



---

ÁREA TEMÁTICA: Saúde, Corpo e Sexualidade

---

Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: reflexões metodológicas<sup>1</sup>

---

RAPOSO, Hélder  
Mestre em Sociologia  
Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa  
helder.raposo@estesl.ipl.pt

---

LOPES, Noémia  
Doutorada em Sociologia  
Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz  
noemia42@hotmail.com

PEGADO, Elsa  
Mestre em Sociologia  
CIES/ISCTE  
Elsa.Pegado@iscte.pt

CLAMOTE, Telmo  
Licenciado em Sociologia  
CIES/ISCTE  
telmoclamote@net.sapo.pt

### Resumo

No âmbito de um projecto de investigação em curso sobre “medicamentos e pluralismo terapêutico”, em que se procura explorar analiticamente o espectro de formas de pluralismo terapêutico actualmente emergentes, bem como as modalidades de activismo leigo e de reflexividade em que esse mesmo pluralismo assenta, pretende-se com esta comunicação dar conta de algumas reflexões metodológicas decorrentes das várias fases do processo de recolha de informação.

Esse processo foi levado a cabo em diferentes contextos de inquirição (Centros de Saúde, Lojas de Produtos Naturais e Clínicas de Medicinas Alternativas) e desdobra-se em 2 fases principais. Na primeira fase essa recolha foi feita através de um inquérito por questionário com o propósito de traçar um retrato sociográfico de pluralismo terapêutico, e na segunda fase essa recolha será feita através de entrevistas em profundidade a alguns dos anteriores inquiridos, com o objectivo de captar indirectamente as “processualidades”, as “lógicas cognitivas” e o tipo de saberes mobilizados em matéria de opções terapêuticas.

Palavras-chave: Medicamentos; pluralismo terapêutico; metodologia





## Enquadramento e delimitação dos objectivos do projecto

No contexto das sociedades contemporâneas, tem-se vindo a assistir a uma crescente pluralização da oferta dos recursos de saúde, bem como a uma crescente variedade dos consumos terapêuticos, o que é desde logo sugestivo da importância que esses mesmos recursos têm vindo a assumir na gestão quotidiana da saúde nos universos leigos. De facto, a par do crescente recurso ao uso de medicamentos<sup>2</sup> é também frequente o uso dos chamados medicamentos naturais, ao mesmo tempo que cresce o mercado dos designados nutracêuticos, isto é, de produtos alimentares considerados como tendo propriedades preventivas<sup>3</sup>. Tendo em conta este panorama, cabe perguntar como é que a população se reajusta a essa oferta. Como é que esse pluralismo da oferta se traduz em novas formas e modalidades de consumo ancoradas em lógicas de racionalidade leiga que se disseminam nos universos leigos? Quais são, em suma, os tipos de relação leiga com a diversidade da oferta?

Com efeito, em termos de investigação sociológica são já diversos os estudos sobre as práticas e representações sociais acerca dos medicamentos, tanto os de base “farmacológica” como os naturais, (Britten, 1996; Williams & Calnan, 1996; Gabe & Bury, 1996; Sharma, 1996; Lopes, 2003). Todos eles tendem a apontar para a crescente reflexividade leiga face à diversidade de opções terapêuticas actualmente disponíveis. Tais estudos, porém, não têm dado conta do modo como se articula e organiza, nas vivências quotidianas, a coexistência eclética de consumos terapêuticos de natureza diversa. Designadamente, não se têm orientado para a investigação sobre os modos como se configuram os mapeamentos leigos acerca, quer da eficácia, quer do risco, atribuídos aos diferentes meios terapêuticos, nem sobre as lógicas e racionalidades sociais em que as diferentes opções e formas de consumo se inscrevem.

Por serem ainda muito escassos - sobretudo em contexto nacional - os estudos orientados para uma abordagem integrada, e com base em pesquisa alicerçada em evidência empírica, sobre o modo como se organizam, articulam e hierarquizam as escolhas leigas face ao crescente pluralismo da oferta de recursos terapêuticos, o projecto de investigação que nos encontramos a desenvolver pretende constituir um contributo efectivo para colmatar essa lacuna, na medida em que se procurará conhecer, a partir das vivências reais quotidianas, os critérios que presidem à opção entre possibilidades terapêuticas. Nomeadamente, conhecer quais os critérios leigos de credibilidade das fontes de informação, assim como os critérios de eficácia terapêutica e de avaliação das probabilidades de risco, que presidem às práticas terapêuticas adoptadas. Como corolário, pretende-se dar visibilidade ao conteúdo social e à natureza construída dos saberes leigos que alicerçam e (auto) legitimam as opções de gestão terapêutica.

Assim sendo, e tendo como pano de fundo as actuais, e já referidas, formas de pluralismo terapêutico, muito marcadas por consumos ecléticos<sup>4</sup> que são caracterizados por uma ausência de lealdade a uma terapêutica em particular - e a que certamente não serão alheias as mudanças culturais nas expectativas sociais sobre a saúde enquanto maximização do bem-estar<sup>5</sup> -, parecem tornar-se cada vez mais nítidos os contornos daquilo que poderíamos, provisoriamente, designar de transição de “paradigma” nos comportamentos leigos de gestão terapêutica, e cuja matriz remete para um crescente activismo reflexivo. Tal “paradigma” caracteriza-se por novas formas de pluralismo terapêutico, as quais congregam recursos terapêuticos de desigual natureza e de desigual legitimidade institucional. A gestão desse pluralismo congrega a articulação entre formas tradicionais (e residuais) de confiança e de passividade leiga com um crescente activismo reflexivo. Acresce que as diferentes formas de pluralismo afiguram-se, por sua vez, indissociáveis dos desiguais recursos materiais e simbólicos mobilizáveis pelos diferentes grupos sociais, assim como dos seus estilos de vida e das diferentes circunstâncias de saúde em que as opções terapêuticas ocorrem, até porque os saberes leigos não são nem homogêneos, nem universalizáveis, justamente porque são saberes construídos em quadros de contingências pessoais e sócio-culturais diversas.



No que concerne ao desenho analítico que subjaz a esta investigação, importa destacar a noção de produção dos saberes leigos de saúde como um dos principais pilares teóricos que abre para possibilidades de análise importantes. A noção, conceptualizada por Baszanger (1986; 1998), de “*saberes construídos*” aponta para uma articulação entre a experiência leiga prática e a assimilação e reelaboração de informação pericial, concretizada nas opções quotidianas. É uma noção que se afigura como um instrumento analítico central para se captarem as lógicas e racionalidades leigas que presidem às opções e práticas terapêuticas, particularmente no que respeita às concepções e percepções do risco. E, sobretudo, permite problematizar o modo como a natureza compósita das aprendizagens e teorizações leigas terapêuticas estabelecem indeléveis elos e distinções entre universos periciais e universos leigos.

Um outro contributo analítico relevante é a noção, teorizada por Barbot & Dodier (2000), de “*instâncias de legitimidade*”, a qual remete para uma hierarquização da credibilidade leiga atribuída às diversas fontes e sistemas de informação. Os diferentes critérios mobilizados para tal hierarquização constituem matéria para o questionamento, no caso específico do pluralismo terapêutico, acerca dos sistemas de referência que prevalecem em cada situação concreta de gestão terapêutica. Neste sentido, afigura-se como relevante a indagação quanto à possibilidade de se poderem apresentar diferenciadas as instâncias de legitimidade relativas à adesão às terapêuticas medicamentosas e às não medicamentosas<sup>6</sup>. A forma como tais instâncias confluem ou concorrem é outro dos parâmetros cujas potencialidades heurísticas permitirão dar conta dos modos de gestão da incerteza que assinala a modernidade e a mudança nos quotidianos de saúde.

Todavia, e não obstante a acumulação existente de referenciais teóricos para a exploração analítica do actual pluralismo terapêutico, continua sem se conhecer a configuração sociológica que o mesmo assume nas vivências leigas quotidianas. Pesquisá-lo é também um contributo para um conhecimento mais sustentado sobre os processos sociais que estão a dar lugar a novas modalidades de autonomia leiga face aos sistemas e agentes periciais da saúde.

## **1. “Captar” o pluralismo terapêutico: as opções e as estratégias metodológicas**

Com o objectivo analítico de explorar o espectro de formas de pluralismo terapêutico actualmente emergentes, bem como as modalidades de activismo leigo e de reflexividade em que esse mesmo pluralismo assenta, torna-se importante definir as estratégias metodológicas adequadas aos objectivos da presente investigação, assim como tomar opções que sejam orientadas por imperativos de operacionalização relativamente à escolha dos contextos de inquirição e à forma da recolha de informação indispensável ao empreendimento analítico que se encontra subjacente a esta incursão pelo terreno compósito e heterogéneo das novas formas de pluralismo terapêutico. Nesse sentido, importa referir que as principais etapas deste trabalho consistem, numa primeira fase, em traçar um retrato “sociográfico de pluralismo terapêutico”, em que através do recurso ao inquérito por questionário acedemos aos padrões de pluralismo que se procuram “captar”, e numa segunda fase, em reconstituir e descodificar, através da técnica da entrevista, as lógicas e racionalidades dos consumos terapêuticos identificados no questionário, pelo que o acesso às “processualidades” se afigura como fundamental para contextualizar essa informação.

É, no entanto, pertinente esclarecer que o inquérito por questionário não se esgota numa simples sociografia de práticas e consumos, dado que se assume como uma sociografia com um pendor mais analítico e não meramente descritivo, ou seja, não dispensa, mesmo que em termos razoavelmente exploratórios, a inclusão de variáveis e indicadores sobre os saberes e as percepções do risco, o que permite enquadrar de forma mais efectiva as práticas e contribui para a sua indispensável contextualização analítica. Nesse sentido, para além de se assegurar a inclusão de um número bastante exaustivo de questões que se desdobram em indicadores sobre as práticas efectivas em termos de consumos



terapêuticos (medicamentos de base farmacológica, medicamentos naturais, nutracêuticos, tratamentos não medicamentosos de medicinas alternativas e tratamentos caseiros), são também incluídos no questionário alguns indicadores que, ao se centrarem nas percepções de risco e eficácia, bem como nos saberes (remetendo sempre para um medicamento ou para um produto terapêutico em concreto, que o inquirido esteja a tomar ou tenha tomado), permitem ir avançando exploratoriamente na identificação de “itinerários” de pluralismo terapêutico, cujas lógicas e racionalidades, não obstante algumas possibilidades de mapeamento, só podem ser aprofundadas e devidamente reconstituídas em contexto de entrevista. De facto, é fundamentalmente através do recurso privilegiado às entrevistas que se torna viável obter informação suficientemente aprofundada para traçar as actuais trajectórias e configurações sociais dos comportamentos de pluralismo terapêutico. Em particular, informação que dilate o horizonte de interpretação teórica e de evidência empírica sobre toda a processualidade social inerente às lógicas e racionalidades leigas no âmbito do pluralismo terapêutico, que a estrutura da informação por questionário só de forma parcial e relativamente difusa consegue captar.

Neste sentido, as entrevistas serão “semi-directivas”, colocando-se a primazia na espontaneidade das narrativas leigas acerca das próprias experiências e vivências terapêuticas, embora o guião de entrevista esteja organizado em torno das dimensões dirigidas à identificação das modalidades de articulação dos consumos terapêuticos, à diversidade dos processos de elaboração cognitiva e às “instâncias de legitimidade” convocadas em cada situação concreta. Quanto ao acesso aos entrevistados este será feito, primeiramente, através de contacto telefónico (pedido aquando da aplicação do questionário) para ser marcada a data e local de realização da entrevista. Este aspecto afigura-se importante, dado que através deste procedimento garante-se a unicidade das unidades de análise, ou seja, torna-se possível fazer recair as diferentes dimensões analíticas sobre os mesmos indivíduos, o que constitui uma mais-valia teórica e metodológica para a comparação entre consumos terapêuticos. Desta forma torna-se possível reconstituir as articulações e mapeamentos terapêuticos elaborados no quadro das racionalidades leigas, o que até agora não tem sido possibilitado pelos estudos segmentados em torno de consumos exclusivamente farmacológicos ou exclusivamente não farmacológicos. Com esta opção, não só é possível testar a exequibilidade das abordagens integradas sobre dimensões analíticas tradicionalmente mantidas separadas (consumos farmacológicos *versus* terapêuticas alternativas), mas também explorar as virtudes do recurso conjugado a técnicas quantitativas e qualitativas (ou extensivas e intensivas) de recolha de informação.

### 1.1. Sobre os contextos de inquirição

Relativamente aos contextos de inquirição, a sua escolha obedeceu a dois critérios fundamentais. Por um lado, a definição dos espaços que garantem as possibilidades de se aceder a populações que se encontram em espaços institucionais de prestação de cuidados periciais, mas também em locais de aquisição de recursos terapêuticos; e, por outro, levar em linha de conta parâmetros sócio-geográficos que permitam delimitar os contextos empíricos em torno de um eixo que permita estabelecer análises comparativas entre uma matriz rural (com traços de interioridade geográfica) e uma matriz urbana.

Neste sentido, portanto, foram estabelecidos contactos com Centros de Saúde, Clínicas de Medicinas Alternativas e Lojas de Produtos Naturais, tanto em contexto rural como em contexto urbano – o primeiro correspondendo à Região de Lisboa e o segundo à Região da Guarda. As razões substantivas que justificam, em primeiro lugar, a escolha das unidades de observação, prendem-se com o facto de os contextos institucionais não só facilitarem a aplicação dos questionários - funcionando como factor de credibilidade para os inquiridos quanto ao carácter não comercial dos objectivos da informação a recolher, e assim garantir uma mais espontânea adesão da sua parte<sup>7</sup> -, mas também porque permitem abarcar a população que está a procurar cuidados periciais (ortodoxos ou de medicinas alternativas), e que eventualmente estará com menor predisposição (conjuntural) para o “auto-tratamento”. Nos restantes



contextos de inquirição (Lojas de Produtos Naturais) aumenta a probabilidade de se encontrarem as predisposições (conjunturais) para o auto-tratamento, além de serem contextos que, eventualmente, podem assegurar uma maior representatividade de comportamentos terapêuticos mais heterodoxos, dado que oferecem garantias de se encontrar quem está activamente à procura de recursos terapêuticos classificados nessa tipificação. A inclusão destes diferentes contextos, mesmo que com expressões percentuais diferentes, tem a potencialidade analítica de permitir verificar *a posteriori* a hipótese da existência de padrões de pluralismo terapêutico distintos entre os utilizadores de cada um destes espaços.

Quanto ao já referido critério sócio-geográfico, as razões que estão subjacentes a esta opção traduzem a existência de um objectivo analítico orientado para a determinação das persistências, ou para a diluição, de um recorte entre universos urbanos e rurais no que respeita às lógicas leigas de orientação ao nível dos consumos terapêuticos. Tal objectivo assume particular relevância no contexto da sociedade portuguesa, quer pela escassez de estudos sociológicos comparativos no âmbito da saúde, quer pelas assimetrias de cobertura sanitária que persistem entre contextos urbanos e rurais. Esta panorâmica comparativa, num país onde ainda subsistem fortes dualismos regionais nos indicadores institucionais de saúde, tem o potencial de acrescentar relevância ao âmbito desta investigação.

No que especificamente diz respeito à aplicação do inquérito por questionário, importa referir que a recolha da informação através deste instrumento se desdobra por duas fases distintas, cada uma delas reportando-se a diferentes amostras da população portuguesa. Assim, numa primeira fase, em que o principal objectivo não é tanto o de fazer um “retrato” representativo dos padrões de pluralismo terapêutico actualmente existentes, mas fundamentalmente a captação da densidade dessas práticas através da contextualização analítica e da reconstituição dos itinerários desse pluralismo, seleccionou-se uma amostra não representativa da população que fosse coerente com o critério da delimitação sócio-geográfica já referido. Nesse sentido, embora as intenções de representatividade não tenham sido um imperativo, foram, todavia, definidas cotas relativamente ao critério etário (entre os 18 e os 70 anos) e também ao número total de inquéritos a aplicar em cada um dos espaços seleccionados.

Numa segunda fase, que se encontra neste momento a decorrer, a aplicação do inquérito já é de carácter nacional. Foi, para esse efeito, definida uma amostra representativa da população residente em Portugal Continental, distribuída proporcionalmente pelas várias regiões nacionais. A amostra é constituída por 1500 indivíduos com idades compreendidas entre os 18 a 70 anos e estratificada por idade, sexo, instrução e região. Esta fase do estudo já tem como objectivo traçar um quadro panorâmico e representativo das práticas e perfis de pluralismo terapêutico, pelo que constituirá uma mais-valia na produção de conhecimento sociológico, empiricamente validado, sobre a expressão nacional do fenómeno em estudo.

## **1.2. Sobre a construção dos indicadores e outras “contingências” metodológicas**

Uma questão importante que de forma transversal marcou a fase de elaboração do inquérito por questionário foi o processo de construção dos indicadores das práticas e consumos terapêuticos. Com efeito, tratou-se de um trabalho complexo, na medida em que se procurou abranger da forma mais exaustiva possível o leque muito variado de recursos terapêuticos existentes, mas também, e sobretudo, encontrar as nomenclaturas mais exactas para classificar e categorizar os já referidos recursos. A questão da linguagem foi, justamente, uma das mais sensíveis. Desde logo porque rapidamente nos demos conta que, apesar de o objectivo principal consistir em tentar analisar e compreender como é que a população leiga lida com a crescente variedade da oferta em termos de recursos terapêuticos, o facto é que nos encontrámos na contingência de construir o inquérito por questionário, utilizando, na maior parte das vezes, categorizações que se aproximam bastante de nomenclaturas consagradas no âmbito dos cuidados médicos. Numa investigação que privilegia as racionalidades leigas, esta é, sem dúvida, uma questão



complexa, dado que a própria noção do que é que é terapêutico, e quais as razões e as lógicas que estão subjacentes ao uso dos diferentes recursos disponíveis, são potencialmente muito diversificadas, não obstante o grau de familiarização com os serviços de saúde e com os cuidados médicos que geralmente se assume ser um dos traços característicos das populações das sociedades contemporâneas<sup>8</sup>. Face a esta contingência, a opção foi a de procurar utilizar, para o caso dos medicamentos químicos, algumas das categorias institucionalizadas e já consagradas (vitaminas, antibióticos, calmantes, etc.) e no caso dos medicamentos naturais e dos chamados nutracêuticos, tentar explicitar ao máximo as categorias utilizadas na própria formulação das perguntas. Nesta segunda categoria de recursos, as dificuldades foram efectivamente acrescidas, dado que, mesmo de um ponto de vista pericial, as fronteiras que, por exemplo, delimitam o próprio campo dos alimentos com fins terapêuticos, são voláteis e equívocas, tratando-se de um campo emergente cuja expansão parece traduzir-se na multiplicação de várias disputas – entre farmacêuticos e nutricionistas, nomeadamente - ao nível da sua definição, mas também, e por consequência, na delimitação da legitimidade e da autoridade pericial em matéria de regulação deste mercado. Por esta razão, e como já referido, a principal estratégia utilizada para contornar esta dificuldade foi a de explicitar ao máximo o sentido das categorias, mas também o de procurar dar exemplos que permitissem ilustrar da forma mais clara possível o entendimento das nomenclaturas utilizadas.

Um outro aspecto igualmente relevante foi a preocupação de introduzir o uso de escalas de temporalidades nas questões relativas aos consumos dos vários recursos terapêuticos. Assim, não só se procurou captar o emprego dos diferentes recursos através dos locais onde os inquiridos os adquiriram, mas também foi dada uma especial importância à definição de arcos temporais muito delimitados no tempo relativamente aos consumos dos vários recursos, de modo a evitar-se que as respostas dos inquiridos entrassem no campo das representações.

Relativamente à aplicação do inquérito por questionário à amostra não representativa da população, esta foi precedida por um pré-teste levado a cabo num Centro de Saúde da Região de Lisboa e numa Loja de Produtos Naturais da mesma Região, em que se optou por utilizar simultaneamente a opção do questionário auto-administrado e da administração indirecta. Através do procedimento do pré-teste, e como de resto é habitual nestas circunstâncias, foi possível aferir as limitações e eventuais incongruências do instrumento de recolha de informação, não só ao nível da formulação das perguntas, mas também da própria extensão do inquérito.

Para além das indicações muito relevantes que decorreram dessa fase de pré-teste, constatou-se também que a tendência ao nível da adesão dos indivíduos para responderem ao inquérito por questionário foi mais evidente nas mulheres, mas também nos indivíduos de faixas etárias mais elevadas. Aliás, e já depois do período do pré-teste, essa tendência veio a revelar-se mais “estrutural”, dado que na fase inicial da aplicação do inquérito se manifestou uma clara predominância das mulheres no universo da amostra. Esta sobrerrepresentação em termos de sexo obrigou a um esforço para equilibrar a amostra, tornando o seu peso, para esta variável, mais proporcional. Um outro aspecto que foi alvo de uma redefinição na fase inicial da aplicação do inquérito foi a opção de se abdicar dos questionários auto-administrados em benefício dos de administração indirecta. A razão principal para esta reformulação dos pressupostos iniciais deveu-se ao facto de alguns inquéritos terem sido invalidados devido à acumulação de não respostas para várias questões, ou devido a preenchimentos incorrectos. Esta circunstância obrigou a um maior controlo por parte da equipa de investigação, e, portanto, os questionários passaram a ser todos de administração indirecta, para além de terem, também, fornecido indicações preciosas para a revisão crítica dos pressupostos subjacentes aos critérios iniciais relativos à estrutura, dimensão e conteúdo do próprio instrumento de recolha de informação.



## 2. (Breves) notas conclusivas

Face ao exposto, podemos, em suma, concluir que a pertinência das considerações desenvolvidas a propósito das opções e contingências metodológicas que pautaram o desenvolvimento da fase inicial deste projecto de investigação, têm o mérito de nos permitir ensaiar, de forma ainda inevitavelmente exploratória e provisória, níveis de problematização teórica acerca de um fenómeno - mas sobretudo de um campo de investigação -, que no contexto português se encontra praticamente inexplorado. Com efeito, os aspectos que aqui foram apresentados e sinteticamente discutidos, procuram extravasar a mera descrição das etapas de trabalho até agora desenvolvidas, pondo privilegiadamente em evidência as perplexidades, as contingências e os obstáculos que nos obrigaram a ter a plasticidade suficiente para pensarmos soluções criativas. A (importante) circunstância de, através deste projecto de investigação, estarmos a empreender uma incursão por um campo relativamente virgem e pouco consolidado em termos de produção sociológica, conduziu-nos, portanto, a várias reformulações e afinamentos não só na fase inevitável do pré-teste, mas principalmente na própria construção do inquérito por questionário (sobretudo ao nível das categorias utilizadas nos indicadores sobre as práticas e os consumos) e no acompanhamento da sua aplicação nos vários contextos empíricos. Efectivamente, podemos considerar ter sido relativamente constante o fluxo de pequenos avanços e retrocessos, os quais nos permitiram (e nos têm permitido até agora), não só contornar e resolver dificuldades e limitações, mas sobretudo projectar outras soluções e (re)investir em níveis de densidade analítica relativamente à estruturação das fases de trabalho futuras, nomeadamente em termos da abordagem qualitativa das entrevistas. Na fase presente, o trabalho encontra-se em pleno desenvolvimento, pelo que os resultados mais substantivos que decorrerão desta investigação só numa outra fase serão apresentados e sujeitos ao escrutínio crítico da comunidade. Até lá, fica, então, sistematizado o mapeamento reflexivo das questões metodológicas que estruturaram o percurso ainda relativamente embrionário desta incursão sociológica pelos terrenos plurais, dinâmicos e compósitos do pluralismo terapêutico em contexto nacional.

### Referências bibliográficas

AIACH, Pierre; DELANOE, Daniel (Dir.) (1998), *L'ère de la médicalisation. Ecce homo sanitas*, Paris: Anthropos.

BARBOT, Janine; DODIER, Nicolas (2000), "L'émergence d'un tiers public dans le rapport malade-médecin. L'exemple de l'épidémie à VIH", *Sciences Sociales et Santé*, vol.18, nº1, pp. 75-117.

BASZANGER, Isabelle (1986), "Les maladies chroniques et leur ordre négocié", *Revue Française de Sociologie*, xxvii, pp. 3-27.

BASZANGER, Isabelle (1998), "La Migraine – connaissances descriptives, traitement et prévention", Rapport établi à la demande de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale, INSERM, pp. 251-263.

BRITTEN, Nicky (1996), "Lay views of drugs and medicines; orthodox and unorthodox accounts", in Simon Williams; Michael Calnan (eds.), *Modern Medicine - lay perspectives and experiences*, London, UCL Press, pp. 48-73.

CONNOR, Linda (2004), "Relief, risk and renewal: mixed therapy regimens in an Australian suburb", *Social Science & Medicine*, 59, pp. 1695-1705.





- CRAWFORD, R. (1980), "Healthism and the medicalization of everyday life" *International Journal of Health Services*, Vol.10, nº3, pp.365-388.
- GABE, Jonathan; BURY, Michael (1996), "Risking tranquillizer use: cultural and lay dimensions", in Simon Williams; Michael Calnan (eds.), *Modern Medicine - lay perspectives and experiences*, London, UCL Press, pp. 74-94.
- LOPES, Noémia Mendes (2003); *Automedicação: práticas e racionalidades sociais*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa: ISCTE.
- LUPTON, Deborah (1995), *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, London: Sage Publications.
- SFEZ, Lucien (1997 [1995]), *A Saúde Perfeita, Críticas de uma Utopia*, Lisboa: Instituto Piaget.
- SHARMA, Ursula (1996), "Using complementary therapies: a challenge to orthodox medicine?" in Simon Williams; Michael Calnan (eds.), *Modern Medicine - lay perspectives and experiences*, London, UCL Press, pp. 230-255.
- VOCKOVIC, Nancy; NITCHER, Mark (1997), "Changing Patterns of pharmaceutical practice in the United States" *Social Science & Medicine*, Vol.44, nº9, pp. 1285-1302.
- WILLIAMS, Simon; CALNAN, Michael (eds.) (1996), *Modern Medicine - lay perspectives and experiences*, London, UCL Press.

<sup>1</sup> O projecto a que reporta esta comunicação está a ser financiado pela FCT/MCES (PTDC/SDE/64216/2006) e pelo INFARMED.

<sup>2</sup> A crescente “medicalização” e “farmacologização” das sociedades modernas é apontada na literatura sociológica como um dos fenómenos que tem reconfigurado as percepções leigas de saúde e doença e, simultaneamente, que está a mudar as tradicionais formas de relação com os medicamentos (Crawford, 1980; Vuckovic & Nichter, 1997; Lopes, 2003).

<sup>3</sup> A questão da definição de nutracêuticos é actualmente bastante complexa e controversa. Por um lado, esta ainda não está estabilizada na própria literatura especializada, e por outro, carece de um quadro legal que lhe dê existência e que regule este campo emergente. No entanto, e em termos muito genéricos e panorâmicos, podemos entender por nutracêutico, qualquer alimento, ou derivado, com propriedades preventivas (mas não com propriedades terapêuticas, dado que tal constitui um atributo exclusivo dos medicamentos). As formas farmacêuticas (comprimidos, drageias, etc.) de alguns alimentos funcionais que para além das suas propriedades nutritivas também podem ser utilizadas para fins preventivos, introduzem ambiguidades que muitas vezes os levam a ser confundidos com os medicamentos.

<sup>4</sup> Este uso eclético de múltiplas terapias e de recursos de saúde sem que mutuamente se excluam é designado por Connor (2004) por “regimes terapêuticos mistos”.

<sup>5</sup> Esta referida mudança cultural parece indicar o modo como o valor da saúde tem vindo a ser crescentemente entronizado no âmbito das sociedades contemporâneas, o que é revelador de um “projecto cultural” em torno dos imperativos da saúde perfeita e do concomitante aumento da intolerância face ao desconforto e à doença. Novas formas de consumo através da procura de bens e serviços como produtos alimentares, lazeres, revistas especializadas, forte investimento nos auto-cuidados (estilos de vida), etc., parecem, de facto, ser coerentes com a expansão de um novo conceito de “saúde perfeita”. Sem querer entrar num exercício de revisão de literatura sobre este assunto, podemos indicar, de forma meramente ilustrativa, uma das obras de Sfez (1997/1995) que toma, justamente, essa expressão paradigmática como título.

<sup>6</sup> Uma vez mais, e à semelhança do que foi assinalado na nota nº2, estas distinções não são inequívocas e lineares. A discussão das fronteiras que demarcam o que é, ou não, um medicamento, em particular no campo dos produtos naturais, também nos ofereceu algumas dificuldades concretas, sobretudo ao nível das categorias e das nomenclaturas a utilizar na construção dos próprios indicadores do inquérito por questionário, como de resto será assinalado em considerações posteriores.

<sup>7</sup> A abordagem aos utentes é realizada fora do contexto das consultas, em particular nas salas de espera. Pretende-se, deste modo, evitar o possível condicionamento de desejabilidade das respostas, dissociando-as do contexto da relação com os profissionais de saúde. Este objectivo é ainda reforçado com o carácter anónimo dos questionários. Quanto à solicitação dos contactos no final da inquirição, importa frisar que a sua facultação é absolutamente optativa.

<sup>8</sup> A análise (crítica) sobre a medicalização das sociedades modernas e secularizadas é, em parte, tributária da análise crítica de Michel Foucault sobre os dispositivos de normalização e as práticas regulatórias da medicina moderna através da objectivação do corpo. Essa análise tem inspirado (com matizes próprios e diferenciados) vários autores, sobretudo no âmbito da Sociologia da Saúde, que, nessa linha, têm produzido uma vasta literatura sociológica sobre esta temática. A título meramente indicativo, e sem pretensões de exaustividade, podemos destacar duas obras representativas desta linha de reflexão: Aiach; Delanoe (dir.) (1998); Lupton (1995).