*. Dezembro de 1990.
http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=390&tabela=leis (acedido em 15 de Março de 2015).

- Quivy, Raymond. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Trajetos, 2008.
- Rabinow, Paul, e Nikolas Rose. “Thoughts on the concept of biopower today.” *Biosocieties*, 2006: 195-217.
- Rayner, Lisa. “Postmodern consumption and alternative medications.” *Journal of Sociology*, Janeiro de 2001: 157-176.
- Regina da Silva, Daniela, Ana Paula Arruda, Sandro José de Bessa, e Regiani de Oliveira. “Publicidade de medicamentos ontem e hoje: a responsabilidade da publicidade no incentivo à medicação.” *Intercom - Sociedade Brasileira de estudos interdisciplinares de comunicação*. Minas Gerais: XII Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação da Região Sudeste - Juiz de fora - MG, s.d. 1-15.
- Rezabek, Roger J. “Online Focus Groups: eletronic discussions for research.” *Forum: Qualitative Social Research*, Janeiro de 2000.
- Ribeiro, M.I.B, A.F.C.A Magalhães, C.S.F Sá, V.C.L Moreira, e J.C.M.M Coelho. “A influência da publicidade na escolha de antigripais por parte dos utentes de farmácias do distrito do Porto.” *Actas do VIII Colóquio de Farmácia*, Porto, 2012.
- Rice, Sabryna. “The Empowerment Patient Tips for 2010.” *CNN.com*. s.d.
<http://edition.cnn.com/2009/HEALTH/12/30/top.empowered.patient.lessons/>
(acedido em 5 de Janeiro de 2015).
- Ritzer, George, Paul Dean, e Nathan Jurgenson. “The coming age of the prosumer.” *American Behavioral Scientist*, 2012: 379-398.
- Rose, Nikolas. “Neurochemical selves.” *Society* 41 (2003): 46-59.
- . *Politics of life itself: Biomedicine, Power, and subjectivity in the twenty-first century*. England: Princeton University Press, 2006.
- Rose, Nikolas, e Carlos Novas. “Biological Citizenship.” Em *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, editado por Aihwa Ong and Stephen J. Collier. Blackwell Publishing Ltd, 2003.

- Rose, Nikolas, e Joelle M. Abi-Rached. *Neuro. The new brain sciences and the management of the mind*. Princeton University Press, 2013.
- Santiago, Luiz Miguel de Mendonça Soares. *Medicamentos e corpo. Consumidores de fármacos: o que pensam e o que sabem...* Tese de Doutorado, Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2009.
- Santos, Boaventura de Sousa. “O Estado, a Sociedade e as Políticas Sociais: o caso das Políticas de Saúde .” *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Setembro de 1987: 13-74.
- Scarince, Christine. “Sick role theory in sociology: definition & overview.” *study.com*. s.d. <http://study.com/academy/lesson/sick-role-theory-in-sociology-definition-lesson-quiz.html> (acedido em 12 de Janeiro de 2015).
- Shiv, Baba., Ziv. Carmon, e Dany Ariely. “Placebo Effects of Marketing Actions: Consumers May Get What they Pay For.” *Journal of Marketing Research*, 2005: 383-393.
- Silva, Augusto Santos, e José Madureira (orgs.) Pinto. *Metodologia das Ciências Sociais*. Edições Afrontamento, 1990.
- Silva, Maria Estefânia Cruz da. *A Linguagem Específica dos Anúncios Publicitários*. Tese de Mestrado, Universidade Aberta, 2013.
- Superior, Canal. *25% dos jovens consome fármacos para melhorar a concentração*. 2014. <http://informacao.canalsuperior.pt/noticia/17521> (acedido em 13 de Março de 2015).
- Thorson, Esther, e Shelly Rodgers. *Advertising Theory*. New York: Routledge, 2012.
- Vala, Jorge. “A análise de conteúdo.” Em *Metodologia das Ciências Sociais*, 101-128. Edições Afrontamento, 1990.
- Visão. “Comprimidos para dormir e anti-histamínicos podem aumentar risco de Alzheimer.” *Visão*, 27 de Janeiro de 2015.
- Waldby, Catherine. *The Visible Human Project: informatic bodies and posthuman medicine*. London: New York: Routledge, 2000.

- Wells, William, John Burnett, e Sandra Ernst Moriarty. *Advertising: Principles and Practices*. Prentice Hall, 2000.
- Williams, Simon, Jonathan Gabe, e Peter Davis. “The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects.” *Sociology of health*, Setembro de 2008: 813-824.
- wiseGEEK. “What is the relationship between consumer behaviour and advertising?” *wisegeek. clear answers for common questions*. s.d.
<http://www.wisegeek.com/what-is-the-relationship-between-consumer-behavior-and-advertising.htm#didyouknowout> (acedido em 30 de Novembro de 2014).
- World Health Organization. “Frequently Asked Questions - What is the WHO definition of health? .” *World Health Organization*. s.d. <http://www.who.int/suggestions/faq/en/> (acedido em 25 de Outubro de 2014).
- . “Health Topics - Drug resistance.” *World Health Organization*. s.d.
http://www.who.int/topics/drug_resistance/en/ (acedido em 12 de Abril de 2015).
- . “Health Topics - Health Statistics.” *World Health Organization*. s.d.
<http://www.who.int/topics/statistics/en/> (acedido em 13 de Dezembro de 2014).
- . “Portugal - Statistics and Health Profile.” *World Health Organization*. s.d.
<http://www.who.int/countries/prt/en/> (acedido em 1 de Janeiro de 2015).
- World Health Organization. “The role of the pharmacist in self-care and self-medication.” Report of the 4th WHO Consultative Group on the role of the pharmacist, The Netherlands, 1998.
- World Health Organization. “WHO Drug Information.” Relatório Anual da World Health Organization, Geneva, 2000.
- Zola, Irving Kenneth. “Medicine as an institution of social control.” *Sociological Review*, Novembro de 1972: 487-504.
- Zózimo, Joana. *A prescrição de antidepressivos e calmantes: um estudo de caso sobre ideologias terapêuticas na prática clínica de Médicos de Família e Psiquiatras*. Tese de Mestrado, Lisboa: ISCTE-IUL, 2011.

APÊNDICE

1º Focus Group: Estudantes-Trabalhadores na UC

Tabela 1: O que representam os medicamentos no meio universitário

| Categoria | Subcategoria | Unidade de registo | Unidade de Contexto |
|---|---------------------------------------|--|--|
| 1- O que representam os medicamentos no meio universitário | Associação semântica da palavra | Medicamento é sinónimo multilateral de droga | <p>H: São drogas que fazem mal e que têm efeitos colaterais, que vicia o organismo.</p> <p>R: Mas também servem para ajudar.</p> <p>J: Eu acho que é necessário, se é uma ponte para melhorar a pessoa porquê não tomar? Acho que hoje em dia a vida é tão corrida, muitas vezes não temos tempo de pensar, de resolver os nossos problemas como deveria ser e eu acho isso tranquilamente necessário.</p> <p>R: Eu acho que existe uma barreira entre ajudar e passar ao vício.</p> |
| | Contacto com o contexto universitário | Tipos e formas de uso | <p>JV: Voltei a tomar antidepressivos. Reconheço que eles em certas alturas me fazem falta porque não há outra maneira de arrebatar. É só mesmo aí.</p> <p>R: Sim, em caso de dores.</p> <p>E: Eu também faço fluoxetina.</p> |
| | Frequência da toma | Constância e duração do uso de medicamentos | <p>H: Evito tomar mesmo medicamentos, só em último caso. E quando estou mesmo e não aguento mais.</p> <p>JV: Eu tomo antidepressivos desde 2008 quando desconfiaram que eu tinha uma perturbação obsessivo-compulsiva.</p> |
| | Carater gerador de dependência | Sentido de autonomia na duração da toma | <p>JV: Os antidepressivos não têm esse efeito até porque não viciam.</p> <p>E: Eu, uma altura em que ela [a psicóloga] prescreveu-me ansiolíticos, eu não quis. Preferi passar a noite em branco que eu sabia que eram.</p> <p>J: Eu sou uma pessoa que já tomou um bom tempo ansiolítico sim e não tive problema nenhum em deixar de tomar esse medicamento.</p> |

Tabela 2: Experiências de saúde/doença

| Categoria | Subcategoria | Unidade de registo | Unidade de contexto |
|---------------------------------|---|---|---|
| 2- Experiências de saúde/doença | Bem-estar | O que é o bem-estar inserido na cultura da melhoria do corpo | <p>J: Por mais de 5 anos eu fui completamente obcecada por comprimidos de emagrecimento. Claro que eu venho de uma realidade do Brasil com uma importância extrema na estética. Era extremamente preocupada com tudo isso, é uma exigência cultural, social e dos media também. Mas eu lembro disso nos meus colegas de faculdade do Brasil, usavam muito. E era muito pesado.</p> <p>H: Já se vai vendo. Nutricionistas é o que não faltam. Cuidado na alimentação é muito importante hoje em dia para prevenir isso tudo para não se tomar medicamentos que estão relacionados com o que se come.</p> |
| | Medicina tradicional/medicina alternativa | Aborda-se várias formas de contornar o problema | <p>C: Eu tive um processo de sinusite, uma enxaqueca, e tratei com a homeopatia. Eu acho que tratei.</p> <p>E: Não digo que é uma questão de receitas médicas mas anualmente a questão da suplementação vai haver sim. Esta ideia de que há um défice, que “ai aqui nesta altura do ano até preciso de uns suplementos de cafeína ou de chá verde ou um depurante”. Só que nós não o tomamos como substâncias medicamentosas.</p> <p>R: Para mim suplemento não é nenhum medicamento.</p> <p>E: Multivitamínicos. Alguém a certa altura tomou na época de exames ou coisa assim.</p> |
| | Histórias familiares | Estudantes contam exemplos da sua família para ilustrar a sua visão sobre o que implica o consumo de medicamentos | <p>M: E por exemplo tenho a minha mãe. Ela sempre teve problemas desse género, de depressões e agora a fazer outro tipo de medicação com outro tipo de acompanhamento ela consegue pôr-se um bocado mais para cima e conseguir ver a vida de outra maneira. Obviamente não é só o medicamento, é o uso que se lhe dá.</p> <p>H: Eu recordo-me e já foi há muitos anos que a minha tia passou por um mau período da vida dela porque se separou do meu tio e eu lembro-me que ela tomava n de medicamentos e ela andava de rastos completamente. Tudo isto pode ter levado a que eu achasse que o medicamento era isto.</p> <p>C: na minha família é bem dividido em casa dos meus pais. Eu e a minha mãe terapia alternativa. Minha irmã e meu pai sempre fármaco. Minha mãe teve um processo há muitos anos atrás de depressão ela partiu imediatamente para a homeopatia, yoga, leituras de autoajuda.</p> |
| | Pressão universitária | Que tipo de estratégias auxiliares adotam para contornar os efeitos | <p>J: algumas vezes já utilizei aqueles medicamentos para a memória que eu pensei que ajudavam mas não ajudaram absolutamente nada. E, em relação às medicinas alternativas eu utilizo há muito tempo os florais que uso para a concentração, para ajudar nos estudos e sinto efetivamente uma melhora.</p> <p>R: Cafeína não conta.</p> <p>E: Café tipo suplementos alimentares sim, sim.</p> |

| | | | |
|--|-----------------------|---|---|
| | Diálogo médico/doente | Diálogo leigo/perito de forma a encontrar a solução para o problema | <p><i>E: qualquer que seja a substância deve ser feito um acompanhamento médico. Eu confesso que há dias estava muito renitente em fazer qualquer tipo de medicação porque achava que não ia resolver o meu problema com a minha família ou não. Não vai mudar isso. Mas a verdade é que fui aconselhado pela assistente social, pelo médico de família a fazer então a medicação e a verdade é que não resolve os problemas, mas ajuda num momento transitório.</i></p> <p><i>JV: Por exemplo tive consulta anteontem e falei-lhe que tenho, quando estou nervosa, os primeiros sintomas de um ataque de ansiedade que eu tenho são tosse e vômitos. Quando o médico viu aquilo - sim, porque eu mostrei-lhe que pedi para levantar o meu processo no pediátrico eu disse-lhe “eu continuo a ter isto, não sei que nome dar, eu reconheço isto”.</i></p> |
|--|-----------------------|---|---|

Tabela 3: Autonomia da informação

| Categoria | Subcategoria | Unidade de registo | Unidade de contexto |
|----------------------------|---------------------------|--|--|
| 3- Autonomia da informação | Intervenientes na escolha | Questiona-se toda e qualquer informação? | <p><i>R: Eu parto do pressuposto que se o médico receita o medicamento é por que sabe o que tá a fazer. Eu tenho por hábito confiar no médico e não pergunto.</i></p> <p><i>JV: Eu não. Quando mudei da setralina para outro, o prozac, a médica falou-me noutra porque supostamente os antidepressivos não são para dar sono e eu andava a dormir o dia todo de um lado para o outro, mas ela disse que era normal. Aí tentou sugerir outro e eu disse não. Vai ser aquele.</i></p> <p><i>C: Se o médico me dá qualquer coisa, chego a casa, olho a folha e nem compro antes de ler às vezes horas a fio tudo possível, quem usou, que fico até maluca, até incomodo.</i></p> |
| | Procura de soluções | Qual a primeira atitude na reação à dor. | <p><i>JV: Brufen logo.</i></p> <p><i>R: Sim. Brufen ou ben-uron.</i></p> <p><i>C: Google, Google, Google tudo o que eu puder.</i></p> |

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| Fontes de informação credíveis | Meios utilizados para recorrer à análise do problema de saúde | <p>JV: Isso é um exagero. A Internet assusta um bocado. Se formos a ler...</p> <p>H: A bula sim.</p> <p>R: A bula sim.</p> <p>C: A bula sim.</p> <p>M: Têm de ter cuidado. Há reações raras mesmo.</p> |
| Decisão final | Que fatores pesam na decisão final da posologia a adotar | <p>JV: Às vezes o médico não está lá a perguntar tudo e mais alguma coisa. Você sofre disto ou sofre daquilo.</p> <p>C: Tá condicionado ao mercado. A gente sabe que está condicionado [os médicos] a marcas, a revendedoras, a comissões e tudo isso que causa opulência. Nós podemos ser objetos disso. Dessa manipulação.</p> |
| Influência da IF na prescrição médica | Prescrição médica é permeável a instrumentos de publicidade de fármacos | <p>H: a minha visão é muito clara nisso. Publicidade à volta de tudo.</p> <p>E: É o marketing que joga sempre. Acho que estamos numa sociedade muito utilitarista daí essa necessidade também em prescrever ansiolíticos para crianças. Nos EUA isso é muito comum, o transtorno como é que é.</p> <p>E: O médico está no contexto, acaba por ser pressionado. Sr. Doutor preciso de um P1 e tu vais lá e vá lá vá lá e o médico claro.</p> |
| Doentes ativos | Considerações sobre a frequência da ida ao médico e da falta de reflexividade sobre o assunto | <p>JV: As pessoas habitua-se porque são isentas, porque têm participações e vai mais um medicamento e não têm cuidado nenhum com o que comem, não fazem nada para se sentirem melhor. Se calhar um bocado contra mim, contra a minha mãe e o meu pai falo.</p> <p>E: É uma hipocrisia. O sistema está assim mas os utentes também.</p> <p>M: Depois depende da pessoa com quem estás a falar. Se for um velhinho de 80 anos não vai perceber muitas vezes. Vai tomar aquilo que lhe receitam. Agora se forem pessoas como nós obviamente vão-se informar antes.</p> |
| O que significa ser saudável | | <p>R: Ir ao ginásio.</p> <p>H: comer bem.</p> <p>R: não ter maus hábitos.</p> <p>E: Se eu aos 60 anos tiver colesterol ou reumatismo, uma coisa que se compreenda no contexto da idade, mas se eu conseguir fazer o meu dia-a-dia posso dizer que sou saudável no contexto global. Ser saudável não é ser-se eternamente jovem porque o corpo caminha para degenerar.</p> <p>JV: Comer bem, ter aquele peso certo também para não forçar muito como é o meu caso.</p> <p>C: Para mim são meus exames não darem nada de alterado. Para mim ser saudável é quando abro o meu exame e está bem.</p> <p>M: é ser-se saudável. Não só fisicamente mas mentalmente. Saudável é tudo. É como nos dizem no curso. É ver o corpo como um todo. A pessoa como um todo.</p> <p>J: isso depende da mentalidade de cada um mas ser saudável é físico, mental e espiritual.</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | Propaganda como alterador da realidade | Conceitos de influência da configuração da realidade por parte dos meios de comunicação de massa | <p>E: Sim, um corpo maravilhoso lindo e esbelto, toma. Vendes o sonho, é esta a ideia.</p> <p>M: Tudo o que aparece na TV as pessoas não associam ao medicamento. O que compras, compras no continente, no supermercado.</p> <p>E: Lá está, mas aí o lobby intervém. O lobby é que nos diz aquilo é perigoso, aquilo faz mal. A depuralina está no mercado mas já foi retirada.</p> <p>H: isto é tudo um negócio para facilitar para as pessoas não acharem que estão a tomar uma coisa como o fármaco.</p> <p>E: A pilula é o paradigma da necessidade, do utilitarismo, do querer. Do poder controlar, do poder planear e fazer o plano familiar. Que hoje nós utilizamos como um instrumento evolutivo da nossa sociedade, como uma conquista social da mulher mas surgiu esta necessidade desde sempre. E quem diz esta necessidade diz outras: quero ser mais bronzado passo aqui um creme, quero mais músculos e se aquela substância me vende, consegues, acho que sim toda a gente cai e isso é vendido nessa visão.</p> |
|--|--|--|---|

Tabela 4: Atividade performativa do quotidiano laboral/estudantil

| Categoria | Subcategoria | Unidade de registo | Unidade de contexto |
|--|-----------------------|--------------------------------------|---|
| 4- Atividade performativa do quotidiano laboral/estudantil | Consumidores de saúde | Como serão os consumidores de amanhã | <p>E: Acho um preconceito. Vamos ver. Se houver aqui um consumo consentido e informado que traga benefícios para um todo isso não é necessariamente mau não é?</p> <p>C: Eu acho que a tendência não é o aumento de consumo porque se as pessoas tendem a ficar cada vez mais informadas, saber mais e a procurar menos ou a tentar buscar outras alternativas primeiro.</p> <p>R: com o uso das tecnologias o uso dos medicamentos vai diminuir.</p> <p>JV: eu discordo e acho que vai ser cada vez pior no sentido em que atualmente e no caso dos miúdos, hoje em dia, qualquer coisa é défice de atenção.</p> <p>E: Há dois fatores que vão influenciar o futuro medicamentoso: o modelo económico e social de determinado país. Se caminhamos para uma crescente individualização e privatização da saúde vamos ter a fomentar um lobby real e vai haver sempre esta necessidade de fomentar o mercado. Perpetuar doenças crónicas. Desvirtualizar, maquiagem, mas o problema vai estar lá.</p> |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | Comportamento preventivo/paliativo | Quotidiano jovem | <p>E: acho que é só quando nos dói a cabeça é que vamos puxar o fio. Ir ao dentista. É mais barato ir de 3 em 3 meses do que quando temos uma cárie. O lobby é claro. Para mim sim. Existe uma procura para emagrecer e existe a oferta. É muito mais rentável economicamente ter paliativos para curar do que investir em terapêuticas. As terapêuticas que nós temos como as vacinas das hepatites e vacinas foram sempre subsidiadas por governos porque a Indústria farmacêutica privada não tem interesse em resolver. Tem muito mais lucro no paliativo.</p> <p>M: não tens noção. É muito mais rentável um tratamento crónico. Há doenças que, pronto não têm cura obviamente, mas é muito mais rentável manter o doente todos os meses a comprar aquele medicamento até ao fim da vida.</p> |
| | Rendimento no trabalho | Estratégias de fazer render o corpo num contexto de trabalho | <p>J: Ultimamente como o nosso trabalho é muito corrido, o nosso coletivo, sinto também necessidade de tomar uma coisa para o stress, uma coisa que dê um pouco mais de gás.</p> |
| | Complexidade da definição de fármacos | Considerações polivalentes sobre produtos naturais e produtos farmacológicos | <p>E: A pessoa que diz assim – ‘medicamento não tomo’ e depois vai pensar bem e ‘eu até tomo centrum e é um multivitamínico’, ou todos os dias antes de dormir tomo um chá verde.</p> <p>R: Isso não é medicamento.</p> <p>E: Não é medicamento que não vem na caixa de comprimido mas é análogo entendes.</p> |
| | Noção de risco na sustentabilidade da saúde | Perspetiva etária jovem | <p>JV: Acho que o pessoal está mais atento, tanto que se vê mais pessoas nos ginásios, caminhadas, corrida. Parque verde cheio de gente. Mesmo em termos emocionais já não há tanto, é certo que há pessoas que pensam que as doenças psicológicas não existem, que é tudo mania. É da cabeça mas é mesmo, a questão é essa.</p> <p>E: é a classe média.</p> <p>C: O meu pai pensa que stress é coisa de quem não tem o que fazer, que depressão é quem não tem ocupação. Impressionante como uma pessoa que estudou, que é economicamente ativa e que julga isso.</p> <p>E: mas eu também já achei isso.</p> <p>JV: Acho que cada vez vamos vendo a pessoa ao nosso lado mal e vamos percebendo isso. As pessoas têm de saber controlar-se e quando eu estive muito mal serviu um bocado para pôr certas pessoas que me rodeavam a pensar nesse tipo de problemas</p> |

Tabela 5: Interação no grupo

| Categoria | Subcategoria | Unidade de registo | Unidade de contexto |
|-----------------------|---------------------------------|--|---|
| 5- Interação no grupo | Reações às histórias contadas | Surpresa com as trajetórias uns dos outros | <p><i>JV: Acho que tomam muito mais do que podemos imaginar. Eu olhava para o E. e nunca na vida diria que tomava antidepressivos. Porque ele anda sempre animado.</i></p> <p><i>E: É normal.</i></p> <p><i>JV: Já eu, toda a gente sabe que de vez em quando ando num canto a chorar. Eu nunca diria isso dele. Lá está há muita gente que toma e ninguém sonha.</i></p> <p><i>E: E há vergonha. Seja para as coisas mais simples. Seja para as ampolas, para a concentração, para a proteína.</i></p> |
| | Pistas para próximas abordagens | Conselhos para o confronto entre o que se diz e o que se faz | <p><i>C: Quando foi o último remédio que você tomou? O meu foi ontem à noite a minha pilula. O da Joana pode ter sido à hora de almoço, o do Ricardo pode ser de há três meses atrás um brufeno para o músculo. O Henrique pode nunca ter tomado. Às vezes a pessoa com a ideia do não gosto, não gosto é a que toma todos os dias. É uma pergunta interessante para ver a nossa ideia e a nossa prática.</i></p> |
| | Reflexões internas | Considerações avaliativas sobre as perceções que se geram num grupo sobre a quantidade de medicamentos que a população universitária utiliza | <p><i>E: há pessoas que dizem que tomam proteína e depois há logo um preconceito. “Que é isso?” e as pessoas para se preservarem dessa censura e não perderem tempo a explicar uma coisa que é simples e que está esclarecida para eles. Portanto eu acho que sim. [os jovens] consomem muito [medicamentos].</i></p> <p><i>H: Não tinha essa ideia, nem sequer tinha pensado nisso. Fruto da minha experiência, como nunca tomei nunca associei uma coisa à outra. Apesar de conhecer alguns casos de colegas.</i></p> <p><i>R: Pois, é a experiência e o meio. Se passas pela experiência estás mais atenta.</i></p> <p><i>C: Nunca foi o meu contexto, nunca foi de ter medicamentos ao redor.</i></p> <p><i>JV: Eu tinha fama de obcecada porque nunca tive problemas em falar. Como nunca tive aquelas pessoas que tomam dizem-me e é por isso que eu sei.</i></p> |

2º Focus Group: Estudantes residentes em Residência Universitária da UC

Tabela 6: O que representam os medicamentos no meio universitário

| Categoria | Subcategoria | Unidade de registo | Unidade de Contexto |
|--|---------------------------------------|---|---|
| 1- O que representam os medicamentos no meio universitário | Associação semântica da palavra | Medicamento é gerador de significados multilaterais | <p>E: Melhoria do estado de saúde.</p> <p>R: A mim faz-me pensar em doença logo.</p> <p>VP: Medicamento é para passar o mais rápido possível. É o que eu penso.</p> <p>VS: Medicamento é uma coisa chata que tem de ser para melhorar uma condição que já de si é má., (...) por ser uma coisa artificial, fabricada, que normalmente não é questionada juridicamente.</p> <p>R: Não tem necessariamente que ser chato.</p> <p>VS: Não é ser chato, medicamento não é uma coisa assim agradável.</p> <p>R: Para mim é conveniente. É tares doente, para mim é uma maneira rápida e eficaz.</p> |
| | Contacto com o contexto universitário | Tipos e formas de uso | <p>M: tenho dores de cabeça e sei que o ben-uron faz efeito, e que é uma condição física minha e que não é provocada nem por um vírus nem por uma bactéria.</p> <p>B: Eu vou aceitar [medicar-se] só porque tou numa fase complicada e porque me pode prejudicar muito nos exames e no ano letivo.</p> <p>E, VS, R: Sempre [medicação] banal.</p> <p>VP: Já tive que tomar protetores de estômago mas problemas psicológicos não. Mas até mesmo problemas de cansaço, de aumentar a concentração, vejo nas farmácias montes desses medicamentos, então na altura dos exames... as farmácias fazem aquelas montras especiais, memofante...</p> |
| | Frequência da toma | Qual a última vez em que tomaram um medicamento | <p>VP: Há um mês atrás.</p> <p>V: Eu também. 'Griponal' para aí.</p> <p>M: Há um mês atrás também.</p> <p>R: Eu tomei acho que há três semanas atrás. 'Griponal' também.</p> |
| | Carater gerador de dependência | Sentido de autonomia na duração da toma | <p>VP: Se tomamos muitas vezes o mesmo comprimido contra a gripe vai haver um momento em que ele vai deixar de fazer tanto efeito e vamos ter de mudar para outro. Talvez por isso é que as farmácias estão cheias de Cêgripe, de Griponal.</p> <p>B: [os medicamentos] provocam mutação nos teus genes ao longo do tempo.</p> <p>VP: Tudo cria habituação.</p> <p>M: isso tem a ver com os fatores genéticos do vírus e das bactérias porque se tás sempre a tomar uns vai-se tornar multirresistente.</p> |

Tabela 7: Experiências de saúde/doença

| Categoria | Subcategoria | Unidade de registo | Unidade de Contexto |
|---------------------------------|---|---|---|
| 2- Experiências de saúde/doença | Bem-estar | O que é o bem-estar inserido na cultura da melhoria do corpo para o bem-estar e a saúde | <p><i>E: Tens de tar bem com o teu ser e eu também associo a saúde ao desporto apesar de já não fazer há muito tempo, antigamente era viciado. Para mim ser saudável é praticar ginásio.</i></p> <p><i>V: é tar bem.</i></p> <p><i>B: fazer exercício é bom porquê? Porque ativa certas partes do corpo, os músculos, acelera a respiração e hormonas. Eu vi um estudo que eles fizeram regularmente com pessoas que fizessem exercício físico. Uma metade fazia mesmo o exercício, a outra pensava só em fazer. E quem só pensava em fazer apresentaram as mesmas melhorias no corpo e isso do que as que faziam mesmo. Num caso ativa porque é obrigado, no outro ele tá a imaginar e a tua imaginação também ativa as mesmas coisas que ao fazer. E comigo é o mesmo.</i></p> |
| | Medicina tradicional/medicina alternativa | Abordam-se várias formas de contornar o problema | <p><i>VS: Por exemplo se tiver a garganta a doer e tomar um chá de limão com mel é agradável. É uma cena natural e eu gosto. Se tiver de tomar comprimidos, é um mal menor, não é uma coisa agradável de se fazer. O meu ponto de vista é esse.</i></p> <p><i>E: È natural, é uma cura melhor.</i></p> <p><i>M: É a medicina que existia antes de existirem medicamentos, não é...</i></p> <p><i>R: Acho que é necessário talvez primeiro recorrer aos métodos tradicionais, antigos sendo fatores leves o que nós sentimos como o caso do chá com mel e isso tudo. Se a coisa se agravasse devíamos poder ir ao médico, à farmacêutica também pode mas ir, recorrer a ajuda especializada e depois só nos tomarem a dose quando nos recomendarem.</i></p> <p><i>V: Para mim só se fosse em último recurso, depois de outras opções não resultarem, aceitaria essa [a medicação] em último recurso.</i></p> |
| | Histórias familiares | Estudantes contam exemplos da sua família para ilustrar a sua visão sobre o que implica o consumo de medicamentos | <p><i>VP: Por exemplo, eu andava a tomar os medicamentos por causa de um problema nas costelas e o problema eram as dores de estômago depois porque alertaram-me para não exagerar na dose que podia trazer-me problemas mais tarde – estomago e etc. depois tive de tomar outro medicamento para isso, mas era necessário primeiro para tratar o problema, tirar as dores, etc. só que depois aquilo iria interferir com a parte óssea. Então quando nós pensamos no medicamento muitas vezes tem a ver com os efeitos secundários.</i></p> <p><i>R: Acho que foi um valor que as pessoas sempre cresceram com isso e entretanto pessoalmente nunca questioneei muito. Estou doente tomo o medicamento. Para mim é uma coisa lógica a fazer sempre..</i></p> |

| | | | |
|--|-----------------------|---|--|
| | Diálogo médico/doente | | <p>VP: uma vez eu falei com uma médica sobre o medicamento do imodium rapid que é aquele medicamento para quando as pessoas têm diarreia travarem e não haver tanta perda de líquidos. Ela era uma cliente onde eu trabalhava e ela disse que isso era um risco enorme porque aquilo não parava a diarreia. Aquilo simplesmente parava o sistema do intestino de absorção. Desligava os intestinos. Se desligavam aquilo não funcionava. Amorteciam.</p> |
| | Pressão universitária | Diálogo leigo/perito de forma a encontrar a solução para o problema | <p>R: Então sim. Café é normal uma pessoa tomar muitas vezes para a concentração para ficar desperto para estudar. VP: Sim, o café chega porque desperta. Há ali um momento ao fim de duas, três horas de estudo que uma pessoa tá cansada e quando estávamos assim tomávamos um café e conversávamos um bocado. É uma questão de arranque digamos assim. F: comigo funciona ao contrário. O 1º café dá-me sempre sono. O 2º é que já começa. R: Se temos de nos sujeitar a outra pessoa, às vezes somos nós quem fica mal, mesmo sendo as outras pessoas os peritos. VP: Eu acredito que qualquer um de nós que vá ao médico está em enorme desvantagem. Primeiro porque os medicamentos aquilo, os termos técnicos é chinês, aquilo para nós é igual. Portanto resta-nos a palavra de quem temos à nossa frente. Se vamos ler a bula, os papéis todos, eles dizem todos o mesmo: isto faz mal áquilo e áquilo. Parece um contrato em letras pequenas que é para se esquivarem a qualquer efeito secundário. É isso que as bulas são. Nós lemos e depois se me dói a cabeça não faz mal porque tinha aqui dito que podia dar. Então se desmaiar também não me posso queixar, está aqui escrito. Então ficamos naquela de beco sem saída, então confiamos. Há uma relação de confiança extrema com o médico, é a mesma coisa com os advogados. É impossível abarcarmos esse conhecimento. Se for um comprimido para a gripe é uma coisa ligeira que faz pouco mal mas se for uma doença incapacitante acredito que os danos possam ser extremamente graves.</p> |

Tabela 8: Autonomia da informação

| Categoria | Subcategoria | Unidade de registo | Unidade de Contexto |
|----------------------------|---------------------------|---|--|
| 3- Autonomia da informação | Intervenientes na escolha | Formas de questionamento da informação | <p>R: Aquilo são duas indústrias que estão ligadas entre si. As farmacêuticas convém-lhes muito mais que as pessoas vão à farmácia comprar o medicamento que ficar em casa e tomar chá de limão.</p> <p>B: Eu acho muito irresponsável venderem medicamentos como antibióticos e antidepressivos sem prescrição médica. No caso dos antibióticos receitam-te uma carteira e é para acabares porque se tomares mais do que aquela carteira vai-te alterar muito o sistema. No caso dos antidepressivos como agora há muita gente que tem a mania que tem depressão vão lá pedir antidepressivos porque pensam que têm depressão e é uma coisa que altera muito o teu estado e venderem isso sem qualquer prescrição médica eu acho que é muito arriscado. Pode levar a consequências muito graves.</p> <p>VS: É por isso que havia uma campanha há uns tempos que dizia peça uma segunda opinião no caso da saúde e acho que é uma mais-valia. Se tens dois peritos diferentes a probabilidade de a opinião deles estar influenciada é menor. Vais às fontes buscar informação.</p> <p>VP: Nesse caso a opção é minha. Eu tomei os três e não fez efeito. Se calhar o outro é que tá certo deixa-me tentar. e o outro tava certo. Mas até que ponto eu sei se os 3 não eram de mais, 4 era o suficiente, mas também não ia tar a experimentar isso porque os medicamentos são caros e se eu tiver na experimentação o medicamento acaba e tenho de pagar mais. Depois também há o fato económico porque gastar 50 euros e aquilo não curar é chato. Tão há o fator económico, há a confiança com o médico e acho muito complicado conseguirmos gerir as coisas mas há uma grande ingenuidade do paciente em relação ao médico. Há uma entrega quase. Há uma relação de confiança que se estabelece com quem nunca vimos à nossa frente.</p> |
| | Procura de soluções | A informação é não é a primeira atitude a recorrer na reação à dor. | <p>M: Sim. Se vês um exemplo e alguém que tenha tomado esse exemplo tá bem tu vais seguir esse sucesso. Porque o nosso comportamento humano é não arriscar no que se passa. Se tu vês 6 pessoas a tomar e tá tudo bem tu vais tomar aquele e não o outro que não conheço a marca. Ninguém tomou, não vou ser eu a tomar a iniciativa de correr o risco. O ser humano prefere muito mais jogar pelo seguro a nível dos conhecimentos que consegue ter do que arriscar.</p> |

| | | | |
|--|---------------------------------------|---|--|
| | Fontes de informação de saúde | Meios utilizados para recorrer à análise do problema de saúde | <p>VP: Muitas vezes seguimos aquilo que os outros dizem. Eu comprei Griponal porque aqui o Ricardo tinha, dava efeito e eu disse vou experimentar que nem sabia da existência dele e afinal funciona melhor em relação ao cegripe que deixei de tomar porque já não tava a fazer o mesmo efeito.</p> <p>B: Até porque eles [farmacêuticos] podiam perguntar um bocado do histórico para saber se, nunca se sabe o que a pessoa que tá lá quer comprar e fazer com ele.</p> <p>R: Mas supostamente o trabalho de ver o histórico e isso é do médico. Se eles te vão vender um medicamento sem prescrição para que é que vão ver o historial?</p> <p>M: O medicamento pode ter efeitos secundários. Se tens uma alergia e é sem prescrição eles têm de perguntar. Tu vais tomar aquilo, não vês o folheto informativo do medicamento. Continuas com a alergia, como é que é?</p> <p>F: eu tenho uma tia que é auxiliar de farmacêutica há 25 anos e sabe tudo e ela é obrigada a estudá-los. E é técnica. Por isso pressuponho que os farmacêuticos também saibam. Até porque se ela tiver dúvida sobre algum medicamento novo que tenha vindo para o mercado ela pergunta ao farmacêutico e ele responde-lhe.</p> <p>M: Leio o folheto informativo.</p> <p>R: eu leio sempre e embora ainda não me tenha acontecido no caso de serem problemas mais graves em que seria e teria de tomar medicação mais pesada eu iria à internet informar-me sobre esses medicamentos. Porque acima de tudo a saúde não é uma coisa com a qual devemos brincar.</p> |
| | Decisão final | Que fatores pesam na decisão final da posologia a adotar | <p>VP: Eu já tive médicos no hospital que disseram - eu vou-lhe dar estes genéricos porque faz o efeito dos outros dois com certeza que ela não estaria a ganhar percentagem acho eu. Mas ela disse a opção é sua. Escolha.</p> |
| | Influência da IF na prescrição médica | Prescrição médica é permeável a instrumentos de publicidade de fármacos | <p>B: Médicos não, mas farmacêuticos eu tenho a certeza e tenho exemplos que sim. Chego muitas vezes à farmácia sem prescrição e vendem-me sem perguntar nada. (...) Vais tomar esta marca, não porque é o que é melhor para isso, mas porque dá dinheiro.</p> <p>M: Os médicos também têm preferência de medicamentos para dar a todas as pessoas, porque eles também não querem arriscar com os outros. Isso ocorre sem se aperceberem todos e começam a criar um lobby, um ciclo todo. Os médicos, os farmacêuticos, tudo.</p> <p>R: Se fores a ver os interesses deles, eles querem é vender fármacos, se não tiver prescrição, óbvio que vai diferir de farmacêutico para farmacêutico mas vai sempre haver aqueles que vão vender mesmo quando não se apresenta o documento necessário.</p> <p>VP: Mas isso acontece nos centros de saúde e hospitais. Vê-se a pressão da propaganda médica, aquilo entram dois doentes, vai um delegado, mais dois, mais outro delegado em cima. E nota-se que há uma pressão. Eles fazem essa pressão porque têm metas, e já se têm descoberto fraudes e descobre-se que os médicos ganham à percentagem.</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | Doentes ativos | Considerações sobre a frequência da ida ao médico e da falta de reflexividade sobre o assunto | <p><i>E: Eu penso que é difícil aceites que estás doente. Pelo menos penso assim, quando vem da cabeça, mesmo que os teus amigos digam: tu não andas bem, é melhor ires ao psiquiatra. Eu acho que esse deve ser o primeiro passo. É aceites que estás doente e pronto. Não sei se ia aceitar assim a medicação [eventualmente prescrita].</i></p> <p><i>V: Devemos sempre ter uma postura mais ativa. Os interessados somos nós.</i></p> <p><i>R: eu acho que uma pessoa informar-se individualmente nunca seria uma coisa má, especialmente no caso da saúde, estares-te a sujeitar sempre à opinião de outra pessoa é uma coisa perigosa.</i></p> |
| | O que significa ser saudável | | <p><i>VP: Mas aí tens dois conceitos: uma coisa é a saúde, outra coisa é ser saudável. Por exemplo o facto de eu ter tido este problema e ter andado a tomar durante um mês não quer dizer que não tivesse saúde. Tinha um problema e estava a resolver e era saudável. Muitas vezes o não ter saúde tem a ver com um grau de limitação fora do normal. Não é?</i></p> <p><i>M: Ser saudável não tem só a ver fisicamente, tem a ver com mentalmente. Socialmente como tás integrado no meio eu podia ser uma pessoa sem problema nenhum a nível físico e tar com uma depressão, se calhar os problemas psicológicos são às vezes piores do que os físicos.</i></p> <p><i>E: muito mais difícil tratares uma doença.</i></p> <p><i>R: Eu acho que a saúde e a felicidade não são assim tão diferentes. Foi a primeira palavra em que pensei quando ouvi saudável foi: feliz. Não tens necessariamente estar ausente de qualquer doença. Para além disso deves estar satisfeito com a tua vida, deves estar bem contigo próprio.</i></p> <p><i>E: Para mim ser saudável é praticar ginásio.</i></p> |
| | Propaganda como alterador da realidade | Conceitos de influência da configuração da realidade por parte dos meios de comunicação de massa | <p><i>VP: O ministério da saúde, o ano passado ou há dois por causa das gripes começou a fazer campanhas para as pessoas não tomarem tanto medicamento: até dá o exemplo da sopa de canja, ou do mel ou limão, tava um anúncio na TV mesmo disso para evitar que as pessoas exagerassem no consumo de medicamentos.</i></p> <p><i>(...) As farmácias, não é por acaso que se enchem de montras de medicamentos nesta altura dos exames. Aquilo tem de ter uma razão. Eles não poriam lá aquilo se aquilo não tivesse venda. É marketing. Há anúncios, medicamentos para o cérebro, para tudo, e acho que é negativo esse efeito.</i></p> |

Tabela 9: Atividade performativa do quotidiano laboral/estudantil

| Categoria | Subcategoria | Unidade de registo | Unidade de Contexto |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 4- Atividade performativa do quotidiano laboral/estudantil | Consumidores de saúde | Como serão os consumidores de amanhã | <p>R: não sei mas acho que no final de contas e como o V.P disse a escolha acaba por ser sempre nossa. Podemos ter alguma coisa que inconscientemente nos diz que, mas para mim só me diz está lá a opção porque eu é que decido, eu tenho livre arbítrio se vou realmente tomar aquilo ou não. Se tamos numa época de maior pressão, com metas a ser cumpridas aí eu acho que faz mais sentido então nós tomarmos a via rápida que é - toma-se o comprimido e desaparece. Tu estás bom, estás na tua forma de estudante para te concentrares e estudar para aquilo que queres conseguir. Agora noutras situações é que pesamos as nossas opções de maneira diferente.</p> <p>VP: Mas essa opção muitas vezes é influenciada. Porquê? Existem 4 ou 5 comprimidos para a gripe, todos eles falam em gripe. No entanto, este inverno esgotou o Griponal. Porque a TV foi bombardeada deste anúncio, mas há outros. Há o Antigripine, o Cêgripe, os vitaminas C, os efervescentes e o Griponal. E por coincidência ou não a TV bombardeia com aquele e é esse que esgota. Ou seja, em casos particulares acredito que temos escolha mas para as massas e tendencialmente a publicidade influencia muito.</p> <p>M: é como buscar um par de calças, o primeiro que vês é o que vais gostar mais. Para já sabes que aquilo faz contra aquilo e não tás para te chatear. Já vi na TV, vi muita gente a tomar olha vou levar este. Se o outro tá bom porque é que a mim não há de acontecer o mesmo? Fazes uma escolha inconsciente em grande parte.</p> |
| | Comportamento expectativa na compra | Quotidiano jovem | <p>R: Mas se tu acreditares mesmo que estás a ficar melhor e agires nisso acho que realmente então tem uma contribuição desse efeito [placebo].</p> <p>VP: Isso funciona porque se tu te mentalizares que tens uma gripe e ela está numa fase inicial quando tás de cama. Mas se tu estiveres com gripe e começares a fazer exercício físico e a passear, a levatares-te cedo e a comer bem, encarares a doença como “isto vai passar”, o teu organismo vai acionar determinadas glândulas que vão libertar mais glóbulos brancos ou assim, aquelas hormonas que combate as doenças e tem efeito. Claro que se tiver uma perna partida o efeito placebo não vai fazer grande coisa. Mas há um princípio que atua. Agora não vou adotar uma postura que é: assim que tenho um sintoma ou nego simplesmente os medicamentos ou começo a enfrascar-me de comprimidos porque senão as coisas não funcionam.</p> |

Tabela 10: Interação no grupo

| Categoria | Subcategoria | Unidade de registo | Unidade de Contexto |
|-----------------------|---------------------------------------|--|---|
| 5- Interação no grupo | Reações às histórias contadas | Surpresa com as trajetórias uns dos outros | <p>VS: Não tenho essa ideia por acaso.</p> <p>VP: É uma questão de se tar atento. O pessoal nas bibliotecas traz sempre uma caixa de comprimidos ou qualquer coisa. É só olhar para os estojos deles, isso acontece.</p> <p>VS: ai é?</p> <p>VP: Bebidas energéticas, cafés e outras coisas acontece.</p> <p>(...)</p> <p>F: mas isso tem de ter prescrição, é muito grave.</p> <p>R: Mas ele está a dizer que já aconteceu com ele.</p> <p>B: Não vendem.</p> <p>F: Se acontecer alguma coisa quem é o responsável, sou eu ou a farmácia?</p> <p>R: A farmácia.</p> <p>V: Mas imagina que, de facto, a pessoa tem um certo problema psicológico, não é o que o medicamento resolve, mas devido a esse problema faz com que a pessoa vá procurar esse medicamento e então a pessoa tá a fazer uma coisa que é consequência da sua doença por assim dizer.</p> <p>R: Não é inimputável.</p> |
| | Contacto com o contexto universitário | Tipos e formas de uso | <p>VP: Isso [efeito placebo] existe.</p> <p>V: Tem um efeito bastante poderoso. Mais poderoso que muitos medicamentos que são considerados pela substância que têm, acho que esse efeito é bastante forte.</p> <p>M: Mais poderoso que qualquer medicamento.</p> <p>R: Acho que se a pessoa acreditar que está a melhorar.</p> <p>V: Melhora mesmo.</p> <p>R: Com um certo limite vai melhorar, obviamente que o efeito placebo não vai fazer tudo.</p> |

| | | | |
|--|--------------------|--|--|
| | Reflexões internas | <p>Considerações avaliativas sobre as percepções que se geram num grupo sobre a quantidade de medicamentos que a população universitária utiliza</p> | <p><i>VP: Eu acho muito estranho esses medicamentos funcionarem mas quem tomou e já conheci pessoas que tomavam diziam que faziam efeito. Nisso se eu tomar um café antes de estudar fico desperto e corre tudo bem.</i></p> <p><i>E: Será que não será efeito placebo mesmo?</i></p> <p><i>M: É, aquilo não faz efeito.</i></p> <p><i>VP: Não sei, mas eles [os amigos] diziam que sim.</i></p> |
|--|--------------------|--|--|

ANEXOS

ANEXO I

Guião e notas substantivas do debate realizado na UP

| | |
|-------------------------------|---|
| Local | O que se vê, o que se ouve, possíveis interações verbais sobre o local; |
| Objeto | Neste caso o Autocarro, o seu modelo, a disposição dos bancos, qual a sua capacidade |
| Pessoas | Organização espacial- as suas posições no objeto; idade, sexo, modo de vestir, aparência física |
| Atividades dentro do contexto | A observar |
| Acontecimentos | Elementos de discussão, trabalho, lazer, modos de vida |
| Atos | Ações individuais – motorista e passageiros, conceitos usados, objetivos |
| Sentimentos | Emoções, estados de espírito, interações |
| Tempo | Sequência dos tempos, neste caso duração do trajeto, entrada e saída de pessoas |
| Relação com o corpo | Códigos de comportamento e de estar, como se posicionam |
| Expressões/Interações | Ritmo, maneiras de estar, de dizer e fazer |

Debate Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto 18/05/2015

FEUP, Sala B119

Tema: Esta Casa, enquanto estudante universitário, consumiria estimulantes farmacêuticos.

Metodologia: Participação observante de Claude Javeau: um membro do grupo, que participa habitualmente nas atividades, assume o estatuto de observador.

. Linguagem do grupo em estudo.

O investigador observa locais, objetos e símbolos. Pessoas, atividades e comportamentos. Interações verbais, maneiras de fazer, estar e dizer. Situações, ritmos. Análise do não-verbal: códigos de comportamento, relação com o corpo, organização espacial.

Perguntas de observação a ter em atenção:

- Como reagem ao tema proposto?
- Já não sou estranha ao grupo. Facilidade de entrada.
- Informações dependem da interação social.
- Argumentos utilizados. Como chegaram lá.
- Forma do debate
- A minha presença perturba o normal decurso do debate?

Estamos numa das salas de aula da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto com 35 cadeiras, dispostas em 4 filas. São 19h e o debate estava marcado para uma hora antes. Há medo por conta de alguns participantes que vêm pela primeira vez. Não havia participantes suficientes ao início. À partida o modelo não quer dizer que as pessoas nos seus ideais sejam defensoras do que estão a dizer. Receio do primeiro estudante a identificar-se. Problema relativo à moção por não saberem o que quer dizer estimulante. Fico dentro da sala enquanto eles preparam o tema em 15 minutos. Algumas equipas escolhem os bancos circundantes do átrio e corredor para planificarem o que cada uma vai dizer em 7 minutos. Entro e explico o meu propósito. Alguns têm pena que seja confidencial. A disposição da sala varia conforme o funcionamento das posições. Sentam-se as equipas do Governo do lado esquerdo e da Oposição do lado direito. A adjudicação demorou 75 minutos e o debate 1h11.

O G. é o primeiro a falar. Todos batem na mesa ao mesmo tempo, como já é de código e norma do debate competitivo. Começam a bater palmas também. G. começa por definir estimulantes como comprimidos que ajudam a estudar. Define-o dizendo que, como proponente do governo, deve ser feito um consumo moderado, já que o vício é que conota o medicamento como droga. G. identifica o problema que leva ao consumo dos mesmos: as avaliações que criam pressão. Gesticula de forma redonda com os braços a rodar e de forma a incentivar a construção de ideias. Está um pouco confuso, e pega na caneta como muleta, agitando-a sem se aperceber. Daqui de trás, o elemento do 2º Governo rói as unhas. Não olho para o G. porque já percebi que o perturbo. A certa altura os vários membros ajudam-se mutuamente, já que G. confessa que não sabe o/os nomes de fármacos, porque não os consome. Fala da pressão e do chamado efeito placebo. Só em

alturas específicas é que acha normal o uso. A caneta perturba a audição. Está agitado. É bom usar os fármacos para estimular a competitividade: “estes fármacos não nos fazem mal à saúde”. Confusão entre fármaco e droga. Expõe o caso do seu próprio curso. Usa muitas vezes a palavra “pessoal” de forma a se sentir próximo dos seus pares e de ter uma linguagem mais íntima e não tão formal como o código correto do debate exige.

A discussão começa a girar em torno do emprego e da necessidade de competir na universidade para depois ter um melhor trabalho. O resto dos participantes continua a escrever e apontar os argumentos dos outros. O medicamento é encarado como que o salvador, ao mesmo tempo que é sinónimo de fraqueza. Um acrescento ao que a pessoa é. Até agora os participantes não têm conhecimento dos efeitos do fármaco. H.C. diz que viveremos num mundo irreal se todos consumirem estes fármacos e que os resultados serão momentâneos. (esta frase gera debate interno entre as casas). O estimulante é olhado apenas como retentor de informação. H.C. mostra falhas na defesa do seu lado de oposição e nota-se que é adepto da outra parte. Não chega a cumprir os 7 minutos de discurso que são a regra.

Logo de seguida, o parceiro de G.C., o G.E. fala em capacidade, confiança. São as palavras que utiliza mais do que uma vez. Este orador é mais certo do que está a afirmar. Mais lógico na forma de se fazer entender. O debate continua na questão do emprego. “Estimulantes não são memória de longo prazo. São auxiliares. Os melhores.” Brusquidão de uma pergunta por parte de Pedro Múrias (ouvir gravação). Dá o exemplo do curso de Medicina. Os médicos mais competentes são-no porque assimilam melhor a matéria. Adjudicadores abrem a boca. Até aqui estavam a apontar tudo o que os oradores diziam. Estimulantes continua a ser a palavra utilizada que ninguém ainda quis ou ousou designar. A sociedade fica mais capaz e ganhadora. Irão haver aumentos de produtividade no dia-a-dia.

Na outra bancada, R. levanta-se para dar início à sua contestação do anterior discurso, põe-se do lado da sua mesa, e não adota o local escolhido pelos outros que era em pleno centro da sala, na mesa onde é costume ficar o professor. Bate na mesa ao expor os seus pontos. Argumenta que as principais descobertas foram feitas sem o apoio dos

fármacos. Passada a primeira palma de 1 minuto logo o Gustavo se levanta. Rita diz que é preciso ter fé nos objetivos. O debate continua no problema de qualificações para o trabalho. O Homem é que criou o estimulante. É incisiva na maneira como coloca as mãos de forma a apontar num sentido que será o correto. O stress tem de ser uma coisa gerida por nós. Poderemos tornar-nos numa espécie sob doping: uns tomam e outros não? As indústrias farmacêuticas enriquecem: “não será uma das formas?”, atira. Questiona sem ter a certeza disso. O seu discurso é o que gera mais discórdia. Está nervosa pela visibilidade. Os medicamentos tornam-nos máquinas? Isto é a substituição do fármaco pela capacidade humana. A partir daqui o discurso começa a girar em volta do mesmo. De destacar a importância que se dá à tecnologia ao invés da confiança na condição e querer humano. Preferir isso áquilo que nós somos? Estudante é mais uma forte de personalidade se fizer as coisas por si só.

P.S. é perentório em dizer que uma coisa é o fármaco, outra é a capacidade de ensino e de aprendizagem, que é preciso nivelar. Criar uma unidade de padrões com o fármaco. As capacidades inatas revelam-se com o fármaco – esta “droga” afirma ele colocando as mãos entre aspas. O fármaco tem como objetivo tornar o estudante mais capaz. De carácter pontual. O fármaco promove eficiência. São as capacidades dos indivíduos que devem prevalecer e não a média de notas do mesmo durante a faculdade. O fármaco como um auxiliar que traz e poupa tempo, aumenta a produtividade. Pedro desconcentra-se com um elemento que está à sua frente e se ri. Anda de um lado para outro. Balança-se. Fala de efeitos secundários dos medicamentos mas não especifica. Fármaco que potencia capacidades inatas em que nos preparamos para o período fértil da nossa vida. Pedro tem um tom calmo, monótono e passa o discurso a olhar para Rita. A sala tem boas condições. É neutra, branca e cinzenta.

A câmara baixa do lado da oposição toma a dianteira. M.J. começa por satirizar ao dizer que os estimulantes são um amigo para a vida. Lê o debate e afirma que o que foi dito é que se podem tomar estimulantes a vida toda, mas que ainda não se aperceberam de como isso pode ser mau. Primeiro: porque pode ser um placebo: desperdício de dinheiro. Um lobby das farmacêuticas à custa de pessoas ingénuas que precisam de tomar coisas de que não precisam. Tratam-se de vários agentes que querem a dependência. O problema

não é do fármaco, é do sistema. Aprender é diferente de ter boas notas. Quem toma normalmente quer reforçar as notas no fim de semestre. À pressão. Usa o seu próprio exemplo. A capacidade inata tem de vir de dentro. Com método. Sem auxiliares. O sistema abusa enquanto se deixar que abuse. Quanto à fé e confiança abordadas aconselha a que se visite um psicólogo antes de começar a tomar tretas.

O G.C., o primeiro a falar do debate, sai da sala e vai-se embora, ao mesmo tempo que G.S. reafirma o facto de o fármaco dever ser usado e olhado como acréscimo. Chuta o chão. Balanceia e traz as mãos em jeito de triângulo. Fármaco como “arma”. Mariana e colega discutem à minha frente. Guilherme nega os efeitos colaterais dos fármacos. (faltou falar do vício, adição dos fármacos). Insiste na ideia de se ganhar mais tempo com o fármaco, porque diminui o tempo despendido a estudar e maximiza o tempo disponível. Individualmente não estamos melhor, mas coletivamente sim. Fármacos como auxiliares em tudo. Se podemos fazer mais porque não ter ajuda. Faz sentido estar melhor. Fármaco como melhoramento de capacidades. Tudo depende da filosofia e valoração do estimulante. Este foi definido como não tendo nenhum efeito colateral. É o lobby farmacêutico que movimenta descobertas. Podemos criar um método a partir da medicação, do seu horário de toma.

P.M., o elemento mais velho do grupo usa o seu exemplo próprio, na sua longa carreira universitária e como estudante trabalhador para afirmar que nunca necessitou de consumir estimulantes. Ironiza ao dizer que ninguém ia criar habituação. Danos para a saúde, sociedade e mercado. Chama suplementação aos constituintes dos estimulantes: como se fossem uma questão de marketing de não desenvolvimento em prol da humanidade. Lucro, como banha de cobra. Há fortes probabilidades de adição. Discurso muito certo de si, seguro, correto em termos de vocabulário. Definição de limites: o que vai ficar na memória das pessoas? No ponto de vista de formação das pessoas o Estimulante é igual a aditivo. O que vai criar uma vida profissional muitíssimo mais stressante. Irão precisar ainda mais dessa ajuda suplementar. A pessoa deve saber procurar o seu conhecimento. Brinca com a lucidez do estudante. O estudante que define como método a toma do estimulante para o seu rendimento também consegue definir a etapa conseqüente sem precisar de ajuda.

Termina o debate. Os elementos cumprimentam-se e saem. Eu fico porque preciso de ver qual a percepção dos juizes e de como eles chegam à classificação de equipas. Os juizes ficaram agora sozinhos na sala. Não trocaram uma única palavra durante o debate. Começam logo por definir o ranking de lugares a atribuir e logo aí discordam. Têm posturas diferentes. L.T. e C.T. discordam desde o início, e isso faz com que a discussão se centre só entre estes dois elementos. Não esgrimem argumentos só querendo dar lugares. Consideram todos que faltou ao debate o porquê da decisão individual de tomar fármacos. Que os elementos se perderam no porquê do fármaco e não no porquê da decisão. L.T. é claramente a mais expressiva e impaciente por não ter ouvido no debate a explicação que queria ou que ela própria teria dado.

Abordam um conceito para mim desconhecido de backstabbing dentro do próprio debate : declaram trejeitos de conhecerem os amigos que debateram e isso é especialmente perceptível pelas críticas que apontam, que, no fundo se tornam críticas à personalidade e não ao discurso. L.T olha diretamente para G.B. Muda de lugar e posiciona-se na fila ficando defronte do resto da equipa. A mais de 23 minutos a discutir, o H.C., elemento da primeira equipa da oposição, entra para saber se já há decisão, mas não há. Vão adiando a discussão e perdem-se em piadas para com eles. A adjudicação termina ao fim de quase uma hora. Segue-se a classificação de resultados, mas eu saí antes para entender o que os participantes tinham achado do debate. Notei que ainda havia uma grande confusão, mesmo no fim, entre o que é o efeito placebo e o que é a expectativa relativos ao medicamento. Todos estão ansiosos e cansados por estarem à espera do resultado. Encontro-os no fim do corredor. P.M. é o que se destaca a falar por querer dar visibilidade ao seu caso e ao seu trabalho em questão dado que lida com terapias que também têm de responder a questões de expectativa grupal, o caso da aromaterapia. Ele é o primeiro a afirmar que a conjugação de cheiros e sabores cria uma atmosfera propensa ao relaxamento, à energia e a outras propriedades que a pessoa queira para se sentir melhor.

Anexo II

Guião *Focus Group*

1. Digam-me o vosso nome, o que estudam e onde já trabalharam. Conte-nos em 30 seg. sobre um presente, dado ou recebido, que tenha sido memorável.
2. Quando ouvem a palavra medicamentos do que se lembram em imediato?
3. Como tem sido a vossa experiência/ contacto com medicação na vida universitária? Episódios. Exemplos.
4. O que significa para vocês ser-se saudável? Ter saúde?
5. Peço-vos que voltem uns anos atrás. Fizeram alguma alteração no vosso modo de vida derivado à universidade? Alguma alteração nos hábitos pessoais?
- 5^a. O que motivou essa mudança?
6. Sentem algum tipo de pressão por trabalhar e estudar ao mesmo tempo?
7. Suponham que o vosso médico vos diz que estão com um problema psicológico e necessitam de o resolver tomando medicação. Aceitá-la-iam?
- 7^a. Como procurariam informação sobre o vosso estado de saúde?
8. Sentem algum tipo de pressão por parte da Indústria Farmacêutica para o aumento da venda de medicamentos? Qual consideram ser o papel dos médicos nesta questão?
9. A quem pedem informação, ou onde a recolhem, para comprar determinado medicamento?
10. Acreditam que os estudantes são um grupo etário que consome muitos medicamentos?
11. Aceitam que todos os problemas de saúde sejam melhorados/ reduzidos com medicação?
12. Como se sentem ao automedicar-se?

13. Enquanto estudantes, ou trabalhadores, já tiveram necessidade de utilizar algum estimulante cognitivo farmacêutico ou natural para se concentrarem, dormirem, acalmarem ou aumentar a energia?

14. As capacidades internas do nosso corpo e o nosso físico podem ser melhoradas com fármacos?

15. Questão final e sumária. Estou a tentar perceber as trajetórias terapêuticas dos estudantes, que se fazem nesta idade de pressão de resultados. Que conselhos têm? Haverá alguma coisa que tenha ficado por dizer? Têm algum conselho sobre o que podemos melhorar e questionar?

Anexo III

Caracterização das pessoas entrevistadas

Gonçalo Canelas – 22 anos, 4º ano Economia, UP

Gustavo Emanuel- 19 aos, 1º ano Economia, UP

Henrique Correia – 19 anos, 1º Ano Engenharia Metalúrgica e de Materiais, UP

Rita Valongueiro – 20 anos, 3º Ano Economia, UP

Guilherme Sousa – 22 anos, 4º Ano Economia, UP

Pedro Santos – 19 anos, 1º Ano Economia, UP

Mariana Julião – 24 anos, Mestre em Engenharia da Informação, UP

Pedro Múrias- 32 anos, Estudante de Doutoramento em Estudos Africanos, UP

Luísa Taveira, 30 anos, Licenciatura em Biologia, UP

Maria Cunha, 22 anos, 2º Ano Psicologia, UP

Guilherme Baptista, 22 anos, 3º ano Gestão, UP

Cláudio Teixeira – 24 anos, 2º Ano Mestrado em Direito, UC

Eugénio Costa – 24 anos, 4º Ano Direito, UC

Joana Valéria – 25 anos, Mestrado em Arqueologia, UC

Jackeline Rozeno – 29 anos, 2º Ano Mestrado em Sociologia, UC

Carolina Zopi – 31 anos, Mestrado em Gestão de Empresas, UC

Henrique Loulé – 26 anos, 1º Ano Mestrado em Direito, UC

Ricardo Matias – 24 anos, 1º Ano Mestrado em Energia para a sustentabilidade, UC

Mariana Esteves – 24 anos, 6º Ano Medicina, UC

Ricardo Laborda- 22 anos, Química, UC

Bruno Sousa - 19 anos, 1º Ano Estudos Clássicos, UC

Emanuel Charana – 26 anos, 1º Ano Mestrado em Arqueologia e História, UC

Marco Alberto – 21 anos, Engenharia Física, UC

Fernando Marques – 21 anos, 3º Ano Direito, UC

Valter Sousa – 27 anos, 2º Ano Mestrado em Arquitetura, UC

Valter Paiva – 32 anos, 1º Ano Mestrado em Arqueologia, UC