



Departamento de Sociologia

Parafarmácias nos hipermercados em Portugal.
Novos territórios para novos consumos terapêuticos?

Paulo Jorge Esguedelhado Monteiro

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Sociologia da Saúde e da Doença

Orientadora:

Doutora Noémia Mendes Lopes, Professora Associada

ISCSEM

Setembro, 2010

Agradecimentos

A elaboração desta Dissertação não escapou às leis gerais que regem a nossa vida em sociedade: a generalidade dos projectos e empreendimentos resultam da articulação de múltiplos acontecimentos, distintas vontades e colaborações, voluntárias e involuntárias, permanentes rearranjos das Agendas pessoais de colegas e familiares, articulação de geometria variável de crenças, expectativas e afectos, muito para além daquele actor social, na cabeça de quem, o propósito germinou.

Neste contexto, cabe-me agradecer em primeiro lugar à Doutora Noémia Lopes, a qual sempre foi capaz de aliar o necessário rigor metodológico com uma simpatia e estímulo permanentes, num exercício de verdadeira pedagogia.

Uma incontornável referência ao Grupo Auchan, o qual colaborou de forma activa neste projecto, não somente pela disponibilização do seu espaço para a aplicação dos inquéritos, como na comparticipação financeira para a sua concretização; destaco a disponibilidade do seu Director-Geral, Dr. Américo Ribeiro, assim como a colaboração activa e gentil da Dra. Isabel Dias, responsável da área de Estudos do Departamento de Marketing do Grupo.

Uma palavra de reconhecida gratidão pelo profissionalismo da equipa da GfK Metris nas pessoas do Dr. António Gomes seu Director-Geral e da Dra. Ana Lopes, a qual supervisionou toda a logística associada à colocação dos questionários e subsequente tratamento estatístico das respostas.

Sublinho a valiosa colaboração da minha equipa, constituída por estimados colegas, farmacêuticos e outros técnicos com larga experiência no mercado do medicamento e da saúde, não somente no que respeita a validação técnica das temáticas associadas à identificação e codificação dos medicamentos indicados pelos inquiridos, como igualmente, num registo de enorme tolerância, assegurando a concretização de distintas tarefas de carácter profissional, libertando-me para o desenvolvimento do presente projecto.

Por fim, uma especial menção á minha família, que nos últimos anos, compreendeu o meu compromisso, aceitou de forma tolerante, a reduzida atenção que lhe dediquei e incentivou de forma permanente, este sonho, agora tornado realidade.

Resumo

Nas sociedades pós-modernas, o corpo emerge como um receptáculo maleável com valor simbólico, simultaneamente palco de memória e transformação, legitimando os fenómenos de protagonismo leigo, na gestão dos consumos terapêuticos. Os medicamentos, vitaminas e produtos cosméticos, têm feito a sua progressão do domínio médico, para o mercado de massas, como produtos associados ao estilo de vida.

Em particular, o fenómeno da automedicação, ao corporizar um movimento centrífugo dos medicamentos, do domínio puramente pericial para um de contornos fluidos, designado por alguns autores de “Autonomias leigas” e entendido como “encorporação” com distintas plasticidades, dos conhecimentos periciais, apresenta-se como um território a justificar a investigação sociológica.

A possibilidade da venda de MNSRM (Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica) fora das farmácias, consagrada por vias da legislação publicada em Agosto e Setembro de 2005, permitiu o surgimento de um significativo número de “Locais registados para venda de MNSRM”, vulgo Parafarmácias, integrando o retalho alimentar.

Estes espaços distinguem-se das farmácias nos planos simbólico (espaço de saúde *versus* espaço de doença) e funcional (preços mais baixos e comodidade na compra). A parafarmácia é assim fruto de uma circunstância material, mas que se afirma enquanto objecto/espaço simbólico que emerge de um contexto ideológico específico.

É objectivo desta Tese, a exploração da relevância, segundo o olhar sociológico, do fenómeno social emergente das parafarmácias nos hipermercados e respectivos consumos terapêuticos, procurando perceber a singularidade destes espaços no que respeita as percepções e práticas por eles geradas, em particular a eventual materialização de novas condições para a disseminação da medicalização e “farmacologização” na sociedade Portuguesa.

Palavras-chave: Consumo, corpo, medicalização, espaço, teoria social

Parapharmacies in Portuguese hypermarkets – New territories for new health consumerism?

Summary

In post-modern societies, body emerges as a flexible surface with symbolic value, simultaneously stage of memories and transformation, amplifying the expression of lay action in the management of health consumptions. Non-prescription medicines, vitamins and cosmetic products have made their way to the mass market as life-style tools.

Self-medication, in particular, by incarnating a continuous pathway of the medicines from the purely expert dominance to another one, which presents itself with fluid borders and often pragmatic content, designated by some authors as “lay autonomy”, is a prolific ground for the sociological investigation.

The possibility, consecrated by law in 2005, for the non-prescription medicines to be sold outside the conventional Portuguese pharmacies, allowed the proliferation of Parapharmacies, especially those located in food retail shops, namely hypermarkets.

These new environments distinguish it selves from the community pharmacies both in the symbolic perception (wellness vs. illness) and functional usage (lower prices and convenience). Born out of a circumstantial episode, this phenomenon presents nowadays, ideological implications.

The present dissertation and the associated empiric investigation, pretends to explore, from a sociological perspective, the singularity of these special territories, especially the representations they induce and the practices they promote, questioning their role in the presumed dissemination of the medicalization and “farmacologization” of the Portuguese society.

Keywords: Consumption, body, medicalization, space, social theory

Índice

Introdução	1
1. Problematização teórica e modelo de análise	3
1.1 As dimensões mais adequadas para o objecto.....	3
2. Medicalização e lógicas de consumo	7
2.1 Medicalização e autonomia – caminhos paralelos?.....	7
2.2 Fronteiras do auto-cuidado	13
2.3 Motivações e concorrência	17
2.4 Papel da Informação na construção de perfis de consumo	20
2.5 O Conceito de “Expert-patient”	24
3. Espaço e simbologias sociais	28
3.1 Parafarmácia: um espaço-tempo com distintas simbologias?	28
4. Metodologia	34
4.1 Questionário e Amostra	34
4.2 Procedimentos estatísticos.....	37
5. Análise dos resultados	38
5.1 Perfis de consumo	38
5.2 Simbologias.....	49
5.3 Papel da Informação.....	52
Conclusões	54
Sugestões para investigação futura	63
Referências Bibliográficas	66
Anexos	71
Anexo A - Questionário.....	72
Anexo B – Relatório Estatístico	90
Anexo C – Distribuição dos escalões socioeconómicos	125
Anexo D – Árvores de decisão	128
Curriculum Vitae	134

Índice de Figuras

Figura 2.1 – Internet, <i>media</i> e saúde	24
Figura 2.2 – Ciclo dos cuidados de saúde	27
Figura 3.1 – Pontos Fortes de dois espaços distintos	29
Figura 3.2 – Características do Espaço	30
Figura 5.1 – Perfil típico do comprador de MNSRM em Parafarmácia no hipermercado	46
Figura 5.2 – Último medicamento reportado como adquirido na Parafarmácia	47
Figura 5.3 – Último medicamento sem necessidade de receita médica, reportado como adquirido na farmácia	48
Figura 5.4 – AFC – Pergunta P.30 (TB) Vs. tipo específico de utilizador	53
Figura 5.5 – Consumos mobilizados pelos <i>media</i> e Internet	54

Índice de Quadros

Quadro 4.1 – Distribuição dos Questionários	35
Quadro 4.2 – Inquiridos e utilizadores: distribuição por sexo	38
Quadro 4.3 – Inquiridos: distribuição por grupos etários e escalões socioeconómicos	38
Quadro 5.1 – Tipo de utilizador	39
Quadro 5.2 – Idade dos utilizadores	41
Quadro 5.3 – Classificação Farmaco-Terapêutica (CFT) dos principais MSRM adquiridos sem receita médica	49
Quadro 5.4 – Último medicamento sem necessidade de receita médica, reportado como adquirido na farmácia, por homens e mulheres	49

Léxico de siglas

AFC	Análise Factorial de Correspondências
CFT	Classificação Farmaco-Terapêutica
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
INFARMED	Instituto da Farmácia e do Medicamento

Introdução

A saúde tornou-se um bem socialmente muito valorizado, justificando crescentes investimentos no desenvolvimento de técnicas e produtos. Sobre o corpo, que é para a sociologia, simultaneamente superfície anatómica e texto social, tem-se assistido a um investimento sem precedentes (simbologias associadas ao corpo belo e saudável), sendo que a tecnologia tem permitido que o corpo se torne um artefacto manipulado, e neste contexto, que a saúde, aparência e forma física do corpo se afirmem como expressão da identidade individual dos sujeitos (Shilling 1993).

Novas e efectivas formas de tratamento, em particular no que respeita as condições crónicas, expandiram o papel da medicina, influenciando a qualidade de vida, assim como os resultados clínicos (Bury 1991). Os fenómenos da medicalização (disseminação das concepções médicas sobre o corpo) e da farmacologização (domínio dos medicamentos na gestão terapêutica) impregnam a totalidade do tecido social (Lopes 2004), associando-se às novas culturas corporais (afirmação de uma cultura hedonista em detrimento de uma cultura instrumental).

Vivemos hoje numa época, na qual, é ciclópico, o volume de informação disponível – a partir de fontes muito variadas – a qual nos permite fazer escolhas acerca das nossas vidas. A disseminação de fontes de conhecimento, permite elevar o multiprocessamento informativo, a níveis anteriormente impensáveis, alargando, no contexto da ordem social reflexiva, o leque de escolhas dos indivíduos, sobretudo no que à saúde e gestão do seu corpo, respeita; “As pessoas estão cada vez mais, a tornarem-se ‘consumidores de saúde’ – adoptando uma postura mais activa em relação à sua própria saúde e bem-estar” (Giddens 2007), reconfigurando activamente o quadro societal, ao disputar a hegemonia do controlo pericial sobre a saúde individual.

O conceito de “*saudável*”-representação que ao nível individual, promove a saúde/bem-estar como realização das potencialidades da vida feliz” (Ferreira da Silva 2008) é amplamente mediatizado, mobilizando os indivíduos para a adopção de novas práticas terapêuticas, e legitimando o surgimento de novos territórios, como sejam os hipermercados, como facilitadores dos tráfegos de socialização para o consumo não só de MNSRM, mas igualmente vitaminas e suplementos alimentares, produtos adelgaçantes e anticelulíticos, fito e aromaterapia, os quais emergem como mercadorias-simbolo e veículos de individualização e privacidade, diminuindo a dependência dos profissionais biomédicos, especialistas espirituais e círculos familiares (Van der Geest 1989).

A publicação de legislação específica em 2005, criou um novo quadro material a justificar, 5 anos depois, a investigação sociológica, no que respeita a verificação do potencial das parafarmácias, em particular aquelas localizadas em hiper e supermercados, na geração de percepções e práticas leigas, associadas ao auto-cuidado, distintas daquelas suscitadas pelas farmácias tradicionais. A juventude do fenómeno da venda de MNSRM nas parafarmácias, explica a ausência de recolha e sistematização de informação neste segmento, aliás reflectida naquele que é um dos mais extensos e aprofundados estudos recentemente desenvolvidos em Portugal.¹ Igualmente relevante a quase inexistência de investigação/reflexão sociológica, publicada sobre o tema.²

Igualmente pertinente, será a verificação (no contexto da exploração analítica do material empírico) da aceitação social deste fenómeno, por contraste com alguma da informação prévia à implementação da medida governamental que lhe deu origem: No Volume II (Anexo 24, Páginas 71-72) da Tese de Doutoramento de Lopes estão expressos os resultados relativos à “Opinião sobre a possibilidade de alguns medicamentos ‘*não sujeitos a receita médica*’ passarem a ser vendidos em supermercados.” A amostra (309 indivíduos) revelou resultados que são esclarecedores quanto às representações sociais da altura: Discorda – 59,9%; Concorda – 26,5%; S/opinião – 13,6% (Lopes 2003).

No plano da economia da saúde, a venda de MNSRM fora das farmácias já exhibe significativa dimensão, pois num segmento de mercado que no final de 2009 correspondeu a 40 milhões de unidades e 210 milhões de euros, 12% em volume e 11% em valor estão associadas às parafarmácias. Dados disponibilizados pelo Infarmed no seu site (e unicamente respeitantes aos MNSRM) relativos ao 1º trimestre de 2010, evidenciam uma evolução para 14% e 13%, respectivamente.³ De acordo com o relatório do Infarmed, 76% das embalagens vendidas correspondem a cadeias de hipermercados e supermercados, evidenciando a dinâmica associada a estes espaços, a qual resulta em particular dos fluxos de milhões de consumidores que a eles acedem de forma regular. A merecer futuro aprofundamento analítico, a caracterização da

¹ A Saúde na Era da Informação (SEI), “Utentes e saúde na era da informação: Internet, telemóveis e media”. Disponível em <http://sei.iscte.pt/docs/conteúdos.pdf>

² Pesquisa utilizando o motor de busca “Google Académico”, efectuada em 10 de Setembro de 2010, para os termos “Parapharmacy and Sociology”, “Parapharmacy and lay autonomy” e “Parapharmacy and medicines”.

³ “Vendas de Medicamentos não Sujeitos a receita Médica fora das Farmácias”, Abril 2010 (Vendas até Março de 2010). Disponível em www.Infarmed.pt/portal

concorrência com as farmácias tradicionais e de que forma esta, alterará o volume e qualidade do actual consumo de MNSRM.

Procurando contribuir para a exploração sociológica do tema da medicalização da sociedade portuguesa, a singularidade destes espaços permite a respectiva mobilização como observatório privilegiado da modelagem de novos hábitos e perfis dos consumidores de saúde, em Portugal e das práticas e lógicas que os organizam.

A presente tese estrutura-se em seis capítulos, iniciando-se pelo quadro teórico de referência e a proposta de constituição do espaço físico como objecto de análise, desagregada em 3 dimensões distintas. No capítulo 2 explora-se a dicotomia medicalização-autonomia e como esta se constrói e reconstrói, alimentada pelos crescentes estímulos ao auto-cuidado e auto-medicação. No capítulo 3 é abordado o território físico da Parafarmácia localizada no hipermercado, a influência que recebe deste e os marcadores que no plano da simbologia, a distinguem da farmácia tradicional. No capítulo 4 é descrito o método quantitativo seleccionado para responder à problematização enunciada e feita a caracterização da amostra utilizada no questionário. No Capítulo 5 procede-se à análise dos dados e avaliação das hipóteses consideradas, seguindo-se as conclusões e sugestões para futura investigação, apresentando-se no final as referências bibliográficas e os anexos.

1. Problematização teórica e modelo de análise

1.1 As dimensões mais adequadas para o objecto

A presente pesquisa faz uso de recursos teóricos e metodológicos no âmbito da sociologia da Saúde e da Doença, procurando explorar representações e racionalidades na área da saúde, para além daquelas inscritas nos principais pólos da investigação sociológica em Portugal, em particular o sistema hospitalar e os Centros de Saúde, pela centralidade destas instituições no sistema de saúde português (Antunes 2009) e em contexto investigatório de *insider*: “Insiders relativamente às temáticas em análise mas *outsiders* relativamente ao campo sociológico” (Merton 1996 referido por Antunes 2009).

A presente Dissertação assenta num projecto de investigação (o primeiro do género, em Portugal) que considera três dimensões de análise:

1. Papel específico das parafarmácias localizadas em hipermercados na gestão do designado “auto-cuidado” e em particular da automedicação, no contexto de uma acelerada alteração dos perfis de consumo;
2. Percepções geradas pelas parafarmácias no contexto das simbologias associadas à saúde e à doença;
3. Papel das Parafarmácias enquanto nova realidade social indutora de comportamentos mais autonómicos ou forma subtil de medicalização, no contexto de acesso a fontes alargadas de informação e democratização do acesso a cuidados de saúde;

É no contexto do aprofundamento teórico e empírico sobre estas três dimensões (consumos, simbologias e informação) e respectiva articulação, que pensamos poder contribuir para uma melhor compreensão dos percursos de saúde dos leigos, num país em mudança (rápida?) e sujeito a significativas perturbações sociais no quadro de uma gravíssima crise económica.

A primeira dimensão procura compreender o papel que as parafarmácias, incrustadas em territórios até agora afastados no plano prático (oferta) e simbólico do universo da saúde, ocupam/podem ocupar na construção dos percursos de saúde dos leigos e na presença de dinâmicas em tensão: Necessidade de contenção dos custos alimenta discurso oficial de estímulo a uma maior responsabilização dos indivíduos na gestão da sua saúde, dinâmica que se confronta com uma visão paternalista e de defesa do território e perímetro de actuação por parte dos especialistas (em particular os Farmacêuticos) e ainda, significativa iliteracia cognitiva dos leigos com a correspondente diminuída capacitação na tomada de decisões. A acção dos actores sociais é fortemente influenciada/condicionada pelos desenvolvimentos que ocorrem na infra-estrutura: a crise económica irá condicionar atitudes e comportamentos nas escolhas de saúde. Esta dimensão de análise procura explorar as eventuais alterações nos perfis de consumo dos produtos de saúde, dos habituais clientes dos hipermercados e de que forma estes incorporam uma percepção mais descomplexada e menos sacralizada do acesso e usufruto dos produtos de saúde, em particular MNSRM, com reflexos numa mais ampla farmacologização do quotidiano, sobretudo associada à gestão da auto-percepcionada “qualidade de vida”.

A segunda dimensão procura interpretar a relação entre sinais exteriores e percepções e práticas geradas pelas parafarmácias, admitindo-se, como quadro conceptual, a existência de uma relação intrínseca entre semiótica e espaço, e que este não é inerte no que respeita às interacções

sociais que induz ou condiciona, já que de acordo com a metáfora dramaturgicada de Goffman, a expressão do *self* dos indivíduos, materializa-se de forma semiótica, afirmando-se os locais físicos como espaços cénicos e fronteiras delimitadoras da expressão das relações sociais.

A não-neutralidade do espaço segundo o olhar sociológico, resulta do facto de que ocorre de forma permanente, uma espacialização da sociabilidade, já que todos os sistemas de relações se inscrevem num determinado espaço, no qual se associam estreitamente o lugar, o social e o cultural. A semiótica permite compreender de que forma, os distintos binómios espaço – tempo, induzem modelos de conduta e percepções normativas que regulam a relação dos sujeitos com o risco e as estruturas de poder, num processo de “valorização da construção identitária que liga o espaço ao social e ao cultural”(Nossa 2008). Apesar de ser um espaço público e neste contexto, mais liberal no que respeita códigos normativos de conduta, a parafarmácia não deixa de ser um espaço de representação e ritualização, e como tal, gerador de signos, símbolos e significados.

Tendo as parafarmácias nos hipermercados, de uma forma genérica, sido desenhadas, tendo como referencial a farmácia comunitária e as simbologias que lhe estão associadas (espaço delimitado do restante hipermercado, predominância da cor branca, utilização, mais ou menos estilizada da cruz, colaboradores com bata branca etc.), procurando dessa forma construir uma relação de confiança com os consumidores, familiarizados com práticas aquisitivas de produtos de saúde, de muitos anos, importa observar de que forma a evolução das parafarmácias tem respeitado ou se afastado do modelo inicial e das expectativas e lógicas normativas que lhe estavam associadas, e de que forma se conseguem afirmar como espaço de modernidade, em particular junto de consumidores mais jovens e escolarizados.

A terceira dimensão respeita a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre as trajectórias de saúde dos leigos, num contexto de fragilidade da opinião pública e das redes sociais, de um universo cognitivo complexo e fragmentado marcado pelo incremento dos inputs informativos em paralelo com tensões na gestão do rendimento disponível e crise de confiança nos referentes (políticos, técnicos, empresariais e morais), procurando distinguir entre percursos urbanos e ruralizados, embora ambos predominantemente ancorados na validação/legitimação pelos pares (outros consumidores). À medida que o acesso à Internet se torna cada vez mais, massificado, também em consequência a sua utilização, nos processos de gestão do corpo e da saúde se expande, contribuindo para que a relação dos indivíduos com o espaço, se materialize, de forma progressiva, numa lógica funcional de utilização pragmática das distintas

possibilidades/ofertas disponíveis (Privado - em particular a Net, Profissional – Hospital e Centro de Saúde e Público – Parafarmácias). A sequência: acesso à informação – notoriedade – incorporação – adopção de determinadas práticas, é um processo complexo, idiossincrático e dificilmente generalizável. Neste contexto, assume relevância sociológica, a investigação das alterações que a internet, e a sua promoção da organização em rede dos *media* tradicionais (Cardoso 2006), pode induzir nos perfis de consumo, em particular no contexto de uma maior liberdade no acesso à automedicação e a inúmeros produtos de saúde e bem-estar, disponibilizados nas parafarmácias.

Propõe-se o fechamento analítico do campo de análise, emergindo o espaço em si mesmo (localização, contiguidade com outros espaços de consumo etc.) como objecto primeiro de análise, sugerindo a seguinte problematização:

- Conhecer não só o perfil social dos consumidores, como os seus padrões de consumo terapêutico, as conotações terapêuticas e/ou de consumo doméstico que atribuem aos produtos que adquirem nas Parafarmácias, e de que forma aqueles padrões são influenciados pelas fontes externas.
- A contiguidade destes espaços com outros domínios de consumo, poderá originar interessantes indicadores para compreender o emergir de novas fronteiras entre saúde e doença, novas formas de autonomia leiga na relação com os sistemas periciais, ou mesmo, e tão-somente, novas expressões da cultura de consumo.
- Parafarmácias como excelente observatório para dar conta da mudança na simbologia do medicamento, da sua acessibilidade social, da sua relação com os estilos de vida, num contexto de comunicação mediada *online e off-line*.
- A fenomenologia da Parafarmácia, associada a simbologias que representam uma descontinuidade dos espaços tradicionais de consumo de medicamentos aumenta a autonomia leiga ou acentua a medicalização? E qual o contributo da presença de um farmacêutico?
- A diferente localização das vitaminas e suplementos alimentares (no interior do Hipermercado e na Parafarmácia – espaço distinto e autónomo) configuram, na percepção dos consumidores, uma hierarquia de potência terapêutica?
- O espaço parafarmácia no hipermercado associa-se na mente do consumidor aos conceitos funcionais de “preço mais baixo” e “conveniência/comodidade”?

2. Medicalização e lógicas de consumo

2.1 Medicalização e autonomia – caminhos paralelos?

Os territórios da saúde e da doença, nos planos macro e micro sociológicos revelam-se como extraordinários ecrãs da realidade social, justificando o questionamento e a teorização sociológica, pelos muitos problemas de organização, controlo, ordem, estratificação, poder e prestígio, dominação e subordinação, experiência e sentido, que colocam (Stacey and Homans 1978). À medicina é difícil abandonar as suas tendências paternalistas, pelo que é longo o caminho até que os doentes controlem as importantes decisões relativas à sua saúde (Goodlee 2009).

A medicalização descreve um processo, pelo qual, problemas não-médicos, são definidos, catalogados e tratados, como problemas médicos, habitualmente em termos de doença e desvio (Conrad 2004). A medicalização da sociedade, a qual espera da ciência médica, respostas para os problemas de saúde (e até sociais), é definida pela pressão da oferta e da procura e a justificar outros olhares para além do sociológico; os custos directos (não inclui: transporte, perda de produtividade e absentismo) da medicalização nos EUA em 2005 foram de 77,1 biliões de dólares ou 3.9% dos custos totais de saúde, de acordo com o que se acredita ser o primeiro estudo a quantificar estes custos e que se debruçou sobre 12 condições: ansiedade, alterações de comportamento, imagem corporal, disfunção erétil, infertilidade, alopecia masculina, menopausa, gravidez e parto, tristeza, obesidade, perturbações do sono e perturbações comportamentais associadas ao consumo de drogas (Conrad 2010).

Illich, um dos mais contundentes (e controversos) críticos da medicalização, chama a atenção para a medicalização do que designou de rituais de passagem: “ A ritualização das fases da vida não é nova, o que é novo, é a sua intensa medicalização” (Illich 1976). Esta pode ser observada na crescente utilização das tecnologias médicas (cada vez mais poderosas) em todos os estádios da vida humana: reprodução (Fertilização *in vitro* e Reprodução Medicamente Assistida), gravidez (testes *in útero*), nascimento e cuidados neo-natais, maturidade (menopausa, hemodiálise, transplantação de órgãos), velhice e morte. Para alguns autores (reflectindo em particular sobre a realidade dos EUA) revela-se de particular interesse sociológico, o papel desempenhado pelas tecnologias, enquanto conceito alargado (equipamentos, experiência, manuseamento de técnicas e competências) em particular a biotecnologia e a genética no

alargamento das fronteiras de intervenção médica, promovendo contínuos arranjos na alocação de recursos humanos e financeiros nos sistemas de saúde e estratégias das companhias produtoras de medicamentos e equipamento médico (Conrad 2005).

A medicalização da sociedade, manifesta-se assim pela institucionalização da medicina como instância de regulação social: definição de normas que pautam os comportamentos e criam os hábitos. O controlo social exercido pela medicina, define-se então pelas formas como as funções daquela (de modo intencionado ou não-intencionado) asseguram a adesão às normas sociais, especificamente pelo uso de meios ou autoridade médica para minimizar, eliminar ou normalizar o comportamento desviante. Zola (1972) ilustra o processo jurisdicional da medicina, utilizando uma grelha analítica, que sublinha a expansão da medicina para os territórios da prevenção, hábitos e factores de risco, a defesa de um acesso quase absoluto a áreas “taboo” (ex. envelhecimento, toxicodependência, alcoolismo e gravidez) e do controlo absoluto sobre certos procedimentos técnicos.

A consolidação deste processo é legitimada pela aceitação inferiorizada dos indivíduos vencidos pelo desejo de estar bem, numa sociedade de riscos: “o estímulo empírico mais poderoso, advém da percepção de cada um de que tem, ou acredita que tem, algo de organicamente errado, ou formulado de modo mais positivo, o que é que pode ser feito, para que cada um se sinta, aparente ou funcione melhor” (Zola 1972). A recusa da dor e do sofrimento e a valorização da “anestesia” e da sedação dos sintomas ao erigir a visão mirífica de “*a pill for every ill*”, em aspiração social e socializada, institucionaliza a medicina como instância de regulação social.

O medicamento, importante instrumento do arsenal terapêutico, para além de objecto farmacológico, em si mesmo, emerge como objecto social no domínio dos leigos, cuja utilização está associada a racionalidades próprias, e evidenciando um vasto caleidoscópio de dimensões de análise (epidemiológicas, jurídicas, económicas, sociológicas, antropológicas, psicológicas, culturais e comunicacionais) que revelam a relação profunda entre indivíduo e a sua saúde, e a sociedade e o seu sistema de saúde.

Enquanto mercadoria-simbolo, o medicamento em particular, afirma-se como objecto sociológico, associado à oferta e procura de bens simbólicos que satisfaçam o desejo de “saúde imediata”, sobretudo no contexto da gestão temporal do quotidiano. Quando não existe “tempo para se estar doente”, os medicamentos tornam-se mecanismos poupadores de tempo,

aumentando a liberdade e produtividade individuais, permitindo, por exemplo, que as mulheres cumpram as suas responsabilidades profissionais ou familiares, enquanto, em simultâneo, cuidam do filho doente, ou de si próprias (Vuckovic 1999). Configurando um claro efeito de “ergonomia social” (adaptado aos tempos modernos, fácil de transportar, pronto a usar, sem requerer competências específicas para a sua utilização), permite contornar o controlo social circundante: ” bruxedos, reza colectiva, sacrifícios, cirurgia e aconselhamento, colocam o doente, nas mãos dos outros; os medicamentos permitem-lhe ser senhor do seu destino” (Van der Geest 1989). No plano das dimensões materiais e simbólicas, o medicamento, para além de constituir uma tecnologia de incremento produtivo (no conceito de *sick role* de Parsons), afirma-se como uma substância dotada de conteúdo moral e ainda uma plataforma de poderes profissionais. Os medicamentos são assim, algo mais que um produto tecnológico, integrando o ciclo sintomas – processos de resolução; são também, representações e símbolos que explicam a integração dos indivíduos em determinados contextos sociais, os distintos graus de autonomia que podem ser observados, os graus de submissão aos sistemas periciais, e ainda a gestão quotidiana do risco (Cohen 2001). Os medicamentos podem ser analisados como entidades, processos e representações, cada uma em interacção com os efeitos produzidos.

A toma de medicamentos é assim, um poderoso meio de, simultaneamente regular o corpo, e “encorporar” valores, sublinhando o papel que têm as doenças nas culturas humanas, como mapas simbólicos da estrutura política e social, em que o corpo é o mediador mais importante, e o medicamento é apenas uma das mercadorias-símbolo possíveis de serem oferecidas ao consumo (Nichter 1994).

Estes processos sociais, decorrem em paralelo, com a tradicional socialização do mercado dos afectos nas sociedades modernas e ocidentais, a qual justifica, segundo alguns autores que “o consumo na pós-modernidade, é sobretudo o consumo de sinais, em que os produtos básicos são adquiridos na base do respectivo uso como marcadores ou produtores de significado”(Rayner 2001). De acordo com Susie Orbach (1988) e Kate Charmin (1983) citadas por Chris Shilling (1993), a relação de muitas mulheres com o seu corpo, reflecte a influência das forças patriarcais, as quais valorizam um corpo “distorcido”, afastado da sua geometria natural: para muitas mulheres, a afirmação como mulheres e mães, implica a atracção de um homem, o que pressupõe assumirem-se, num mercado de oferta e procura, sentimental e afectivo, como uma mercadoria, cujo valor é baseado na sua aparência e apresentação, tornando-se vulneráveis às agressivas

indústrias da cosmética e da moda, numa lógica do corpo magro e esbelto como paradigma societal, justificando (legitimando?) o consumo de tratamentos de cirurgia e de estética, dietas e produtos adelgaçantes e de emagrecimento, anorexia, ginásios e SPAs. Alguma da pesquisa nesta área, indica que o consumo de tratamentos alternativos, é uma prática marcada pelo género - 89% das compradoras eram mulheres – agrupando-se os consumidores em nichos de mercado, os quais estão associados com estilos de vida e não localização social (Rayner 2001). Neste contexto, poder-se-á afirmar que o corpo deixou de ser um “cartão-de-visita” da posição social, para ser uma manifestação da personalidade e que as ferramentas de gestão do self, têm-se tornado progressivamente dependentes dos produtos de consumo e da sua capacidade de construir e reconstruir uma auto-imagem socialmente aceite (Shilling 1993).

Num processo carregado de simbolismo, a cara, em particular, surge como uma das principais áreas de intervenção das medidas estéticas, a justificar explorações teóricas dos conceitos ilustrativos das culturas populares de que “a cara é o espelho da alma”, ou no olhar sociológico de que a face é o reflexo do self; “O corolário nas culturas de consumo, é que a modificação e aperfeiçoamento cosmético do corpo, por meio de uma panóplia de abordagens e tecnologias, podem ser usados para construir uma aparência bela e em consequência um self belo”(Featherstone 2010), como se a um corpo (e em particular a um rosto) envelhecido e decrépito ou deformado, correspondesse um self “deteriorado”. O apelo ao consumo de produtos cosméticos direccionados para o rosto, ancora-se na combinação de um marketing agressivo com uma retórica cientificada, produtora da “patologização” (na maioria das vezes, ilegítima) das “manchas na pele”, “envelhecimento prematuro”, “hiper-pigmentação” e rugas, as quais podem ser curadas ou mitigadas pelo recurso a expedientes técnicos de origem “natural” (botânica), química ou biotecnológica, associados a promessas de uma pele jovem, suave, brilhante e firme; “esta estratégia de marketing facilita e encoraja a auto-medicação nas mulheres, a usar estes produtos de forma a conseguirem que a sua pele e corpo apresentam um ‘look’ jovem, saudável e de uma claridade radiante.”⁴

Nas culturas de consumo, o corpo metafórico e metaforizado de acordo com os padrões dominantes, constitui-se em instrumento de expressão para o outro, de determinado estilo de vida, de acordo com auto-narrativas reais ou ficcionais, numa lógica de estimulação dos desejos

⁴ Amina Mire, Assistant Professor, Department Sociology & Anthropology. Carleton University, Ottawa, Canada. Disponível em www.in-cosmetics.com/page.cfm/link=395

como meio de construção ou reconstrução do caminho para a felicidade. É um processo de gestão identitária em que o “parecer” é componente activa da criação do “ser”, pela apropriação e manipulação de códigos com significância social. Autores como Lipovetsky argumentam que a sociedade pós-moderna se tornou hipermoderna enquanto espelho social do hiperconsumo. A cultura de consumo, em particular das sociedades ocidentais, alimenta-se de símbolos, recorrentemente sexualizados, destacando-se em particular aqueles associados ao estilo de vida, sendo que no presente, parece prevalecer uma certa efeminização estilística, privilegiando-se os atributos tradicionalmente mais associados á mulher (cara sem rugas, corpo depilado, extensa oferta de cosmética masculina) e polarizando-se em conceitos como “Metro sexual” catálogo antropomórfico do homem moderno, dinâmico mas “sensível”, representante estético de uma cultura patriarcal mas simultaneamente preocupado com a sua imagem, de gostos sofisticados e refinados e exibindo tecnologias (automóveis, telemóveis, Laptops) de linhas elegantes, arredondadas e eventualmente andróginas: “Regressão da lógica do estatuto, redução da imagem viril dos produtos: duas manifestações de uma mesma cultura hiperconsumidora, mais emocional que demonstrativa, mais sensível que ostensiva. Os desejos de poder individualista só progridem a par da efeminação dos signos emblemáticos da dominação”(Lipovetsky 2009;2006).

Esta cultura “aspiracional” estimula a democratização no acesso às formas e meios de intervenção corporal (desempenhando aqui as Parafarmácias como os SPA’s ou clínicas de estética um importante papel do lado da oferta)⁵. Featherstone explora o modo como esta cultura promove a noção do corpo como entidade em permanente construção e reconstrução por forma artificial em oposição à evolução natural (fruto de processos biológicos, ex. envelhecimento), e o papel que programas televisivos como o “Extreme Makeover” (ou do Português “Doutor, preciso de ajuda!”) desempenham na construção de imaginários supostamente atingíveis pelas pessoas comuns (“ordinary people”).

A moldura normativa prevalecente, é a de que o “uso racional de medicamentos” corresponde à prescrição adequada, por parte de profissionais bem informados, de substâncias bem estudadas, a doentes bem informados, para patologias bem definidas. Tal definição, coloca no território da irracionalidade, hábitos de consumo, muito frequentes, tais como polimedicação,

⁵ De acordo com o Instituto de Informação em Franchising (IIF), no final de 2009 existiam em Portugal, 300 espaços dedicados á estética (crescimento de 50% face 2008) oferecendo em particular, serviços de Foto depilação. Jornal “Expresso”, Suplemento de Economia, págs. 14-15, 28 Agosto 2010

não-adesão à terapêutica (*compliance*) e automedicação (Cohen 2001). Para um número crescente de doentes, a automedicação é considerada como uma forma de assumirem uma maior responsabilidade, na sua saúde, no contexto da valorização da autonomia, enquanto realidade social, relativamente recente (Fainzang 2004).

Os indivíduos em todo o mundo, tendem a tratar as maleitas menores, da mesma forma conservadora:

- Quase 50% ou aguardam que o incómodo siga o seu curso ou utilizam um remédio caseiro, ou outra abordagem mítica – ritual.
- Cerca de 25% visitam um médico ou utilizam um Medicamento Sujeito a Receita Médica previamente obtido para a mesma situação.
- Os restantes 25% voltam-se para os MNSRM (OTC – *Over the Counter*, na designação anglo-saxónica).

Estas conclusões resultam da compilação, por parte da indústria farmacêutica, de vários estudos realizados em todo o mundo, nos últimos 20 anos.⁶ Apesar de estes resultados deverem ser interpretados com cautela, considerando as práticas sofisticadas do marketing farmacêutico (Busfield 2006), merecem ser tidos em conta, em particular a constatação que, de forma generalizada, em todo o mundo (são incluídos estudos relativos a 25 países de todos os continentes), os indivíduos sofrem os mesmos problemas de saúde mais vulgares, e exprimem os sintomas com a mesma frequência: 9 em cada dez pessoas sofrem pelo menos um episódio de mal-estar, em cada 4 semanas, sendo que os mais comuns são a vulgar constipação/resfriado, dores de cabeça/cefaleias, problemas digestivos, dores musculares e articulares. A compilação inclui dados recolhidos em Portugal em 2004:

- 74% Dos consumidores inquiridos acreditava que deveriam ter acesso a um número mais vasto de MNSRM.
- 87% Dos inquiridos, acreditava na importância dos MNSRM, já que existem há muito tempo, nas sociedades modernas.

Apesar de fragmentada, parece existir alguma consistência na informação disponível e respeitante à utilização que os Portugueses fazem da auto-medicação e por outro lado, alinhamento dos padrões nacionais (conhecidos para o período 2002-2009) com os dados

⁶ “Responsible Self-Care and Self-Medication. A Worldwide Review of Consumer Surveys”. WSMI (World Self-Medication Industry), France. Disponível em www.wsmi.org

internacionais. Recorrendo novamente à Tese de Doutoramento de Lopes, no Volume II, é revelado no Anexo 6 que quando inquiridos sobre a “solução adoptada para o último problema de saúde”, 25,2% responderam que utilizaram medicamentos anteriormente usados em situações semelhantes, 5,2% mencionaram o tratamento caseiro/ervanária e 3,2% afirmaram recorrer ao conselho na farmácia. O Anexo 14 a) do a.m. documento descreve as modalidades de automedicação: auto-medicação directa – 33,7% e auto-medicação mediada (com controlo profissional remoto) – 59,2% (Lopes 2003).

No que respeita a automedicação “directa” por parte dos consumidores leigos, assume particular relevância a utilização de medicamentos anteriormente prescritos a outros elementos da respectiva rede social. Um estudo recente do ICS, reporta que 19% das pessoas consultadas admite ter recorrido, nos últimos cinco anos, a medicamentos receitados a outras pessoas, a maioria deles, mais de uma vez, prática concretizada sobretudo por indivíduos mais jovens e mais escolarizados. Os doentes agudos, ao contrário dos crónicos, são os que mais recorrem à automedicação, chegando este comportamento a atingir 28,1% entre os doentes “ligeiros” e 21,1% entre os “graves”, sendo aquela praticada sobretudo com Analgésicos (75,7%) (Villaverde Cabral 2010). As conclusões dos investigadores do ICS (2010, p.71-74) sublinham a legitimação desta prática por vias da mediação do círculo familiar/amigos em 51% dos casos. Estas conclusões confirmam no plano empírico, duas estruturas distintas de representações sociais sobre a percepção do risco, corporizadas no plano analítico naquilo que Lopes designou de configurações de “resistência controversa” e de “permeabilidade” à automedicação:” A outra, com maior expressão, quer entre os indivíduos saudáveis quer entre os indivíduos com habilitações escolares mais altas e entre os indivíduos mais jovens, apresenta uma estrutura interna que remete para uma configuração de permeabilidade à automedicação” (Lopes 2001).

2.2 Fronteiras do auto-cuidado

Vários estudos evidenciam que a automedicação, constitui um componente vital do comportamento diário de auto-cuidado (Segall 1990). Distintos autores descrevem um modelo de cuidados que evolui do puro auto-cuidado (*self-care*) ao puro cuidado médico (*medical care*), num “*continuum*” de abordagens terapêuticas, das mais simples e de responsabilidade individual, até às mais complexas e da completa responsabilidade dos profissionais de saúde: opções quotidianas (associadas a estilos de vida), mezinhas e remédios caseiros, MSRM anteriormente

prescritos, MNSRM, redução de actividade e finalmente consulta médica com eventual internamento, podendo algumas destas iniciativas coexistir no tempo. O facto da maioria dos sintomas e queixas serem tratadas pelo auto-cuidado, foi descrito como um “iceberg de morbidade” (Verbrugge 1987). A secção mais pequena do iceberg, que está fora de água, representa os casos acompanhados pelos profissionais de saúde, e a vasta secção não visível, debaixo de água, representa as situações tratadas por via de diferentes práticas de auto-cuidado. De uma forma geral, estima-se que 70% a 95% de todas as situações somatizadas, são “geridas” sem a intervenção de um médico (Vuckovic 1997). Em termos de episódios e horas, a maioria dos cuidados de saúde no quotidiano dos indivíduos, cai no âmbito do auto-cuidado; se considerarmos que, em circunstâncias normais, os indivíduos contactam 3 horas por ano com um profissional de saúde, na realidade, durante as restantes 8757 horas, o que prevalece é o auto-cuidado. Este processo concretiza-se, pela endogeneização das informações/recomendações prestadas pelo profissional de saúde durante as 3 horas de contacto, e homogeneização de outro conhecimento leigo e pericial recolhido das mais variadas fontes. Nos EUA, este processo foi descrito, como a resultante da proliferação de produtos, existência de limiares de desconforto, cada vez mais baixos, a micro economia dos cuidados de saúde e um certo revivalismo da ética da auto-ajuda (*do it yourself*) (Vuckovic 1997).

O conceito de auto-cuidado, integra comportamentos distintos tais como manutenção da saúde e prevenção da doença, avaliação de sintomas e auto-diagnóstico, auto tratamento e consultas com um leque variado de profissionais de saúde, formais e informais; em qualquer dos casos, “o factor crítico é que todos estes comportamentos de auto-cuidado, envolvem a iniciativa leiga” (Segall 1990), apresentando como atributos genéricos, não possuir carácter profissional, burocrático e industrial e ocupar um lugar natural na vida social (Levin 1983). O auto-cuidado pode ser assim entendido como uma prática que resulta da fusão de componentes de carácter mais permanente (ex. hábitos alimentares e estilos de vida) e outros mais aleatórios e episódicos (ex. auto-percepção, e auto-julgamento no plano dos sintomas e auto-tratamento), na lógica de pragmatismo na obtenção de resultados práticos. O estudo do ICS revelou que a dimensão da auto-percepção é relevante enquanto motor de racionalidades e práticas associadas ao auto-cuidado, já que baseado na avaliação subjectiva que cada inquirido efectuou do respectivo estado de saúde, somente 48,3% afirmou ser aquele bom ou excelente; 40,7% afirmaram sentir que é

razoável, 7,5% sentem-no como mau e 3,5% como péssimo⁷, sendo que o recurso a um especialista é assumido como dispensável por 65,9% dos respondentes “quando se tem doenças como uma simples constipação, na medida em que concordam, em parte ou totalmente, que estas podem ser tratáveis pelas próprias pessoas”(Villaverde Cabral 2010).

Esta responsabilização pelo auto-cuidado, manifesta-se por um crescente recurso a produtos disponíveis na farmácia, parafarmácia e ervanárias, assim como alterações nos hábitos alimentares; o estudo do ICS (Villaverde Cabral 2010, p.73) capturou uma percentagem expressiva de indivíduos (40,2%) que utilizam com maior ou menor frequência, os designados “produtos naturais”. Apesar de ainda distantes da realidade norte-americana de há 13 anos, na qual “45% da população utiliza vitaminas e suplementos minerais,”⁸ são visíveis na Europa, as tendências que marcam este mercado:

- Para distúrbios menores, a maioria dos consumidores adota a atitude “*wait and see.*”
- Os homens valorizam os produtos que asseguram uma remissão rápida dos sintomas, e são menos crédulos relativamente às terapêuticas alternativas.
- Os MNSRM são de utilização comum para a vulgar gripe/resfriado, queixas de alergias e problemas respiratórios e síndromes dolorosas.
- Consumidores sensíveis para o incremento de custos na saúde, e em consequência, disponíveis para a mudança de atitudes.
- Mulheres valorizam mais, soluções holísticas, expressas na crescente aceitação de derivados de plantas em produtos alimentares ou bebíveis.

Multiplicam-se os sinais da crescente importância atribuída ao conceito do auto-cuidado, em particular por parte da comunidade científica, da indústria farmacêutica, com os inevitáveis reflexos no discurso político. Um dos exemplos é o surgimento de uma nova publicação, o jornal “Selfcare”, em cujo editorial do 1º número, são apresentados os respectivos objectivos: procurar suprir a suposta ausência de base científica de muitas das opiniões que reflectem e exprimem a perspectiva leiga da saúde e disponibilizar um fórum para publicação de investigação por parte de especialistas (incluindo-se aqui a indústria farmacêutica). É convicção dos editores que “esta

⁷ Estes dados não se encontram muito distantes daqueles disponibilizados pelo INE. No que respeita a auto-avaliação do respectivo estado de saúde, em 2005/2006, 35.1% das mulheres consideravam o seu estado de saúde, razoável e 17.2% mau ou muito mau. Os valores para os homens situavam-se em 30.1% e 10.3% nas correspondentes categorias. “Homens e Mulheres em Portugal – 2010”. Disponível em www.ine.pt/xportal

⁸ Time Magazine. “The self-medication generation”. May 12, 1997 vol.149, n.º 19

abordagem alargada pode fornecer importantes contributos no que respeita o que os consumidores (leigos) sabem e como se comportam, e deste modo ajudar ao futuro desenvolvimento de estratégias de saúde.”⁹ Outro exemplo é o destaque consagrado ao tema pela Associação da Indústria Europeia de Auto-Medicação (AESGP), em cujo site se destaca a expressão: “Self-care: The first choice in health care”¹⁰.

Apesar de movidos por objectivos eminentemente corporativos, corporizados no projecto “Smart Regulation 2015” o qual apresenta como objectivo, obter um enquadramento legal e regulamentar na União Europeia, favorável a um mercado pretensamente “aberto” entendendo-se neste contexto que novos produtos possam ser comercializados sem significativas demoras processuais e/ou administrativas e “livre” na lógica de que a comunicação dos produtos associados ao auto-cuidado não sofresse restrições exageradas, no plano discursivo, valoriza-se a disponibilidade e a vontade de tutorar a prática leiga do auto-cuidado. É paradigmática que a “Visão” da AESGP sublinhe que o auto-cuidado responsável é a primeira escolha dos consumidores informados e capacitados para tratar a doença e preservar a saúde, sua e dos seus familiares, pela via do acesso irrestrito a MNSRM, suplementos alimentares e dispositivos médicos.

Aparentemente, esta dinâmica social, politicamente estimulada, articula-se com os sistemas periciais, pela via da tutoração condescendente por parte daqueles, os quais, em particular a profissão médica, têm vindo nos últimos 30 anos a perder protagonismo, enquanto uma das forças motrizes da medicalização da sociedade (Conrad 2007) .

Nas sociedades democráticas modernas, cresce a consciência social dos gastos crescentes (papel da tecnologia) sem correspondência directa em ganhos de saúde, da importância de combater a exclusão, de promover estilos de vida saudável, de combater o risco, desenvolvendo estratégias transversais de “promoção da saúde”. Este objectivo recomenda uma visão holística dos processos preventivos, curativos e de gestão do bem-estar quotidiano, a qual favorece, de forma natural, a aceitação de formas mais subtis de medicalização, expressando-se esta de forma descendente (patologização por vias do discurso médico e marketing farmacêutico) e ascendente (ambição e exigência dos indivíduos, transformados em consumidores de saúde) (Conrad 2005).

⁹ Disponível em www.selfcarejournal.com

¹⁰ Disponível em aesgp.be/index.asp

A gestão individual do corpo é, e será cada vez mais, um puzzle, no qual se articulam de forma conexas e desconexas, distintos saberes, práticas e influências, acesso a novas ofertas e territórios por um lado e restrições regulamentares por outro, corporizando-se a medicalização e a autonomia como os dois pratos da balança, numa lógica de interdependência tensional.

2.3 Motivações e concorrência

Em Portugal, e em particular nos últimos anos, em consequência da profunda crise económica generalizada, verifica-se a emergência de novos perfis de consumo muito marcados pela endogeneização do factor preço como variável determinante nas opções terapêuticas e de autocuidado, nomeadamente nas variáveis produtos e serviços e a correspondente democratização no acesso promovida pelos fabricantes e retalhistas, verificável em particular no que respeita o esbatimento das tradicionais fronteiras geográficas (litoral/interior). O papel das Parafarmácias em particular nos hipermercados, na geração de processos multifactoriais de socialização, em contexto da dinâmica oferta-procura em saúde, e na sequência de uma decisão política-legislativa (desconexa, à época) é indissociável do desenvolvimento de um novo consumidor de saúde em Portugal.

A contextualização da decisão governamental de 2005, de acordo com a ideia dos tempos políticos, e o carácter pendular das determinantes estruturais, na construção do sistema de saúde português (Carapinheiro 2006), permite compreender como ela se integra e espelha, a ausência de uma estratégia global de alocação de recursos e definição de metas, no sistema de saúde, e a sua substituição por medidas avulsas, que visam sobretudo, gerir a relação de forças entre o Estado e os grupos e organizações privadas. Estes tempos políticos, não são de natureza oscilatória, no sentido da subordinação às distintas orientações internacionais (Carapinheiro 2006), mas remetem para a mesma ideia de incongruência, inconstância e desarticulação de medidas estruturantes, em que num dado momento, se pretende fragilizar um determinado agente, como foi no caso vertente, a ANF, para no momento seguinte se fortalecer o poder dos grupos privados de saúde, ao expandir o modelo apelidado de “empresarialização”, abrindo à gestão daqueles, os hospitais Públicos, para se recuar nesse objectivo (ex. grupo Mello e H. Amadora-Sintra), pouco tempo depois, ou diminuindo as margens de comercialização das farmácias e grossistas, para as repor passado algum tempo, ou “abrindo” frentes de confronto e tensão com a indústria

farmacêutica, não somente na lógica da suposta racionalidade económica mas igualmente na gestão dos equilíbrios de poder entre as distintas entidades, gerindo o sector em função dos lóbis, opinião pública e opinião publicada.

O anúncio da intenção governativa e a sua posterior concretização em sede de produção legislativa, veio ao encontro de uma antiga pretensão dos Hipermercados e supermercados: responder com ofertas concretas, às necessidades expressas pelos seus clientes e poder aceder ao aliciante mercado da “saúde”, em particular, à totalidade dos produtos à venda nas farmácias (excepto os MSRM).

De acordo com dados da empresa de estudos de mercado, TNS, e com base no seu painel de 3.000 lares em Portugal, já em 2006, os consumidores portugueses, no que respeita as suas preocupações, colocaram a variável “Preço” em 1º lugar com 72,4% e a variável “Saúde” em 2º lugar com 60%. Os resultados do painel de lares da TNS para 2007, são muito semelhantes: os principais determinantes do consumo dos portugueses são o “Preço” (71,7% dos lares) e a “Saúde” (que se mantém nos 60%)¹¹. Ainda em 2006, quando questionados sobre os serviços que os lares desejam na Moderna Distribuição (Hiper e supermercados), 47,5% pronunciaram-se pela “Área da Saúde”.

Admite-se como pressuposto analítico que a possibilidade da venda de MNSRM (para além do carácter simbólico a que se associou) tenha constituído o *leitmotiv* para as cadeias de hiper e supermercados poderem disputar o mercado global da Farmácia, em particular o segmento da Puericultura, Dermocosmética e Vitaminas e Suplementos Alimentares, os quais apresentam razoáveis margens comerciais e um volume de negócio anual superior a 500 milhões de euros.

Com relevância a extravasar o campo de observação e análise sociológica, é o facto da venda de MNSRM por parte dos hipermercados, introduzir elementos qualitativa e quantitativa novos, no que respeita a concorrência a que as farmácias comunitárias (não) estavam habituadas, e de aquela poder vir a ter impactos nos volumes de consumo de MNSRM. Na única análise que se conhece (Gomes 2007), o autor apresenta previsões resultantes da aplicação de modelos económicos, os quais indicam que a abertura de Parafarmácias no retalho, pode induzir os consumidores a aumentar o consumo de MNSRM, por substituição de MSRM no tratamento de situações clínicas moderadas.

¹¹ Revista Marketeer. “Novas Prioridades de Consumo” – Julho 2008

Tomando como referência os volumes de vendas que, por imperativos legais, as Parafarmácias registadas para vender MNSRM enviam ao Infarmed e este disponibiliza no seu site (paradoxalmente, tal não acontece com as farmácias), este segmento de mercado tem revelado boa dinâmica comercial, reflectindo-se tal, nas notícias publicadas na Imprensa¹²:

No ano passado venderam-se 5,1 milhões de embalagens de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) fora das farmácias, o que representa 23,2 milhões de euros. Registou-se um aumento de 24,3% nas embalagens e 28,1% no valor face a 2008, apontam os dados do INFARMED que revelam que este segmento já representava, no final do ano, 11% do total da quota do mercado dos MNSRM. Os dados da autoridade revelam ainda que os medicamentos mais vendidos são os analgésicos e antipiréticos, com um total de 1,2 milhões de embalagens, no montante de 2,9 milhões de euros, ou seja, quase um quarto do total das vendas e 12,7% em valor. A seguir surgem os modificadores da motilidade intestinal, com 620.592 embalagens no valor de 2,6 milhões de euros e uma quota de mercado de, respectivamente, 12,1% e 11,5%.

Em resultado de uma crescente aceitação por parte dos consumidores, da importância de uma alimentação saudável, nos futuros perfis individuais de saúde, do incontornável investimento da indústria agro-alimentar nos alimentos ditos funcionais (“nutraceuticals”), assiste-se ao progressivo esbatimento e mesmo interpenetração de fronteiras entre as variáveis saúde e nutrição. Neste contexto, o hipermercado, enquanto território de eleição da oferta alimentar, procura evoluir para se transformar numa plataforma interventiva na gestão integrada da saúde dos consumidores, quer sofisticando a sua oferta, sobretudo no que respeita os produtos frescos e perecíveis, com alternativas biológicas, orgânicas e “naturais”, quer implantando espaços dedicados à Saúde e Bem-Estar, com um leque alargado de produtos e serviços (seguros de saúde, estética, consultas de nutrição, rastreios), ou mais recentemente Ópticas, quer alterando o *layout* interno, procurando criar espaços de contiguidade ou mesmo adjacência entre as distintas ofertas atrás mencionadas, construindo e reconstruindo em permanência, universos de consumo da saúde. Tomando como exemplo o que ocorre em mercados concorrenciais, em particular os anglo-saxónicos (ex. nos EUA, o papel da cadeia Walmart ou o modelo de diagnóstico rápido – “Quick Care”), é de admitir, e considerando a sua elevada versatilidade, a inexistência de fronteiras pré-determinadas para a actuação das cadeias do retalho alimentar no binómio saúde-doença.

No caso Português, e verificando-se actualmente “uma adopção do eixo ‘saúde e bem-estar’ praticamente em todos os sectores de actividade”¹¹ as “áreas de saúde” das insígnias da Moderna

¹² Jornal Público de 14 de Março de 2010, pág. 11

Distribuição, devem ser entendidas como um elemento estruturante, com elevado potencial interventivo no que respeita o desenvolvimento de novas centralidades na oferta de produtos (em particular MNSRM) e serviços de saúde. No que respeita os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica, os ritmos a que tal acontecerá, estão dependentes dos tempos políticos e das necessárias medidas regulamentares, em particular o incremento das indicações passíveis de auto-medicação e clarificação do estatuto de alguns dos medicamentos mais utilizados em Portugal (ex. Ben-U-Ron, Kompensan, Ultra-Levure, anti-concepcionais etc.)

2.4 Papel da Informação na construção de perfis de consumo

Não é por acaso que a palavra anglo-saxónica para notícias, “NEWS”, corresponde aos 4 pontos cardeais, configurando, no plano simbólico, a presença intersticial da informação ao nível planetário. O acesso á informação banalizou-se, generalizando-se o contacto com os temas de saúde. Em cada lar existe uma ou mais televisões, e o acesso à internet (banda larga) no lar, aumentou em Portugal, 18 vezes nos últimos 10 anos, passando de 2.4% em 1997 para 44.6% em 2007.¹³ Também neste caso, as determinantes sociais exercem o seu efeito selectivo, já que, enquanto em 2007, dois terços (66.7%) dos lares das classes sociais alta, média alta e média tinham acesso à internet, esse valor cai para 28.3% nos lares das classes sociais média baixa e baixa. Mesmo considerando algumas iniciativas mais tímidas, em Portugal, e apesar de que “ em todos os escalões etários, grupos socioprofissionais ou região de origem, a televisão é o *media* favorito, tanto para entretenimento como para informação” (Cardoso 2006) a Televisão, ainda não desempenha papel de relevo, no plano comunicacional da saúde, ao contrário, por exemplo dos EUA, onde “ a 1ª fonte de informação sobre saúde e bem-estar é provavelmente a Oprah Winfrey.”⁸

Dados recentes, confirmam as conclusões de Cardoso e Espanha (2006). De acordo com uma pesquisa do “Observatório News” da Novadir, empresa de estudos de mercado do grupo Marktest, embora a internet já seja responsável por 61% do tempo dedicado ao consumo de meios, a TV continua a ser líder de utilizadores diários (98%), seguida da rádio (77%) e os jornais (66%)¹⁴.

¹³ Marktest, Bareme Internet 1997-2007 *in* 10 anos de Internet em Portugal: os números e os factos

¹⁴ Briefing, n.º 638 , 06 de Junho 2008

Espanha (2009, P. 62 e 73) explora o papel dos *media* em especial a TV, precisamente pela sua omnipresença nos lares portugueses, e o binómio informação-ficção na construção da autonomia leiga sobre saúde e a hibridez de resultados por ela promovidos. Por um lado, dedica particular atenção às séries, nas quais a valorização da auto-responsabilização dos indivíduos é enquadrada por uma moldura normativa representada pelo médico (habitual protagonista), o qual define as orientações decisivas enquanto detentor do saber e executor do “saber fazer da medicina.” Por outro, os conteúdos televisivos, apesar dos condicionamentos no campo das representações sociais sobre saúde que promovem, e em contexto de elevados níveis de iliteracia, concorrem igualmente, e com distintos gradientes para “aumentar a consciência sobre prevenção e melhorar a saúde pública de uma forma que é simultaneamente educativa e de entretenimento, traduzindo-se num contributo para a construção da autonomia no campo da saúde “ (Espanha 2009).

Apesar do peso da Televisão na sociedade portuguesa (a que não são, naturalmente alheios, os níveis de alfabetização, e pirâmide etária), é crescente a penetração da internet e do número daqueles que utilizam a sua versatilidade, para buscar informação sobre saúde: a Marktest contabilizou 1 321 mil indivíduos que em 2007, pesquisaram na internet, informação sobre saúde, representando 15,9% do universo composto pelos residentes no Continente, com 15 e mais anos³. Confirmando a relação pouco íntima dos idosos com a internet em Portugal, somente 0.9% dos indivíduos com mais de 64 anos, efectuou pesquisas sobre saúde, subindo aquele valor para 28.5% para os indivíduos dos 25 aos 34 anos.

A articulação entre TV, internet e imprensa escrita (salientando-se aqui o papel que os jornais gratuitos têm desempenhado, no aumento dos hábitos de leitura, com 29% dos inquiridos no estudo mencionado na “Briefing” a revelar que nunca tinha lido jornais antes do aparecimento daquele formato), cria uma rede matricial produtora de significados, com importantes impactos na construção de uma consciência social individual e progressivamente colectiva, valorativa dos valores da prevenção (ex. alimentação saudável), controlo dos excessos (ex. obesidade, álcool e tabagismo), autodiagnóstico (ex. cancro da mama) e autocontrolo (ex. glicemia e tensão arterial), numa lógica de efectiva medicalização do quotidiano, da vida e da morte (Illich 1976), ancorada em processos de ritualização mediatizada, clonagem social de um exército de proto-doentes (De Swaan 1990), e aceitação que doentes e familiares se submetam ao conhecimento pericial do

sistema biomédico, em particular no que respeita a gestão da trajectória das doenças crónicas, raras ou estigmatizadas (Berger 2005).

Na área da saúde, o factor confiança é contudo essencial, rivalizando as dinâmicas *online*, com aquelas que ocorrem *off-line*. No que respeita, por exemplo, a toma de medicamentos, um recente relatório do Keller Fay Group, indica que nos EUA, menos de 10% do “boca-a-boca” ocorre na *net*, comparando com 74% ocorrendo de forma presencial.¹⁵ De acordo com o mesmo estudo, 69% dos consumidores receptores da comunicação, aceitam como credível a informação dos seus pares; aliás a maioria da informação “boca-a-boca” (*Word-of-mouth*) não tem origem nos profissionais de saúde. À internet parece ainda estar reservado um papel de complementaridade, desassociado das grandes decisões individuais ou familiares sobre saúde. Uma pesquisa recentemente levada a cabo na Califórnia, EUA, é elucidativa a este respeito, já que apesar de 80% dos adultos utilizar a internet para pesquisa de informação sobre saúde, a vasta maioria usa-a sobretudo para pesquisa sobre diagnósticos ou sintomas específicos, sendo que por exemplo, somente 2% dos inquiridos tomou a decisão de mudar de médico, baseado no conteúdo online, o mesmo se passando com 1% dos inquiridos no que respeita a mudança de hospital ou seguro de saúde.¹⁶ Esta fotografia da realidade norte-americana, será certamente ainda mais contrastante, em Portugal.

Diversos autores associam o “uso racional” de medicamentos, a um grau diferenciado de informação por parte dos doentes (Cohen 2001), no pressuposto de que, quanto mais informados estiverem os doentes, mais capazes e dispostos estarão, para tomar as decisões mais racionais sobre as suas vidas, em particular na gestão das suas trajectórias, no caso da doença crónica, ou dos pluralismos terapêuticos no caso das doenças agudas ou distúrbios quotidianos.

Segundo alguns autores, a reflexividade própria da modernidade, constrói-se não em contexto de crescente certeza, mas de dúvida metodológica (Giddens 1999). Outros são ainda mais contundentes, denunciando a excessiva fragmentação e especialização do conhecimento e a sua “encapsulização” em disciplinas burocraticamente definidas (Castells 2004).

Sendo a comunicação massificada, uma das características da modernidade, o papel dos *media* tradicionais e dos novos formatos, em particular a Internet, altera a tradicional conexão

¹⁵ Disponível em www.mmm-online.com/Rx-drug-word-of-mouth-occurs-largely-offline-study

¹⁶ California HealthCare Foundation, “Just Looking: Consumer Use of the Internet to Manage Care.” Harris Interactive Survey of 1,007 adult Californians from Nov. 5 to Dec. 17, 2007

entre “local físico” e “situação social”, facilitando a pesquisa e o acesso a fontes de informação e conhecimento, até agora inacessíveis, promovendo a construção de novas comunidades entre formas de experiência social, pré-constituídas, facilitando a divulgação e “popularização” do conhecimento especializado, e em paralelo, das concepções e propostas dos “líderes de opinião”, e assim estimulando a endogeneização de saberes periciais pelos sectores leigos, em particular aqueles com mais elevado nível de escolarização. Geram-se assim círculos cognitivos de fluxos de saber esotérico e exotérico, em que o conhecimento nasce como exotérico (experiências, emoções, intuições e senso comum) e é depois refinado, transformado e reconstruído pelos sistemas esotéricos que lhe acrescentam uma dimensão teórica – conceptual, retornando depois para os círculos exotéricos, ficando nesse processo, mais simples e acessível, cristalizando-se muitas vezes como a matriz cultural que condiciona e influencia o especialista, encerrando-se desta forma o círculo da interdependência dos saberes. As sociedades pós-modernas desenvolvem-se numa lógica dual, já que por um lado estimulam a divisão cognitiva do trabalho, hierarquizando e especializando saberes, muito por via do reforço da componente teórica, promovendo a racionalidade, à custa da tradição e do misticismo, sendo por outro lado, dominadas pelo *vortex* comunicacional, que homogeneíza saberes, que promove “reapropriações” biunívocas, com a consequente especialização do saber leigo. Apesar da incorporação, por parte do saber leigo, de ramificações mais ou menos capilares do saber especializado, aquele não perde o seu carácter de leigo, sendo que tão-somente aumentou a diversidade dos seus componentes, e por essa via, a capacidade de melhor interagir e aglutinar a informação científica (Lopes 2001).

Neste contexto, as tecnologias de informação, e em particular a Internet, assumem particular destaque. O conhecimento leigo tem-se expandido, questionando as anteriores fronteiras entre saberes leigos e periciais: “A Internet remove ostensivamente o intermediário expert – farmacêutico ou médico – do espaço físico, científico e regulamentar, entre indivíduos e medicamentos” (Cohen 2001). O acesso a informação sobre saúde, disponível na *Net*, tem suscitado os mais variados questionamentos, nomeadamente o contributo que aquele acesso pode ter no encorajamento de abordagens pluralistas na gestão da saúde individual ou familiar, o mérito do contacto com outros doentes e grupos de auto ajuda¹⁷, e da pesquisa “customizada” de

¹⁷ É exemplificativo o site CNN.com/health. De entre os seus “hot topics” figura o “*Empowered Patient*”, cuja missão é “help you to take charge of your health care”. Disponível em: cnn.com/2008/HEALTH/07/03ep.patient.heroes/index.html

informação, no processo de construção e reconstrução identitária (Hardey 1999), ou a qualidade da informação colocada online e seus perigos potenciais, a intervenção da indústria farmacêutica, e sobretudo as consequências resultantes da facilitação da participação do consumidor, como proeminente actor na construção do conhecimento sobre saúde em geral e os medicamentos em particular, alargando o leque de actores neste processo (Cohen 2001). A Fig.2.1 procura evidenciar a complexidade deste fenómeno

Figura 2.1 – Internet, *media* e saúde

<u>Positivo</u>	<u>Negativo</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ Aumenta a autonomia dos indivíduos	<ul style="list-style-type: none">▪ Pode promover automedicação não-responsável
<ul style="list-style-type: none">▪ Estimula processos de educação <i>em e para</i> a saúde	<ul style="list-style-type: none">▪ Compras na Internet, em circuitos não regulados
<ul style="list-style-type: none">▪ Apoio à gestão das trajectórias, nas doenças crónicas	<ul style="list-style-type: none">▪ Aquisição de conceitos errados, por inexistência de certificação de conteúdos
<ul style="list-style-type: none">▪ Estímulo à constituição de “comunidades virtuais” de partilha de informação, mas igualmente gestão de afectos e emoções	<ul style="list-style-type: none">▪ Acentuar as iniquidades em saúde, por desiguais acesso e níveis de tecno-literacia
<ul style="list-style-type: none">▪ Estimula os pluralismos terapêuticos	<ul style="list-style-type: none">▪ Veículo para insidiosas práticas de marketing, por parte das indústrias farmacêutica e agro-alimentar

2.5 O Conceito de “Expert-patient”

Sobre esta questão, revela-se de particular interesse, um artigo que analisou as grandes tendências, no que respeita o olhar sociológico sobre o tema, materializadas nos artigos publicados no período 1997-2006, em duas das mais prestigiadas publicações da área da sociologia: “Social Science and Medicine” e “Sociology of Health and Illness”(Garbin 2008). Foram seleccionados 15 artigos, envolvendo 33 autores de 18 universidades diferentes, que discutem a fenomenologia associada ao “expert-patient” e suas eventuais repercussões sobre o modelo biomédico dominante. Verificando-se consenso sobre alguns conceitos basilares, em particular, o papel da Internet na delegação de competências (“empowerment”) nos doentes/consumidores de saúde, e a necessidade de o profissional médico se manter actualizado e adoptar uma relação diferente com o doente, construindo pontes epistemológicas entre os saberes

leigo e pericial (“é fundamental que os profissionais procurem trabalhar *com* o doente, ao invés de *para* o doente”(Garbin 2008), os edifícios teórico-conceptuais distanciam-se quanto às eventuais consequências desta enorme transformação que impregna, em particular, as sociedades ocidentais:

- O “expert-patient” promove a desprofissionalização do médico. O livre acesso à informação desafia o conhecimento médico, erodindo a confiança e submissão no modelo biomédico, podendo estimular a procura de medicinas alternativas (Hardey 1999).
- O “expert-patient” transforma a relação médico-doente. O grau aumentado de conhecimento científico, por parte dos leigos, o qual assume sobretudo uma função de complementaridade, obrigará a um novo rearranjo das relações de poder, mas sem que, no limite, seja colocado em causa, o domínio médico (Nettleton 2005).
- O “expert-patient” reforça o modelo biomédico. A endogeneização do conhecimento pericial, por parte dos leigos, transforma estes, em veículos daquele saber e prosélitos da normatividade do modelo biomédico (Fox 2004). Sendo que as tecnologias de informação impregnam todo o tecido social, é de aceitar que também a comunidade médica, possa vir a utilizar a Net para reforço do seu domínio (Ziebland 2004), reforçando o fluxo de trasfega de informação.

McClellan e Shaw, no seu texto, criticam a separação leigo-especialista, propondo em alternativa, um espectro de conhecimento, em particular na área da saúde. Com base em dois estudos qualitativos previamente publicados¹⁸, os autores efectuaram uma síntese exploratória, problematizando a natureza da relação entre os conhecimentos leigos e periciais e concluindo que a fronteira entre aqueles, é fluida e dinâmica, e que, mais do que um “cisma” pode ser identificado um *continuum* de diferentes formas de conhecimento, reflectindo os distintos posicionamentos no que respeita os discursos científicos/biomédicos (McClellan 2005).

Analisando as pontes epistemológicas existentes, os autores concluíram pela diversidade de opiniões, mesmo no que respeita as definições de conhecimento “leigo ou pericial” e a existência de um esbatimento de fronteiras entre ambos os saberes (um novo “relacionamento” ilustrativo de uma transformação sociocultural mais vasta), o qual resultaria da simultaneidade entre a crítica e

¹⁸ Percepções leigas sobre riscos alimentares (Shaw, 2001) e Prática de medicinas alternativas (McClellan, 2003b)

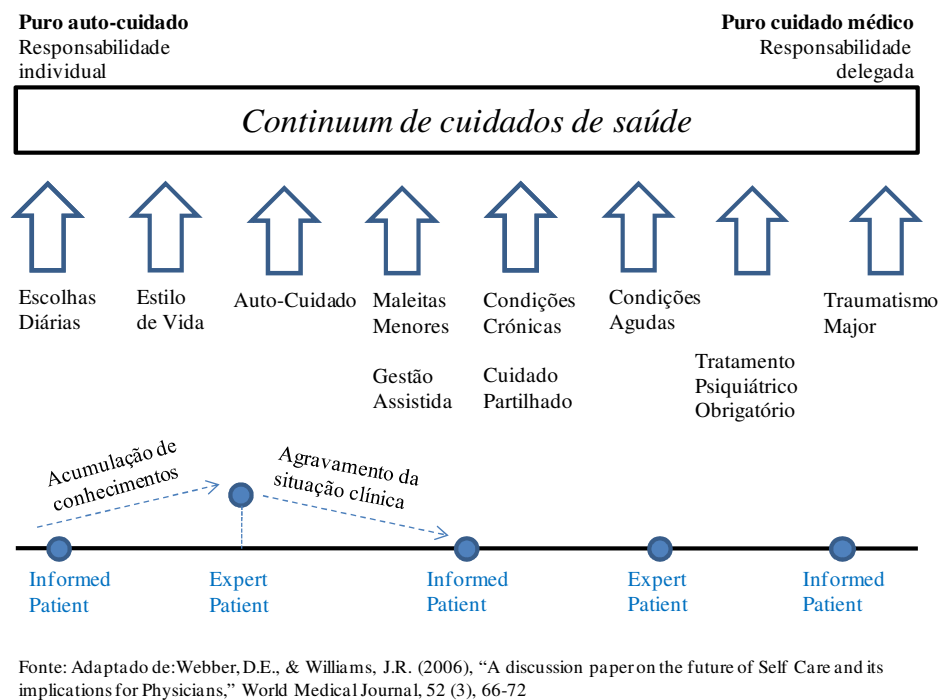
a desconfiança leiga, ao conhecimento pericial, e o reconhecimento (consciência reflexiva) de incertezas por parte de muitos especialistas. Embora reconhecendo que o processo de construção cognitiva leiga se faz, predominantemente, adoptando, mimetizando e reescrevendo os discursos periciais, a pluralidade dos discursos subjectivos, característicos da pós-modernidade, estimula o desenvolvimento de uma perícia leiga.

Este último tema, é aliás, um dos que mais controvérsia gera na análise sociológica, com os autores dividindo-se entre aqueles que sublinham os limites do conhecimento leigo (e em particular da perícia leiga) nas áreas da saúde e medicina (Prior 2003), e aqueles que evidenciam as trajectórias de reconversão e de “pericialização” dos recursos cognitivos leigos (Lopes 2007). Segundo Prior, o termo “perícia leiga” é um anacronismo, já que os leigos não possuem competências nem experiência, na análise de *inputs* e *outputs* técnico-científicos e na avaliação do risco (o conhecimento leigo pode inclusivamente, induzir a erros graves e fatais), sendo assim tempo de reconhecer as virtudes do conhecimento pericial, clarificando a discussão: o que está em causa é o uso e manipulação do conhecimento técnico (a essência da perícia), submetido ao objectivo politicamente meritório, de assegurar a participação e a consulta ao público leigo, em todos os temas relacionados com a medicina, naquela que pode ser reconhecida como uma abordagem reducionista, por parte de Prior, ao limitar ao médico, o conhecimento válido. Lopes defende a razoabilidade de se falar de “uma especialização do saber leigo”, no contexto de uma assimilação permanente e reflexiva das referências e discursos periciais, filtrada pelas vivências práticas e biográficas, argumentando com a necessidade de questionar o saber pericial, o qual se apresenta como progressivamente fragmentado, sendo que os saberes leigos (distribuídos entre espontâneos, mediados e confirmados) e os periciais, se operacionalizam, na respectiva articulação (Lopes 2007).

Espanha (2009: 76) reflecte sobre o conceito de “paciente informado” no contexto da construção de uma acção social mais individualizada e autónoma (Espanha designa-a de auto determinada), alicerçada na menor assimetria do conhecimento mas delimitada pela progressiva especialização dos saberes. Esta situação é aliás, verificável em outras áreas de substrato técnico-científico, nas quais os livros, revistas filmes e outros conteúdos de “divulgação científica” procuram descodificar a linguagem e os significados mais herméticos da ciência, tornando-os acessíveis a um segmento de público leigo, ávido de conhecimentos e diferenciação. A este propósito é interessante explorar as diferenças de substância entre os conceitos “informed

patient” e “expert-patient”, já que aquilo que os distingue não são meras diferenças semânticas; parecem corresponder ao desempenho de um papel social adequado à localização na trajectória de saúde, na lógica do “continuum” explorado por McClean & Shaw (2005), o qual, à medida que o leigo se afasta do “self-care” e evolui para estádios progressivamente mais graves, e consequentemente mais complexos no que respeita a articulação dos saberes e experiência, o seu “saber” vai-se desadequando á nova situação clínica, carecendo de ser reconfigurado, movendo-se entre os papéis de “expert” e “informed” e novamente “expert”, num ciclo de aprendizagem marcado por saltos qualitativos (Fig. 2.2).

Figura 2.2 – Ciclo dos cuidados de saúde



No caso do mercado do auto-cuidado, e no que respeita ao final do ciclo experiencial com a aquisição de produtos, o enquadramento pericial é desde logo assegurado pela combinação reticular da regulação governamental e as recomendações médicas, admitindo-se no entanto que as decisões individuais de compra resultem predominantemente da integração da experiência passada com o “ruído da multidão disseminado pela via viral, a publicidade e a promoção.”¹⁹

¹⁹ “When do consumers seek expert opinion to make a purchase and why?” Posted by: Donald Riker PhD in Editorial Opinion on Feb 10, 2010. Disponível em www.otcproductnews.com/otc-product-news/printblog

Estudos efectuados em distintas categorias de produtos, parecem evidenciar que a complexidade da árvore de decisão de compra resulta da articulação entre as dimensões: gosto/experiência pessoal, preço, complexidade, performance e segurança.

Esta grelha analítica permite categorizar os MNSRM nas dimensões de complexidade, segurança e performance e menos no preço, enquanto os produtos de dermocosmética, estão menos associados à segurança e mais relacionados com as dimensões gosto/experiência pessoal e preço. Neste contexto, admite-se que a opinião do especialista seja interiorizada pelo leigo, na lógica da gestão do risco (procura de “seguro” contra a perda, desilusão ou ambas), quando a escolha se coloca entre alternativas relativamente semelhantes. A valorização do “boca-a-boca/passa-palavra” equipara-se à opinião do especialista no que respeita os juízos de valor dos leigos, operacionalizando estes, o processo de compra de produtos de saúde, pela utilização pragmática da opinião do especialista como filtro de segurança/garantia de que o produto estará à altura das expectativas, em particular quando não existe experiência pessoal associada.

3. Espaço e simbologias sociais

3.1 Parafarmácia: um espaço-tempo com distintas simbologias?

No que respeita a dimensão das Simbologias, importa analisar em particular, duas representações associadas aos novos espaços: funcionalidade e modernidade.

As parafarmácias nos hipermercados emergem como um território de novidade, no qual, para além das mais-valias únicas, em comparação com a farmácia tradicional (Fig.3.1) se materializam de facto, algumas das expectativas iniciais daqueles consumidores mais disponíveis para aceitar aqueles espaços como elemento integrante das suas trajectórias de saúde. Mais uma vez, e recorrendo aos resultados presentes na Tese de Doutoramento de Lopes (Vol. I, pág. 224), dos 82 inquiridos que afirmaram concordar com a possibilidade da venda de MNSRM em super/hipermercados, 55% mencionou a “Poupança de tempo” como razão para tal, sendo que 23.7% referiu “Redução de custo” e 21.3% a existência de “Controlo Cognitivo assegurado”(Lopes 2003). Interessante e a justificar confirmação/infirmiação na exploração analítica do material empírico da presente investigação é a conclusão de que as opiniões dos inquiridos “introduzem um visível recorte social entre uma maior incidência de inquiridos com escolaridade mais elevada na posição ‘concorda’ e uma maior incidência de inquiridos com

menos escolaridade na posição ‘discorda’ (Lopes 2003): < = 9º ano → 19.9%; 10º - 12º ano → 28; Curso Superior → 48%.

Figura 3.1 – Pontos Fortes de dois espaços distintos

<u>PMD</u>	<u>Farmácias</u>
<ul style="list-style-type: none">▪ Milhões de Clientes nos Hiper e Supermercados	<ul style="list-style-type: none">▪ Venda de MSRM: força o fluxo de milhões de clientes
<ul style="list-style-type: none">▪ Espaço amplo com potencial para acções massificadas (ex. rastreios)	<ul style="list-style-type: none">▪ Venda de MNSRM associada à venda de MSRM
<ul style="list-style-type: none">▪ Sinergias a estabelecer com as estruturas do hipermercado	<ul style="list-style-type: none">▪ Relação de proximidade: (aprox. 3.000 locais)
<ul style="list-style-type: none">▪ Conveniência na compra	<ul style="list-style-type: none">▪ Relação de confiança, consolidada

Legenda: PMD - Parafarmácias na Moderna Distribuição

Para além da redução de custo (directa ou indirecta por via de promoções ou utilização de cartões de fidelidade/descontos) e poupança de tempo (Parafarmácias praticam os horários dos hipermercados, oferecendo convenientes alternativas ao regime de “Farmácias de Serviço”, especialmente nos horários nocturnos e fim de semana, assim como estacionamento facilitado e frequentemente grátis), devem ser adicionadas uma maior disponibilidade para o diálogo por parte das respectivas equipas, na ausência da “dispensa” dos MSRM, a qual ocupa em média 75% do tempo dos Recursos Humanos da farmácia, e algumas das características que tipificam o ambiente comercial próprio da Moderna Distribuição, em particular, prevalência do segmento mulher 25-45 anos, ambiente de cor e luminosidade, promoção activa, compra em grupo (Fig. 3.2). Este quadro analítico, permite propor a conceptualização das parafarmácias nos hipermercados como espaços de “Saúde e Bem-Estar”, por comparação com as farmácias, muitas delas, percebidas como espaço de “doença”: locais onde se vai quando se está doente, ou para adquirir um produto para alguém doente, ambiente (habitualmente) silencioso,

soturno, com muitos produtos ainda atrás de uma vitrina, e ocupados maioritariamente por uma população sénior.

Figura 3.2 – Características do Espaço

<u>PMD</u>	<u>Farmácias</u>
▪ Prevalência de mulheres	▪ Prevalência de seniores
▪ Com exceção dos MNSRM, todos os restantes produtos em livre-serviço	▪ Em muitos casos, os produtos estão inacessíveis ao consumidor
▪ Compra autónoma	▪ Compra mediada
▪ Preços visíveis no linear	▪ Preços etiquetados em zona não visível dos produtos
▪ Animação comercial	▪ Descrição e silêncio
▪ Integra roteiro de gestão do quotidiano	▪ Integra roteiro de gestão da doença

Legenda: PMD - Parafarmácias na Moderna Distribuição

A presença do consumidor nestes dois espaços, integraria assim, distintos roteiros da respectiva vida social e da sua relação com a saúde e a doença e neste contexto, a presença dos MNSRM nas parafarmácias poderá contribuir para a sua dessacralização, associando-se o seu uso a conotações positivas associadas à qualidade de vida e não tanto a conotações negativas associadas a doença. A este propósito, é interessante constatar, que, seja nos planos conceptual ou prático, parecem começar a prevalecer os movimentos convergentes (com as parafarmácias, em particular aquelas localizadas nos hipermercados), em desfavor dos divergentes, quanto às percepções que as farmácias pretendem gerar junto dos seus públicos. Sendo notória a aplicação nas farmácias de técnicas de marketing e comunicação que replicam aquelas utilizadas nos hipermercados, estas ganham sentido na expressão dos dirigentes da Associação Nacional de Farmácias (ANF) referindo-se ao Programa “Farmácias Portuguesas”: ”O consumidor mudou: está mais atento e mais informado, encara a saúde de uma forma mais descomplexada, e o que espera da sua farmácia é que, para além de ter alguém por trás do balcão que é seu conselheiro e

amigo, seja cada vez mais um espaço de saúde e bem-estar, com uma ligação directa à sua qualidade de vida”.²⁰

Para a análise do espaço e das representações a ele associadas, devem ser mobilizados os recursos teóricos da Semiótica, enquanto modelo interpretativo das representações e expectativas dos consumidores, baseado não somente nos sinais, mas em sistemas de significação associados aos espaços públicos de consumo, nomeadamente os centros comerciais e hipermercados e em particular as imagens que projectam, os ambientes que recriam e as lógicas que induzem. Neste contexto, alguns autores admitem que “os centros comerciais têm feito muito para reclassificar o labor da sobrevivência como diversão e recriação” (Bauman 2006: 90) e que “o hipermercado pode ser associado seja com valores práticos (conveniência, rapidez, funcionalidade etc.) ou com valores existenciais (amabilidade, confiança, modernidade etc.), isto é, o balanço possível entre natureza e cultura” (Floch 1988).

Quanto ao design e layout das Parafarmácias nos hipermercados é possível verificar que aqueles replicam de forma global a farmácia e a sua simbologia enquanto testemunho legitimado das representações associadas à venda de medicamentos: espaço delimitado, ambiente com temperatura controlada, predominância da cor branca associada a pureza e ambiente asséptico, e de objectivo decifrável pelo arranjo espacial e cromático das estruturas, produtos e elementos figurativos, tendo como elemento aglutinador um balcão, atrás do qual se dispõem os MNSRM, na lógica da mediação forçada (pela legislação). A organização interna dos espaços pretende induzir nos consumidores, grelhas específicas de interpretação de significados, sendo disso exemplo, a localização das vitaminas e suplementos alimentares junto dos medicamentos, procurando-se assim por mecanismos de transferência, suscitar uma percepção de potência “terapêutica” acrescida, relativamente a outros produtos semelhantes disponíveis no interior do hipermercado. A hipótese dos sistemas de significação por proximidade já foi colocada por diversos autores. Em particular Rayner & Easthope especulam sobre este fenómeno já que no seu estudo, o significado das vitaminas, suplementos alimentares e aromaterapia era percebido pelos consumidores de forma distinta consoante estivessem “nas farmácias tradicionais, junto do Panadol, pensos rápidos e cosméticos, nas farmácias tradicionais, junto do incenso e música suave ou nas lojas de produtos alimentares orgânicos, junto dos cereais” (Rayner 2001).

²⁰ Pedro Casquinha, Chief Marketing Officer da ANF. Revista “Farmácia e Distribuição”, nº 22, Junho 2010, p.23-24

A constatação de que, em muitos hipermercados, os novos espaços se encontram incrustados no seu perímetro interno, suscita interrogações sobre os modelos de articulação entre as pretendidas percepções de oferta e espaço especializados a serem geradas pelas parafarmácias e a oferta e espaço generalistas do hipermercado, no contexto de significativa concorrência? Deverá merecer futuro acompanhamento e aprofundamento analítico a evolução desta dicotomia representativa; o desenvolvimento será no sentido do hipermercado se transformar, de forma mais ou menos dinâmica, num arranjo espacial harmonioso de distintos espaços especializados/especialistas (ex. saúde, bem-estar, beleza, criança, produtos orgânicos e congelados, lar e multimédia) ou da dissolução dos atributos especialistas da Parafarmácia e sua uniformização e aglutinação pelas práticas massificadas típicas do hipermercado, perdendo individualidade e eventual competência técnica?

Uma das consequências identificáveis da modernidade das parafarmácias nos hipermercados, são as relações pessoais que ali se produzem, de natureza descontextualizada, já que predomina o individualismo, estimulado pela concretização do conceito do livre-serviço. Nos hipermercados, a lógica da despersonalização da compra integra e alimenta os processos autonómicos dos consumidores.

Na maioria das farmácias, sobretudo aquelas com laços mais antigos á comunidade, ocorrem, para além das interacções transaccionais, outras de carácter mais intangível, resultantes do conhecimento e relacionamento dos profissionais que lá exercem actividade, com consumidores de saúde, em particular idosos, que incorporam a farmácia como um território gerador de afectos, sentido de pertença e segurança ontológica. Alguns autores, em particular a equipa de Miranda Leontowitsch, investigadora na área da saúde e envelhecimento, descrevem o conjunto de atitudes por parte do farmacêutico e/ou Técnico de farmácia como catalisador de uma resposta emocional positiva por parte dos leigos, apelidando-o de “trabalho emocional”(Leontowitsch 2007).

A existência das Parafarmácias e dos Farmacêuticos que lá trabalham, fizeram emergir uma nova realidade em Portugal: dois papéis sociais (aqui conceptualizados na lógica da corrente estrutural-funcionalista) distintos, associados a interacções relacionais e transaccionais próprias, envolvendo o farmacêutico, os quais evoluirão em paralelo tendo como substrato comum, uma assumida assimetria de conhecimento entre leigos e farmacêuticos. De um lado as farmácias tradicionais nas quais “os farmacêuticos trabalham para manter as respectivas competências

profissionais em face do crescente consumismo nos cuidados de saúde”(Stevenson 2008) e estabelecem relações extra-transaccionais de carácter afecto-emocional com os consumidores de saúde leigos. Do outro as Parafarmácias e as novas farmácias (re)localizadas em modernos Centros Comerciais, nas quais os farmacêuticos não têm uma relação próxima com a comunidade e a vida social manifesta-se em contexto que Goffman no seu livro “The Presentation of Self in Everyday Life” (ed. Francesa, p. 19; edição original 1959) designa de consenso temporário: ”nas actividades que envolvem serviços, o especialista apresenta frequentemente um ar de distanciamento relativamente ao problema do cliente, enquanto este responde com uma demonstração de respeito pela competência e integridade do especialista” (Goffman 1973). Admite-se que Portugal, fruto da evolução política, económica e social possa vir a conhecer novas dinâmicas de acção, aqui entendidas na perspectiva de Firmino da Costa (p. 122-123) enquanto resultantes das acções desencadeadas por “categorias sociais de indivíduos com posições diferentes nos sistemas sociais”(Firmino da Costa 2007), incorporando afloramentos da pós-modernidade mais característicos de realidades do Centro e Norte da Europa, como seja o Reino Unido. Investigações efectuadas neste país, no contexto de uma profunda renovação da actividade e da intervenção social da farmácia e do farmacêutico sugerem que na venda de MNSRM, a competência farmacêutica nem sempre é percebida e interiorizada pelos leigos como necessária e as “transacções na farmácia podem ser tratadas como aquelas em qualquer outro ambiente do retalho”(Stevenson 2008).

Os hipermercados “inventaram uma técnica de venda sem paralelo: o livre-serviço, possivelmente um dos dispositivos mais emblemáticos da segunda metade do século XX” (Lipovetsky 2009: 85). As Parafarmácias nos hipermercados, ao incorporarem como modelo estruturante o livre-serviço, estimulam os comportamentos individualistas, expressão pública da construção de territórios de poder na gestão do corpo, actuando os Farmacêuticos, quando presentes, predominantemente como referencial simbólico, legitimador da “qualidade” dos espaços. Aliás, sendo verdade, para as parafarmácias objecto da presente investigação, a presença em cada uma delas de um Farmacêutico ou Técnico de Farmácia, não é seguro que o actual modelo se mantenha no futuro, não sendo esta realidade, compartilhada com outras cadeias de hiper e supermercados.

4. Metodologia

4.1 Questionário e Amostra

Para dar resposta aos objectivos da pesquisa empírica documentada na presente tese foi utilizada uma metodologia quantitativa /extensiva, a qual utilizou como instrumento de recolha de informação, um inquérito por questionário, através de entrevista directa, aplicado a uma amostra representativa de consumidores de saúde, frequentadores de hipermercados, os quais integram Parafarmácia. Para efeitos deste projecto, será utilizada a nomenclatura internacionalmente aceite de “consumidores de saúde” (Hill 2007).

O campo de observação deste estudo-caso foi delimitado às Parafarmácias em novos espaços comerciais, e em particular às lojas de Saúde e Bem-Estar, situadas nos Hipermercados Jumbo e Supermercados Pão de Açúcar, do grupo Auchan, os quais têm a particularidade de terem em permanência, um Farmacêutico ou Técnico de Farmácia. A amostra é constituída por consumidores, quer sejam clientes dos espaços a.m. quer nunca tenham aí adquirido qualquer produto.

Apesar da existência de 21 Parafarmácias com distribuição geográfica nacional, à altura da pesquisa, foi considerado que a amostra deveria ter uma dimensão mínima de 450 (margem de erro de 5%) questionários, tendo sido adoptada a distribuição proporcional, respeitando o critério do fluxo de visitantes ou compradores nas diversas Parafarmácias do grupo Auchan. A amostra foi estratificada por género, garantindo-se uma representação de 50% para cada um, procurando captar-se eventuais distintas representações sociais ou atitudes e comportamentos. Procurou-se que a amostra fosse igualmente representativa dos critérios idade e escolaridade.

Procurou-se que os questionários (*conf. Anexo A, pp.72-89*) fossem, na sua estrutura, suficientemente robustos para estabelecer eventuais correlações estatísticas entre segmentos ou sub-segmentos do universo e a informação recolhida, tendo sido desenhados de forma a procurar responder às dimensões de análise do objecto.

A distribuição pelas diferentes lojas procurou identificar eventual dicotomia entre ambientes urbano e parcialmente ruralizado (ou litoral/interior), tendo os questionários sido repartidos por Parafarmácias com distintas localizações, diferentes dias da semana e períodos horários. Neste contexto, a amostra final foi estruturada, com a distribuição apresentada no Quadro 4.1.

Quadro 4.1 – Distribuição dos questionários

Hipermercados	Nº Entrevistas	Observações	Localização
Alfragide	79	Espaço integrado no hipermercado	Grande cidade
Gaia	75	Espaço integrado no hipermercado c/ abertura para a Galeria Comercial	Grande cidade
Aveiro	52	Espaço integrado no hipermercado	Cidade média do interior
Coimbra	50	Espaço integrado no hipermercado c/ abertura para a Galeria Comercial	Cidade média do interior
Faro	50	Espaço na Galeria Comercial	Cidade média do interior
Viseu	52	Espaço integrado no hipermercado mas afastado da entrada	Cidade “Rural”
Castelo Branco	55	Espaço integrado no hipermercado	Cidade “Rural”
Eiras	52	Espaço na Galeria Comercial	Cidade “Rural”
TOTAL	465		

Fonte: Base de dados – Conf. Anexo B, p. 90

O trabalho de campo foi realizado entre os dias 21 e 25 de Maio de 2010 (abrangendo dias úteis e fim-de-semana) e aplicado por uma empresa especializada²¹ tendo os questionários sido recolhidos de forma presencial e directamente nos locais indicados. Os trabalhos de campo foram realizados por 15 entrevistadores experientes, os quais receberam uma formação adequada às especificidades deste estudo, através de instruções escritas, por parte da empresa a.m., tendo o autor da dissertação, participado no briefing directo. No que respeita o controlo de qualidade desta investigação, a empresa cumpriu os procedimentos standardizados, em particular:

- Em cada região, as entrevistas foram distribuídas por diversos entrevistadores, de forma a evitar que uma % significativa das entrevistas fosse feita somente por um ou dois entrevistadores.
- Após darem entrada no Departamento de Campo, os questionários foram imediatamente revistos, sendo detectados eventuais erros de preenchimento ou ausência de informação. Caso a caso, foi feita uma avaliação dos procedimentos a adoptar; estes foram desde um novo contacto com o inquirido (obtenção da informação em falta) ou anulou-se a entrevista (por exemplo, no caso de se verificar uma taxa de não resposta anormal em relação ao total das perguntas).
- Foi realizada uma supervisão de cerca de 20% do trabalho de cada entrevistador através de um novo contacto directo ou telefónico com o entrevistado. Para esse efeito,

²¹ GfK Metris que para o efeito utilizou entrevistadores adequadamente formados.

utilizou-se um questionário de supervisão cuja concepção visou verificar se foram respeitadas as indicações apresentadas em relação a: local de entrevista, método de selecção do entrevistado, condições de realização da entrevista, questionário, apresentação de listas (quando existirem) e tempo de duração da entrevista.

O questionário (*conf. Anexo A, pp. 72-90*) constituído por um conjunto de dimensões com as quais se procurou operacionalizar o modelo de análise, apresentou dois blocos de perguntas, absolutamente distintos,²² o que permitiu assegurar o controlo metodológico e deontológico do mesmo. Foram efectuados 20 pré-testes, 15 a cargo da empresa (e posteriormente incluídos) e 5 pelo autor da presente dissertação (não incluídos). A codificação das respostas correspondentes a nomes de medicamentos, seguiu os princípios da Classificação Fármaco-Terapêutica do *Prontuário de Medicamentos do Infarmed*, tendo sido validada por Licenciado em Ciências Farmacêuticas com significativa experiência na Logística farmacêutica, o qual igualmente validou as designações dos medicamentos referidos nas respostas. A este propósito e no caso de serem indicados pelos inquiridos, medicamentos com distintas apresentações registadas como MNSRM ou MSRM²³, foi seguido o critério de codificar as respostas de acordo com o volume de vendas (unidades) das várias apresentações no mercado português (no acumulado do 1º semestre de 2010), tendo para o efeito, sido solicitada informação à empresa de estudos de mercado, IMS. A apresentação(ões) com maior volume de vendas determinou a codificação do total das respostas relativas ao medicamento em causa.

Procedeu-se à segmentação da nossa amostra para cada um dos quatro grandes grupos do questionário: “Utilizadores que só compram medicamentos”, os “Utilizadores que só compram outros produtos”, os “Utilizadores que compram medicamentos e outros produtos ” e os “Não utilizadores”. Esta segmentação teve como principal objectivo, classificar os inquiridos no que respeita a caracterização de atitudes, percepções e comportamentos nas parafarmácias e nas farmácias. Posteriormente, e tendo realizado essa divisão da amostra, analisaram-se os grupos criados quanto às variáveis socioeconómicas, localização geográfica, caracterização dos consumos na farmácia e relação com os consumos na Parafarmácia.

²² O Questionário integrava um bloco final, marginal aos objectivos da presente investigação e financiado pela entidade proprietária das Parafarmácias objecto de observação.

²³ Exemplos-Brufen: apresentação de 200mg é MNSRM e apresentações de 400 e 600mg são MSRM. Aspegic: apresentação de 500mg é MNSRM e 1000 e 100mg são MSRM

4.2 Procedimentos estatísticos

Na análise aos resultados deste estudo foram utilizados procedimentos estatísticos, que merecem ser elucidados teoricamente. Para a criação das denominadas “árvores de decisão”, cujos resultados serão apresentados mais à frente, subjaz o método CHAID (derivado de Automatic Interaction Detection). Este método pretende fragmentar a informação que se tem presente, de forma exaustiva, e em subgrupos mutuamente exclusivos, de forma a ser possível seleccionar que secções da informação que temos em nosso poder são capazes de melhor descrever a nossa variável dependente. Estes preditores podem, a partir deste momento, ser incorporados no pacote de informação a ser explicado por outros segmentos de informação. Procura-se assim a obtenção de informação mais homogénea e mais fácil de compreender, não só no que toca á sua leitura, mas também na visualização de interacções até aí desconhecidas (Kaas 1980).

Esta investigação empírica que assume um formato exploratório, tal como pode ser verificado pelas hipóteses apresentadas, procurou através de um questionário construído especialmente para a realização desta investigação verificar as hipóteses colocadas. Todos os dados foram tratados estatisticamente com recurso ao software Microsoft Excel 2007, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 18 e SPAD (Système Pour Analyse Données), todos para o sistema operativo Microsoft Windows.

Para a análise das variáveis mais qualitativas, em particular as representações sociais (perguntas P. 30 e P.32) optou-se pela utilização da Análise Factorial de Correspondências (AFC), uma das ferramentas estatísticas multi-variadas mais utilizadas nas Ciências Sociais. Entendendo-se as representações sociais enquanto modeladores dos processos de socialização por amalgamarem cognição, experiência e recolha e processamento de informação com um sentido prático, de intervenção social, seguiu-se a metodologia aplicada por Rainer e Easthope quando procuraram analisar o perfil de consumo de medicinas ditas “alternativas” em distintos enquadramentos espaciais: farmácias tradicionais, farmácias “alternativas” (homeopáticas e naturopáticas) e dois estabelecimentos de uma grande cadeia de retalho de produtos alimentares biológicos (Rayner 2001). Estes, utilizaram a AFC pelo seu poder estatístico de destacar correlações semelhantes e dissemelhantes com base numa classificação em clusters. A utilização desta técnica na investigação sociológica foi catapultada pela escola francófona, destacando-se os trabalhos de Bordieu, sendo que “a opção analítica dos dados em sociologia, segundo os princípios da AFC permite garantir uma coerência estatística do tratamento global dos resultados,

fazendo emergir combinações das variáveis, sendo dirigida a estudos de natureza descritiva e não inferencial, cujos resultados traduzem a descodificação de uma estrutura de dados.”²⁴ Os dados relativos à sociografia da amostra são apresentados nos Quadros 4.2 e 4.3.

Quadro 4.2 – Inquiridos e utilizadores: distribuição por sexo

	Total Inquiridos		Total utilizadores	
	N	%	N	%
Masculino	234	50,3	86	36,6
Feminino	231	49,7	149	63,4
	465	100,0	235	100,0

Quadro 4.3 – Inquiridos: distribuição por grupos etários e escalões socioeconómicos

	Idade			Escalões	
	N	%		N	%
18/24	46	9,9	A	33	7,1
25/34	124	26,7	B	159	34,2
35/44	129	27,7	C	108	23,2
45/54	97	20,9	D	128	27,5
55 e + anos	69	14,8	E	37	8,0
	465	100,0		465	100,0

Legenda: Escalão socioeconómico definido com base na intersecção entre o nível de escolaridade e a ocupação do Principal Contribuinte para o Agregado (PCA). *Conf. Anexo B, p.91 e Anexo C, p.125*

5. Análise dos resultados

5.1 Perfis de consumo

O espaço físico pode representar um mecanismo de constrangimento ou acesso a recursos e facilidades que se materializam no último caso, em ganhos de tempo, conforto e efectividade de determinadas práticas sociais (no caso vertente, aceder em tempo útil, a MNSRM e/ou outros

²⁴ Alberto da Silva, Carlos (2003), “A Lógica da Análise de Correspondências”. Universidade de Évora, Departamento de Sociologia. Disponível em : http://evunix.uevora.pt/~casilva/tx/cs_cor.html

produtos de saúde). Neste contexto, a existência de Parafarmácias em espaços físicos vocacionados para o retalho alimentar, é hoje, 5 anos passados sobre a decisão política que lhe esteve na origem, um facto socialmente aceite, como evidenciado pelos 85,2% dos inquiridos que afirmaram concordar com a abertura das Parafarmácias/Espaços de Saúde, nos super/hipermercados. É nas mulheres que se verifica a maior aceitação (89,6%) sendo esta constatação extensível aos utilizadores já que entre os frequentadores de parafarmácias existe uma penetração maior de utilizadores do sexo feminino (63,4%). Este resultado foi confirmado pelas conclusões da aplicação da técnica CHAID às variáveis independentes (perguntas: P.1, P.2, P.3, P.4, P.6, P.8, e P.9), a qual atribuiu valor estatisticamente significativo ($P - \text{value} = 0,000$) à forte correlação entre o sexo (feminino) e a compra de medicamentos em Parafarmácias/Espaços de saúde (*conf. Anexo D, p.131*). No entanto, e apesar da concordância, se os inquiridos pudessem determinar o local nos hipermercados onde deveriam estar localizadas as parafarmácias, a sua preferência é por uma localização claramente fora do hipermercado (35,4%) ou pelo menos com ligação ao Centro Comercial (35,1%) indiciando resistência à associação directa de um serviço percebido como especializado, com o hipermercado.

Foram considerados utilizadores de parafarmácias, todos os inquiridos que já fizeram compras de medicamentos e/ outro tipo de produtos. Estes utilizadores foram divididos em 3 grupos de acordo com o seu perfil: compram apenas medicamentos, compram apenas outros produtos e compram medicamentos e outros produtos na parafarmácia, de acordo com o Quadro 5.1.

Quadro 5.1 – Tipo de Utilizador

			Masculino		Feminino		
	N	%	N	%	N	%	
Compra apenas MNSRM	40	8,6	16	40,0	24	60,0	100%
Compra apenas outros produtos	43	9,2	15	34,8	28	65,2	100%
Compra ambos	152	32,7	55	36,2	97	63,8	100%
Não Utilizador	230	49,5					
	465	100,0					

Verifica-se a preponderância da mulher nos três tipos de utilizador, não sendo possível associar tal resultado unicamente á aceitação social da Parafarmácia (marcador de género), devendo ser

considerada a oferta actualmente existente, com particular relevo para a dermocosmética e puericultura (territórios de compra, predominantemente femininos), assim como o facto de, no que respeita os Medicamentos, a mulher adquirir não somente para si mas igualmente para o agregado familiar. O facto de a maioria dos inquiridos (67,5%) afirmar que costuma comprar MNSRM na Farmácia e destes, 52,8% serem utilizadores da Parafarmácia, indicia que as trajectórias de aquisição de MNSRM nas farmácias e Parafarmácias não se excluem mutuamente. O facto de entre os utilizadores das Parafarmácias/Espaços de Saúde, 60,7% concordar parcial ou totalmente que aquelas, são “Úteis na gestão da minha vida e do meu corpo” e 64,2% concordar parcial ou totalmente que as Parafarmácias/Espaços de Saúde lhes “deu mais alternativas para a gestão da minha saúde e do meu corpo” parece confirmar que o pluralismo terapêutico dos leigos sublinhado por investigações anteriores (Lopes, 2001; Clamote, 2009) se faz agora acompanhar de pluralismo nos roteiros espaço-temporais utilizados. O facto de 78,4% dos que costumam comprar medicamentos em Parafarmácias/Espaços de Saúde, afirmar que pretendem no futuro manter ou aumentar a mesma quantidade de medicamentos comprados (sendo esta afirmação suportada por 76,6% dos inquiridos em cidades ruralizadas), e de 35,4% o fazer entre 1 e 2 anos e 39,1% o fazer há mais de 2 anos (*conf. Anexo B, p.94*), indica ser esta uma prática já endogeneizada pelos leigos. Estes dados parecem confirmar as conclusões de Bissell e co-autores de que a utilização de MNSRM “integra com naturalidade a rotina quotidiana, largamente divorciada de considerações sobre risco e perigo e predominantemente centrada no desejo de melhorias”(Bissel 2001). Regista-se a este propósito a afirmação de “algumas perplexidades” constante do Projecto de Investigação do CIES (Lopes et al. 2009, p.XXIV) em consequência da exploração das respostas, as quais parecem indicar que a dimensão do risco não está presente na gestão que os indivíduos fazem da sua saúde.

Os maiores utilizadores de parafarmácias (isto é, que compram quer medicamentos, quer outros produtos) tendem a corresponder a um escalão socioeconómico mais elevado (esta catalogação resulta do cruzamento das variáveis escolaridade e ocupação indicadas pelos inquiridos – *conf. Anexo C, p.125*). Este resultado é substantivado pelas conclusões da aplicação da técnica CHAID às variáveis independentes (perguntas: P.1, P.2, P.3, P.4, P.6, P.8, e P.9), a qual atribuiu valor estatisticamente significativo (P-value = 0,002) ao facto de serem os inquiridos dos escalões socioeconómicos mais elevados, utilizadores de Parafarmácias, aqueles que mais vão lá “de propósito para comprar o medicamento”.

Começando por analisar os compradores de medicamentos, em exclusivo e em complementaridade com outros produtos, revela-se que a maioria dos inquiridos (58,7%) ainda não fez compras de MNSRM nas Parafarmácias, sendo que destes, 18,3% já adquiriu outro tipo de produtos. É nas grandes cidades que esta taxa é menor (55,2%). É, também no segmento dos inquiridos mais velhos (com mais de 55 anos) que é mais significativa a percentagem (73,9%) dos que não adquiriram, o que era expectável, considerando ser este um segmento menos susceptível à auto-medicação (de acordo com estudos anteriores) e quando tal acontece, adquire na farmácia no contexto da regularidade com que frequentam estes espaços. Também neste caso, este resultado foi confirmado pelas conclusões da aplicação da técnica CHAID às variáveis independentes (perguntas: P.1, P.2, P.3, P.4, P.6, P.8, e P.9), a qual atribuiu valor estatisticamente significativo ($P - \text{value} = 0,027$) à forte correlação entre a idade e a compra de medicamentos em Parafarmácias/Espaços de saúde, verificando-se serem os inquiridos com idades compreendidas entre os 25 e os 34 anos, os principais compradores (61 em 192, Quadro 5.2). No escalão A, a maioria (60,6%) afirma já ter feito compras, sendo o único segmento em que tal acontece. É no entanto interessante, realçar que 21% (40 em 192 que já adquiriram medicamentos), o faça de forma isolada dos outros produtos de saúde, comprando em Parafarmácias, apenas medicamentos, revelando um padrão de compra direccionado, pouco estimulado pela venda por impulso e assente numa racionalidade aquisitiva.

Quadro 5.2 – Idade dos utilizadores

	Compra apenas medicamentos		Compra apenas outros produtos		Compra ambos	
	N	%	N	%	N	%
18/24	7	17,5	5	11,6	12	7,9
25/34	13	32,5	10	23,3	48	31,6
35/44	6	15,0	17	39,5	50	32,9
45/54	8	20,0	5	11,6	30	19,7
55 e + anos	6	15,0	6	14,0	12	7,9
	40	100,0	43	100,0	152	100,0

Relativamente ao local de compra, a maioria (46,4%) adquiriu os medicamentos no hipermercado onde foi inquirido, embora 26,6% pareçam mostrar-se menos fidelizados ao espaço, adquirindo nos vários super/hipermercados dependendo do local onde se encontram. Em termos de localização, é na cidade média do interior que este valor é mais significativo (64,4%).

Dos que compraram (192), 39,1% fazem-no há mais de 2 anos, o que revela um razoável grau de aceitação e de interiorização desta prática; é no escalão A que a percentagem (60%) é a maior. No entanto, os que compram exclusivamente medicamentos, são utilizadores mais recentes, compram este tipo de produtos há menos de 1 ano (40,0%).

Em termos de frequência de compra, a maioria (35,9%) faz compras somente quando é necessário (*conf. Anexo B, p.95*), revelando significativo grau de racionalidade e confirmando a prática de uma automedicação controlada. É na grande cidade que este processo é mais significativo positivamente face ao total (63,2%), nomeadamente nas lojas de “Alfragide” (54,3%) e “Gaia” (70,6%). Por outro lado, negativamente face ao total, destacam-se os “Espaços na galeria” (14%).

A maioria dos utilizadores (55,7%) indicou que foi de propósito à Parafarmácia, indicando que a opção pela toma de determinado MNSRM integra, com naturalidade, a respectiva trajectória de saúde. É no escalão A que se verifica a maior percentagem (65%). A compra deste tipo de medicamentos, é também na sua maioria uma iniciativa pessoal (83,3%), confirmando mais uma vez a tendência para a auto-medicação nos inquiridos do escalão socioeconómico A (95%).

No seguimento, de uma clara relação já estabelecida entre os utilizadores e as parafarmácias, não é surpreendente que a dimensão funcional da Parafarmácia pareça emergir como elemento determinante para aqueles que pensam aumentar compras no futuro, já que 84,6% referem conveniência/horários mais convenientes como a principal motivação de compra (*conf. Anexo B, p.100*), sendo este resultado mais notório na cidade média do interior. Dos que no futuro, pensam manter a mesma quantidade de MNSRM a comprar na Parafarmácia, 91,1% afirma que tal se deve ao facto de estarem satisfeitos com o actual nível de serviço.

O baixo número de inquiridos que afirma vir a diminuir a quantidade de medicamentos associado a 30% de respostas nestes casos de que a diminuição está associada a uma menor necessidade futura indicia “valor positivo” às Parafarmácias.

Dos que nunca compram MNSRM nas Parafarmácias, a esmagadora maioria (65,2%) refere a “Falta de hábito”, sendo acompanhados por 12,5% que justificou com o facto de “nunca calhou/nunca precisou” (*conf. Anexo B, p.102*) o que remete para constrangimentos mais funcionais que ideológicos, encontrando-se o valor mais significativo na cidade média do interior. Destaque negativo, para Alfragide que tendo o espaço de saúde inserido no Hipermercado, tem a maior percentagem de inquiridos que afirma não frequentar locais como Parafarmácias (56,8%).

Verifica-se que 15,8 % dos inquiridos que não compram medicamentos nas Parafarmácias compram naqueles espaços, outros produtos de saúde. Quando se consideram as compras mais recentes, os produtos de dermocosmética são aqueles mais comprados (30,2%), seguidos pelos produtos para o bebé (21,2% - *conf. Anexo B, p. 104*), expressão material da presença predominantemente de mulheres.

À semelhança do que já tinha sido identificado no capítulo dos utilizadores de medicamentos, voltam a ganhar relevância as motivações funcionais já que a “comodidade” é a dimensão mais referida (58,2%); se a ela for somado o “horário mais alargado” (22,8%), estas razões totalizam 81%. No escalão A estas opções totalizam 85%. Por sua vez, “os preços mais baratos” surgem como a segunda (2ª) razão mais importante para a compra de produtos nas Parafarmácias (23,8%). Destaque para as cidades média do interior onde a importância dos horários alargados atinge valores percentuais superiores aos da comodidade (48,3%) e aos da importância do “preço mais barato” sendo estatisticamente superior face ao total (36,7%).

Mais uma vez, e à semelhança do que acontecia nos MNSRM, a grande fatia percentual (66,4%) pensa vir a manter a mesma quantidade de compras de produtos de saúde. Haverá no entanto uma diminuição da % de pessoas que pensa vir a comprar menos (o que é bastante positivo e estará associado a uma satisfação com os serviços) e uma diminuição das pessoas que pensa vir a comprar mais (o que significa que as pessoas já farão as compras que julgam possíveis e/ou são necessárias nas Parafarmácias). Este facto, indica-nos que as Parafarmácias já conseguiram efectivamente conquistar o seu espaço no mercado global de produtos de saúde.

Neste caso assume maior significado o factor preço (66,7%) com maior relevância na grande cidade (83,3%). É legítimo especular com o facto de a comodidade (84,6%) ter sido referida para a compra de MNSRM pelo facto de a compra destes estar associada a situações de alguma emergência, e o horário alargado dos hipermercados ser uma alternativa com elevado grau de conforto, ao sistema das farmácias “de Serviço”.

No que respeita os consumos na farmácia, a maioria dos inquiridos afirma que compra MNSRM na farmácia (67,5%), sendo que é no escalão A que esta opção é mais expressiva (78,8%). Ao analisar a relação entre os utilizadores de farmácias e o perfil de utilizadores de parafarmácias, observa-se que, existe uma percentagem de utilizadores comuns de ambos os espaços (52,8%), sendo que em particular 16,9% dos utilizadores de farmácias compram apenas MNSRN nas parafarmácias. Interessante também realçar os 45,7% que apesar de referirem que

não compram MNSRM na farmácia compram medicamentos ou outros produtos nas parafarmácias e em particular, os 34,3% (*Conf. Anexo D, p.132*) que já compram apenas MNSRM nas parafarmácias (seja por não comprarem estes produtos na Farmácia, seja por partilharem as Farmácias com a Parafarmácia, numa partilha descomplexada de ambos os espaços, encontrando em ambos, elementos geradores de conforto na compra. Analisando, o tipo de comportamento de compra na farmácia *versus* o comportamento na parafarmácia, constata-se que enquanto 55,7% dos inquiridos afirmou ir de propósito à Parafarmácia para comprar MNSRM, no caso da farmácia este valor sobe para 84,1%.

Por outro lado, 81,5% afirmou tê-lo feito por iniciativa própria, alinhando com a resposta daqueles que afirmaram adquirir MNSRM nas Parafarmácias (83,3%), evidenciando que a autonomia da decisão é independente do local de compra. Para além disso, a maioria (55,3%) afirma nunca ter comprado outros produtos, evidenciando que o espaço farmácia por associação à semiótica da doença, é um espaço de comercialização predominante de medicamentos. Este resultado é mais relevante na cidade ruralizada (67,9% - *Conf. Base de dados*) provavelmente indiciando uma maior correlação para a associação a.m. Dos que afirmam comprar, é no escalão A que se verifica a percentagem mais expressiva (72,7%).

Igualmente nas farmácias é a dermocosmética (40,9%) que assume maior relevância. Também neste caso os produtos de higiene oral surgem em 2º lugar com 35,1%. Igualmente a compra nas farmácias é motivada pela conveniência (fica perto da residência ou do emprego) com 47,6% e a comodidade (já que vai às compras na farmácia, aproveita e faz tudo na mesma altura) com 41,3%. Estas aparentam ser as principais motivações revelando práticas e racionalidades não ideológicas, marcadas pelo pragmatismo, não indicando que factores associados à dependência do saber pericial sejam determinantes nos processos de decisão.

De forma a melhor perceber, o actual posicionamento das parafarmácias *versus* as farmácias, colocaram-se aos inquiridos várias perguntas de escala, nas quais se usou uma escala de Likert, que permitissem perceber não só o que os utilizadores pensam das parafarmácias, mas também tentar retirar algumas conclusões sobre quais os actuais e ainda existentes constrangimentos no caso dos não utilizadores.

Verifica-se em várias perguntas a predominância de resposta é o ns/nr, indiciadora de ausência de percepções relevantes ou desconhecimento pelos itens. Talvez este desconhecimento, seja efectivamente, o que condiciona ainda algumas pessoas a utilizar parafarmácias. A


constatação de que a maioria dos inquiridos (utilizadores e não-utilizadores, com preponderância para estes últimos) não sabe/não responde quando inquiridos sobre a eventual maior eficácia das vitaminas, protectores solares e produtos de emagrecimento (*conf. Anexo B, p.118*), comparativamente com aqueles à venda no interior do hipermercado, permite especular sobre a não existência de uma percepção de medicalização das parafarmácias (não-utilizadores) ou a existir, ela não assume relevância na decisão de compra.

No que respeita os utilizadores e aplicando a técnica CHAID às variáveis independentes (pergunta P.30: 16 hipóteses), esta atribuiu valor estatisticamente significativo ($P - \text{value} = 0,000$) à P.30.3 (“Na parafarmácia sinto-me mais à vontade para fazer as minhas escolhas”) identificando-a como a atitude mais diferenciadora daquelas em análise, destacando-se em particular os que adquirem medicamentos + outros produtos, elegendo a parafarmácia como um espaço de liberdade individual, no qual os consumidores se sentem menos constrangidos (produtos em livre-serviço, preços e promoções visíveis, organização das categorias e da oferta de forma “customizada”?) nas suas opções. A mesma técnica aplicada à pergunta P.32 atribuiu valor estatisticamente significativo ($P - \text{value} = 0,000$) à P.30.2 (“A parafarmácia localizada no hipermercado deu-me mais alternativas para a gestão da minha saúde e do meu corpo”) identificando-a como a percepção mais diferenciadora daquelas em análise, destacando-se igualmente os que adquirem medicamentos + outros produtos, permitindo estabelecer uma relação directa entre os significados atribuídos ao espaço e a percepção de um incremento autónomo por parte dos leigos na gestão auto-determinada das matérias associadas predominantemente ao bem-estar e qualidade de vida.

Os leigos, na sua relação com os produtos de saúde, revelam perfis de consumo não dissonantes daqueles caracterizados para os habituais consumidores dos hipermercados em Portugal, os quais valorizam os preços mais baixos e a possibilidade de adquirir distintos produtos no mesmo perímetro físico, como as suas principais motivações, escolhendo sobretudo produtos com reduzido envolvimento emocional, o qual se encontra ancorado numa auto-apreciação do reduzido risco a que a respectiva utilização se associa (Farhangmehr 2000). Quanto aos utilizadores de Parafarmácias/Espaços de Saúde, os quais para além de medicamentos, compram igualmente outros produtos de saúde, ganham relevância as motivações funcionais, com a “Comodidade” como a dimensão mais referida (58,2%), seguida dos “preços mais baratos” com 23,8% e “horário mais alargado” com 22,8% (*Conf. Anexo B, p.105*). Neste contexto, propõe-se

como referencial, do perfil-tipo do consumidor de saúde leigo, que adquire MNSRM na parafarmácia, aquele constante da Figura 5.1.

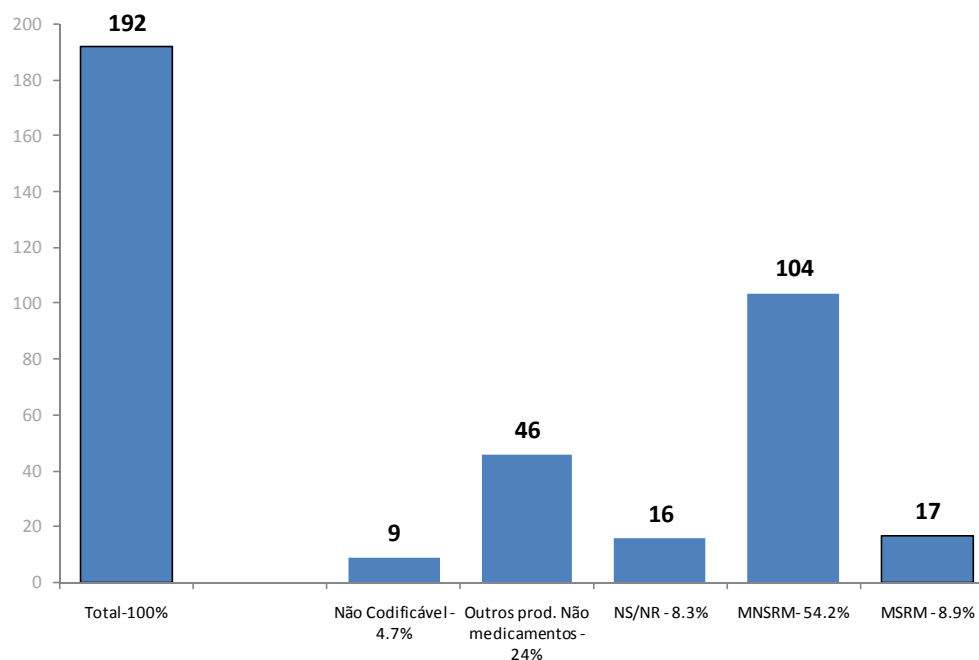
Figura 5.1 – Perfil típico do comprador de MNSRM, em Parafarmácia no hipermercado

- 
- Mulher
 - Jovem (25-34 anos)
 - Escalão socioeconómico elevado
 - Residente em grande e média cidade
 - Valoriza horários alargados e preços mais baixos
 - Não se considera influenciada pela Internet e média
 - Compra MNSRM por iniciativa própria
 - Adquire MNSRM mensalmente (regularidade) ou quando necessita (racionalidade)
 - É cliente há 1,5-2 anos e pensa manter actual nível de compras
 - Satisfação com o actual nível de serviço
 - Presença do farmacêutico não é determinante, embora a deixe mais segura

Quando questionados sobre o último medicamento adquirido na Parafarmácia, os inquiridos referem uma paleta alargada de marcas com distintos estatutos (sujeitos e não sujeitos a receita médica), sendo interessante verificar que 17 respostas se reportavam a MSRMs, com particular destaque para os Analgésicos e Antipiréticos (16 correspondendo a 94.1% - *Conf. Anexo B, p.97*) e ainda um número significativo de respostas associadas a produtos que não são sequer medicamentos ou impossíveis de codificar (Figura 5.2).

Esta evidência justifica futura exploração analítica, já que na impossibilidade legal e física de existirem MSRMs nas Parafarmácias, as respostas que indicam a compra de um MSRMs (ex. Ben-U-Ron) ou aquelas relativas a produtos que são suplementos alimentares, não estando “correctas” de acordo com o quadro normativo esperado, parecem revelar um universo cognitivo leigo mais difuso, abrangente e inclusivo, no qual as fronteiras das distintas possibilidades “terapêuticas” se desvanecem, sobrevalorizando-se mais a marca do produto que a função a que se destina, ou o respectivo estatuto legal, numa nuvem confusa de conceitos e memórias.

Figura 5.2 – Último medicamento reportado como adquirido na Parafarmácia

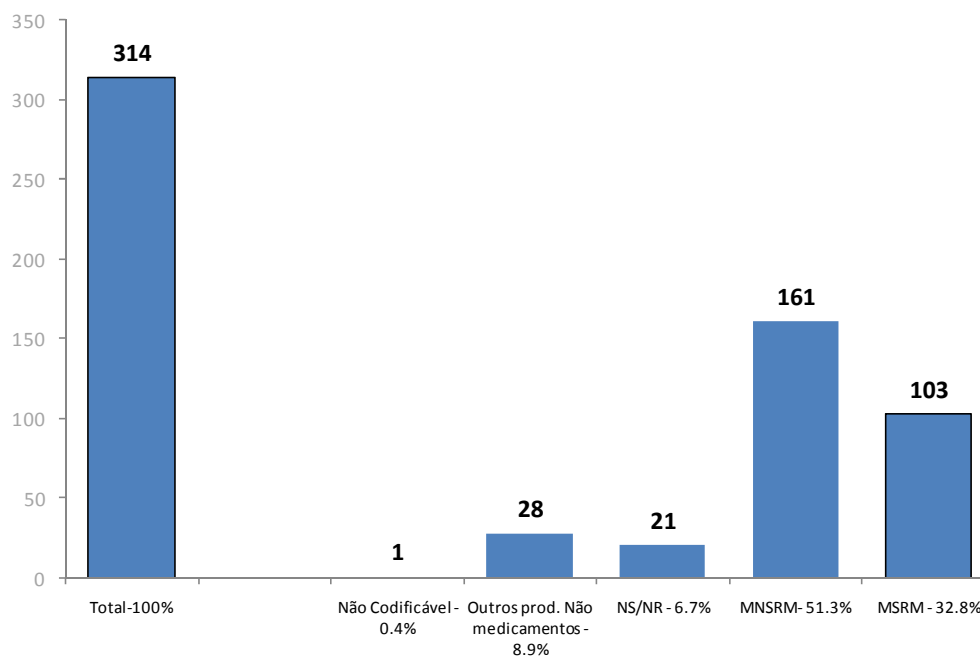


Legenda: Pergunta P.5. “Qual foi o último medicamento que comprou na parafarmácia/Espaço de Saúde?” Conf. Anexo B, p.96

Quando questionados sobre o último medicamento sem receita médica, adquirido na farmácia, os inquiridos referem um conjunto alargado de marcas e designações tipicamente leigas (ex. Pílula) com distintos estatutos (sujeitos e não sujeitos a receita médica), verificando-se que 103 respostas se reportavam a medicamentos com o estatuto de MSRM (Figura 5.3).

Neste contexto, pode-se afirmar que a distinção de estatuto entre MNSRM e MSRM clara entre os especialistas, não é acompanhada de forma discernida pelos leigos, já que a sua prática é legitimada pela aquisição de MSRM na farmácia, mas sem a posse de uma receita. A automedicação contempla actualmente a utilização de MNSRM e de MSRM os quais a farmácia vende sem receita, e de utilização generalizada (ex. Ben-U-Ron, Ultra-Levure, Kompensan, anticoncepcionais orais etc.). Esta dicotomia prática-regulamentar, a justificar futuro aprofundamento analítico introduz desvanecimento das fronteiras entre o estatuto dos distintos medicamentos, a recomendar intervenção urgente do regulador, já que no caso presente, o que a realidade evidencia, é uma desadequação legislativa (Medicamentos e substâncias activas com idêntica dosagem e indicação e distintos estatutos) e uma “dispensa” de medicamentos muito liberal por parte da generalidade das farmácias, e não uma prática abusiva por parte dos leigos.

Figura 5.3 – Último medicamento sem necessidade de receita médica reportado como adquirido na farmácia



Legenda: Pergunta P.23. “Qual foi o último medicamento sem necessidade de receita médica que comprou na farmácia?” *Conf. Anexo B, p.109*

Em paralelo com a aquisição de medicamentos com estatuto de “Sujeitos a Receita Médica” de uso corrente, verifica-se igualmente a referência a medicamentos mais específicos, como sejam antibióticos ou antihipertensores, sendo impossível de confirmar se tal indicia uma prática ilegítima da farmácia, ou uma “receita suspensa”²⁵. Em qualquer dos casos, o que a presente investigação revela, é a percepção dominante entre os leigos: MNSRM são todos os medicamentos que efectivamente são adquiridos sem a apresentação formal e imediata de uma receita médica. O quadro 5.3 apresenta a categorização das respostas relativas aos MSRM de acordo com a CFT vigente, sublinhando-se que das 60 respostas codificadas como “Analgésicos e Antipiréticos”, 56 correspondem ao popular medicamento “Ben-U-Ron” (Fonte: Base de Dados), evidenciando-se que este fenómeno parece apresentar uma mais forte incidência no género feminino, já que os homens “erraram” menos no estatuto dos medicamentos (Quadro 5.4).

²⁵ Situação muito comum nas farmácias portuguesas; em consequência das conhecidas dificuldades de acesso ao médico, a farmácia vende o MSRM e aguarda que o doente seja posteriormente (até 60 dias) portador da respectiva receita, em particular no caso de doenças crónicas.

Quadro 5.3 – Classificação Fármaco-Terapêutica (CFT) dos principais MSRM adquiridos sem receita na farmácia

CFT	Total	
	N	%
Anti-Histamínicos	3	2.9
Analgésicos e Antipiréticos	60	58.3
Anti-Hipertensores	3	2.9
Anticoncepcionais	7	6.8
Anti-Inflamatórios não esteróides	18	17.5
Enxaqueca	2	1.9
Outros	10	9.7
TOTAL	103	100

Legenda: Classificação Fármaco-Terapêutica de acordo com o Prontuário Terapêutico do Infarmed, das respostas dadas à pergunta P 23 (conf. Anexo B, p.109)

Quadro 5.4 – Último medicamento sem necessidade de receita médica, reportado como adquirido na farmácia, por homens e mulheres

			Masculino		Feminino		
	N	%	N	%	N	%	
MSRM	103	39,0	37	35,9	66	64,1	100%
MNSRM	161	61,0	90	55,9	71	44,1	100%
	264	100,0					

5.2 Simbologias

A afirmação de que a Parafarmácia é um espaço predominantemente associado a bem-estar e não a doença, é suportada parcial ou totalmente por 62,1% dos utilizadores e mesmo por 40,9% dos não utilizadores, permitindo contextualizar a aquisição de produtos de saúde nas Parafarmácias, na lógica da reposição do bem-estar e da qualidade de vida e não na intervenção em *verdadeiros* problemas de saúde, de acordo com as representações e racionalidades leigas já identificadas em anteriores investigações (Lopes, 2001:154).

Numa lógica de inversão do actual paradigma associado ao modelo de gestão da saúde em Portugal (é necessário deixar de subsidiar a doença e financiar a saúde), parece justificarem-se alterações legislativas que permitam a utilização do termo “Parafarmácia” por parte dos “Espaços de Saúde”, isto de acordo com 44,5% dos inquiridos que concordam com a abertura das Parafarmácias nos super/hipermercados, os quais referem concordar parcial ou totalmente

com a afirmação “estas áreas de saúde deveriam exibir o nome ‘Parafarmácia’ para melhor se perceber o que vendem” (*conf. Anexo B, p.124*).

As conclusões desta investigação não são imediatamente generalizáveis ao restante universo das Parafarmácias nos super/hipermercados em Portugal, pelo facto único, de todos os Espaços de Saúde onde teve lugar este inquérito, disporem de um Farmacêutico ou Técnico de Farmácia em permanência, aproximando-se neste contexto, do ambiente da farmácia. No entanto, a presença de um farmacêutico parece não ser determinante para a aquisição dos MNSRM já que 55,7% dos utilizadores afirma não saber da sua eventual existência, (*conf. Anexo B, p.99*) com uma ligeira supremacia para as “Grandes Cidades” (38,4% - 41 em 107. *conf. Base Dados*). Admite-se que a presença de colaboradores com bata branca e adequadamente preparados no plano técnico, seja suficiente enquanto mecanismo de mediação cognitiva, apaziguador de eventuais desconfortos, e a existência de símbolos e signos associados ao universo da saúde e a legitimação por via legal-regulamentar da existência do espaço, o garante para os leigos, de que no seu interior ocorrem práticas de saúde e bem-estar normatizadas, não carecendo da presença física de um especialista a ocupar a centralidade daquelas. Neste contexto, parece não se confirmar a enunciada problematização de as Parafarmácias nos hipermercados fornecerem novas condições materiais para a disseminação da medicalização na sociedade Portuguesa, antes funcionando como plataforma de expressão de uma maior autonomia. O funcionamento das Parafarmácias nos hipermercados constitui, no entanto, uma realidade em permanente processo de construção e reconstrução, a justificar futura exploração analítica; a recente decisão por parte da cadeia de hipermercados com a maior presença neste mercado²⁶ de alterar a sua designação de “Área Saúde” para “Well’s” num extenso programa de “rebranding” que incorpora a “desmedicalização” dos principais elementos semióticos, já que a criação de uma nova marca se acompanha de uma sinalética mais espartana na utilização do símbolo da cruz e da implementação de um arranjo espacial mais próximo da “boutique” do que da farmácia tradicional, sugere questionamentos quanto às percepções que se pretende desenvolver, em particular a acentuação da modernidade e conforto destes espaços e da sua antecipada vocação para servir as necessidades e apetites dos consumidores, na gestão funcional e não reflexiva da sua qualidade de vida, de acordo com padrões altamente mediatizados.

²⁶ O Grupo Sonae tem, de acordo com os dados disponibilizados no site do Infarmed, uma quota de mercado > 40%

A pós-modernidade expressa-se na articulação de processos tecnológicos e sociais transformadores da sociedade, com particular impacto na esfera económica e em contexto de globalização dos negócios, fluxos financeiros etc. Estes movimentos de amplitude tectónica têm como consequência, alterações no sistema de crenças, nos processos de construção e reconstrução identitária, em consequência do crescimento dos consumidores reflexivos, e na organização das estruturas societárias, nomeadamente na ideologia e organização dos sistemas de saúde. Na lógica do modelo pós-Fordista, a produção flexível e os mercados de nicho surgem em alternativa á produção em massa de produtos estandardizados para o consumo de massas, afirmando-se os padrões de diversidade e as escolhas dos consumidores, como a norma reinante. De acordo com Bauman (1998) a estética do consumo substitui a ética do trabalho como a regra central da sociedade, na qual os corpos produtivos evoluem para corpos consumidores.

O edifício teórico-conceptual da “Pós-modernidade” que coloca a ênfase no consumo simbólico *versus* o consumo funcional, tem vindo a ser contestado por vários autores (Bissel, 2001; Rayner, 2001). Rayner e Easthope em particular, abordam os argumentos de Bauman e Giddens (elaborados há 20 anos), os quais teorizaram que o processo de construção identitária dos indivíduos na sociedade contemporânea se materializa predominantemente pela incorporação de significados, através da aquisição de oferendas de valor simbólico, em particular associadas ao corpo, já que este, emerge no contexto de trajectórias indefinidas, como mapa social, pelo qual os indivíduos se exibem perante os outros: “este consumo simbólico, argumentam Bauman (1992) e Giddens (1991) tornou-se no processo central da construção identitária no mundo pós-moderno, já que se tem assistido ao declínio das tradicionais fontes identitárias, como a família de origem e a classe social”(Rayner 2001). Estes autores questionam a dominância do factor simbólico nas motivações de consumo, concluindo a propósito da utilização de produtos ditos “alternativos” que o valor simbólico é importante mas o valor funcional permanece como um motivador do consumo ou pelo menos de aquisição, já que no seu estudo, 47% das mulheres adquirem produtos para outros e não para consumo próprio (Rayner 2001). Os desenvolvimentos sociais das duas últimas décadas parecem confirmar que o consumo de produtos de saúde apresenta um carácter familiar, mundano, desassociado de exercícios reflexivos. No mercado da saúde, o consumo tem sido generalizadamente exercido através de “gatekeepers” especialistas, avolumando-se as condições objectivas (crise económica, escassez de recursos) e as subjectivas (responsabilidade individual, reflexividade, identidade) as quais actuam como catalisador de

alterações da organização social, originando que cada vez mais, os doentes e a generalidade dos indivíduos passem ser consumidores directos; neste contexto, o binómio escolhas-preço é determinante não somente na lógica individual mas igualmente colectiva já que serão crescentes as pressões legislativas, económicas e ideológicas de “valorização da auto-medicação e do auto-cuidado, como instrumento de redução dos custos em espiral da saúde”(Bissel 2001). Sob o garrote da actual crise económica, que caminho seguirão as autoridades portuguesas? As prioridades irão para os cuidados de saúde ou para segurança social? Neste contexto, as Parafarmácias da moderna distribuição (hipermercados e supermercados) estão emergindo como uma alternativa efectiva. No plano funcional, os últimos dados conhecidos, confirmam a redução efectiva dos preços dos MNSRM ali vendidos: para um cabaz de 5 MNSRM a variação de preços registada nas parafarmácias dos hiper e supermercados *versus* Janeiro de 2005 foi de -6.2% em Janeiro de 2008, -6.3% em Janeiro de 2009 e de -7,5% em Janeiro de 2010.²⁷

5.3 Papel da Informação

Estudos de mercado recentes²⁸ evidenciam que no que respeita as atitudes e comportamentos face aos MNSRM, os consumidores portugueses (pelo menos os de meios urbanos, já que o estudo em referência se concentrou na Grande Lisboa, Grande Porto e Coimbra) integram aqueles produtos numa categoria familiar e desmistificada, assumindo a legitimação da sua utilização, embora cuidadosa pelos limites que lhe auto-impõem (posologia/conhecimento dos sintomas/gestão dos efeitos secundários). Esta gestão “caseira” compreende o processamento da informação recebida pela TV (10%), recolhida na Net (9%) e visualizada no folheto informativo (9%) do medicamento. Esta apetência pela Internet como ferramenta utilizável na privacidade do lar, começa a revelar-se já hoje no fenómeno da aquisição de medicamentos (embora com valores residuais e estatisticamente pouco significativos, de acordo com uma sondagem efectuada pelo Infarmed a 800 cibernautas, entre os dias 04 e 11 de Janeiro, 6% dos inquiridos com idades compreendidas entre os 18 e os 64 anos já adquiriram medicamentos em sítios online, não credenciados).²⁹ Tendo como referência as patologias associadas às compras, constata-se que se tratam sobretudo de produtos, os quais carecem de receita médica, afirmando-

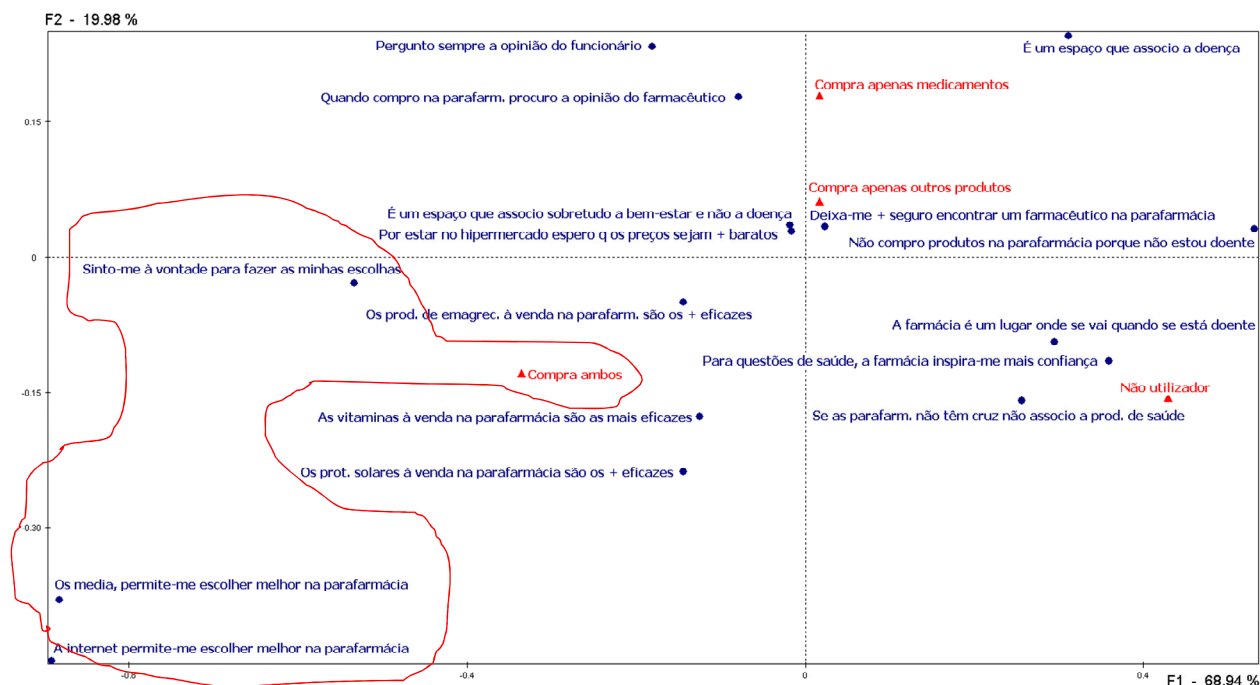
²⁷ “Qual o impacto da liberalização dos preços dos OTC dentro e fora das farmácias?”.Revista Marketeer, nº 167, Junho de 2010

²⁸ GfK Healthcare, Janeiro 2008. Disponível em www.apifarma.pt/uploads/apresentacao_gfk

²⁹ Infarmed – Nota de Imprensa, 21 de Janeiro de 2010. Disponível em www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED

se a Net como um *by-pass* entre as necessidades (auto-percepcionadas ou anteriormente diagnosticadas) dos indivíduos e o acesso (mais ou menos burocrático/intermediado) aos produtos, sendo que o facto de a situação clínica não ser socialmente aceite, ou o clima de contracção económica actuam como catalisadores do processo. Aparentemente, e para situações mais graves, os consumidores portugueses estão disponíveis para assumir graus mais elevados de risco. De acordo com a presente investigação, parecem conviver duas orientações distintas: um perfil de consumidor da parafarmácia (Figura 5.4, *conf. Base de dados*), que adquire seja medicamentos sejam outros produtos de saúde, alimentado por informação que recolhe nos *media* e na internet e suficientemente autónomo e ágil na gestão do processo etiquetagem-autoprescrição leiga numa orientação que poderemos designar de “Confiante” (eventual maior credibilidade atribuída aos *media* e melhor processamento da informação).

Figura 5.4 – AFC - Pergunta P.30 (TB) Vs. tipo específico de utilizador



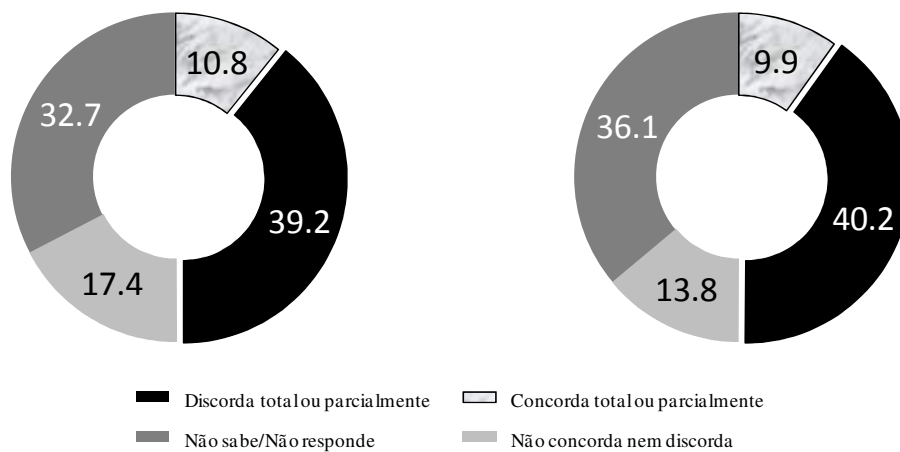
Legenda : AFC: Análise Factorial de Correspondências. TB – Top Box (respostas nas opções 4 e 5)

▲ Variáveis dependentes – Tipo específico de utilizador ● Variáveis independentes

Este perfil parece ser, no entanto, ainda minoritário já que a resposta da maioria dos inquiridos parece situar-se nos quadrantes da discordância ou do NS/NR (o que no plano da aceitação cognitiva, tem um significado semelhante) quanto ao papel dos *media* e da Internet na

mobilização de consumos na parafarmácia, como evidenciado na Figura 5.5 e que podemos designar de orientação “céptica” (eventual privilégio aos *inputs* das redes de convivência e mais débil processamento da informação).

Figura 5.5 – Consumos mobilizados pelos *media* e Internet



Pergunta P. 30.11– “O que leio nos jornais e revistas e ouço na televisão, permite-me escolher melhor na Parafarmácia” - Conf. Anexo B, p. 119

Pergunta P. 30.12– “A informação que recolho na Internet, permite-me escolher melhor na Parafarmácia” - Conf. Anexo B, p. 120

Conclusões

O medicamento é, simultaneamente, símbolo da medicina moderna e um dos instrumentos tecnológicos da medicalização da vida quotidiana, não podendo ser negligenciada a fenomenologia social e cultural que lhe está associada. Os acontecimentos mais recentes, em particular a denominada Gripe A, vieram sublinhar que a dicotomia saúde-doença é incontornável na vida quotidiana. A gestão daquele binómio é cada vez mais um processo partilhado entre o indivíduo e as instituições, moldando comportamentos, hábitos (ex. higiene, com o uso de desinfetantes e divulgação das técnicas de higienização das mãos) e processos de socialização. O medicamento cristaliza os distintos paradigmas de saúde, em toda a sua complexidade. Em paralelo, outros produtos na fronteira entre a saúde e o bem-estar, como as vitaminas, assumem a simbologia de talismãs ou amuletos quotidianos (Cohen 2001).

A automedicação, no cruzamento de influências múltiplas (cultura de consumo, pericialização dos saberes leigos, papel da indústria farmacêutica e da *Net*, estilos e ritmos de

vida e crescente facilidade no acesso aos produtos de saúde) constitui um terreno de eleição para a investigação sociológica.

O conceito de “uso racional” dos medicamentos ou automedicação “responsável”, remete para a socialmente aceite, relação entre medicamentos e risco, em que a gestão da dualidade benefícios-riscos, exige uma maior responsabilização dos indivíduos, na gestão da sua saúde, por delegação (nalguns casos forçada) dos sistemas periciais. Neste contexto, “as conotações de risco assumem, assim, uma função de regulação social” (Lopes 2004). A automedicação enquanto prática que reflecte as várias racionalidades leigas, na gestão do auto-cuidado e de “auto-saúde”, socializa-se na definição e operacionalização quotidianas, de perímetros de actuação, de acordo com a catalogação efectuada por alguns autores, relativamente ao grau de proximidade com o controlo profissional (Lopes 2001), sendo hoje questionada a dicotomia “responsável – não responsável” enquanto acantonamento politico-ideológico de matriz paternalista, procurando no plano discursivo, negatizar as práticas leigas mais autónomas, mas sem efectividade prática: “Ficou igualmente demonstrada a inoperatividade da distinção institucionalizada entre automedicação responsável e automedicação não responsável. É uma distinção cujo alcance – enquanto suporte de regulação deste campo de práticas – se esvazia de sentido, quando confrontada com a normatividade já inscrita nos universos leigos e com os consequentes efeitos de conformidade que esta produz”(Lopes 2003) (Vol. I, pág. 325).

Os dois perfis identificados (automedicação sem controlo profissional, e com remoto controlo profissional) revelam que os medicamentos são objectos saturados de sentidos e muito ambivalentes (Desclaux 2003), a justificar continuado aprofundamento empírico.

A automedicação submete-se, enquanto fenómeno social, à lei da oferta e da procura. A indústria farmacêutica utiliza o seu poder ideológico, económico e político para jogar com as ansiedades e desconfortos da vida na modernidade tardia, criando um mercado para os seus produtos, que se expande, muito para lá das óbvias necessidades de saúde (Busfield 2006).

No que respeita esta nova dimensão de análise (a combinação de componentes funcionais, de gestão identitária e de reconstrução semiótica) é interessante revisitar os estudos apresentados no Meeting de Viena de 2009 da AESGP¹⁰. A Consultora Added Value apresentou os resultados de um estudo realizado em Itália, França, Espanha e Reino Unido procurando descodificar a relação emocional estabelecida entre os consumidores de saúde e a auto-medicação, tendo

concluído que as representações e a prática social inerente estão associadas a uma abordagem positiva e mesmo optimista das condições físicas dos indivíduos, implicando tal, um estilo de vida e hábitos saudáveis, constituindo uma ferramenta individual de expansão de capacidades, em oposição á doença enquanto factor limitante das capacidades. O estudo identificou 3 valores incorporados pelos indivíduos mais comprometidos com a auto-medicação, de uma forma transversal aos 4 países:

- Auto-estima: auto-medicação implica satisfação na afirmação para os outros que a opção escolhida resulta de forma significativa
- Autonomia: a capacidade de escolher qual a melhor opção para si próprio, a qual implica o auto-conhecimento e a liberdade de decidir
- Bem-Estar: princípio inspirador de uma vida equilibrada e saudável

O comportamento é racional e é determinado pela combinação de 3 necessidades: de informação, a qual permite a afirmação e acção do *self*, de orientação (guidelines do médico) e de conforto (parceria com o farmacêutico de proximidade); conclui o estudo que “a auto-medicação é associada a um posicionamento, que se afasta do conceito de doença e se encontra próximo do conceito da rápida recuperação da qualidade de vida quotidiana”

A automedicação sugere questionamentos analíticos, nos planos, quer de construção da autonomia dos indivíduos, com eventuais implicações de carácter ético, no que respeita novos conceitos de cidadania, quer no plano dos pluralismos terapêuticos e dos correspondentes interfaces e interações entre os diferentes níveis e agentes do sistema, e correspondentes variações de sentido, do medicamento, garante da eficácia social “ o indivíduo que vai de cuidado em cuidado, não pratica unicamente, um empreendimento terapêutico: ele é um peregrino cultural que aprende, pelo caminho, códigos novos” (Benoist 1997). Antecipa-se que a problematização dos perfis e motivações do consumo de produtos de saúde nos novos espaços comerciais, vulgo parafarmácias, em hipermercados e supermercados, por ser um fenómeno novo em Portugal, pode contribuir para a “desocultação das complexidades sociológicas que configuram as racionalidades leigas das práticas de automedicação nas sociedades actuais” (Lopes 2001).

A Internet “é agora a maior fonte de informação sobre saúde, para os leigos, tendo neste contexto, o potencial para re-calibrar as relações de poder entre doentes e profissionais de saúde” (Nettleton 2005), verificando-se uma emergente concordância entre a utilização leiga da internet

para efeitos da saúde e da doença e as concepções (geralmente) biomédicas dominantes, do que é que constitui uma informação sobre saúde, de ‘boa qualidade’.

O processo de endogeneização de conhecimentos periciais de saúde, por parte dos leigos, da partilha de informação entre leigos e comunidades leigas, articula-se com o poderoso incremento da literacia tecno-funcional da generalidade dos consumidores, originando um contínuo processo de reapropriação, processamento e assimilação de conhecimentos e consequente sensação de controlo sobre as suas vidas; novas tecnologias, encorajam a disseminação de nova informação, a qual por sua vez, ajuda os consumidores a reganhar o controlo que sentiram ter perdido, durante uma fase intermédia, devido à tecnologia. Segundo Manuel Castells, a geração do conhecimento e a sua difusão, são essenciais para o bem-estar da espécie humana. A mudança, neste processo cognitivo global, reside nas fontes de informação: ” a informação na era da Internet vem de pessoas, pessoas que produzem a sua informação e a trocam na Net. Esta é a verdadeira revolução.”(Castells 2004). 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 (Blogs, Wikipédia) à saúde (desenvolvimento explosivo do “*self-care*”). A combinação das alterações demográficas, incapacidade de controlar os custos dos cuidados médicos, o conhecimento e a tecnologia, alterarão as tradicionais relações de poder entre médicos e doentes, encorajando uma atitude de progressivo auto-cuidado, sendo paradigmático desse novo quadro relacional, os doentes diabéticos. Esta é uma das áreas em que a dialéctica, delegação -“*empowerment*” é mais evidente (os doentes controlando o seu regime alimentar, efectuando controlos regulares dos níveis de glicemia, auto-administrando a insulina etc.), sendo que “all this empowering self-help technology, is still primitive compared with what lies ahead” (Toffler and H. 2006).

Segundo Bohman, e a propósito da democracia deliberativa, a distribuição social do conhecimento, determina a divisão cognitiva do trabalho, o qual deve ser estruturado em bases cooperativas, assegurando que o saber pericial se legitima pela sua relevância prática (de acordo, e ao serviço das necessidades e actividades dos leigos): ao definir a actividade dos especialistas,

através das suas consequências sociais, os participantes leigos, podem modelar/configurar o conhecimento que é produzido, tornando-o acessível, e logo, um activo partilhado (Bohman 2000); a internet e os *media*, potenciam *ad infinitum* este fenómeno.

Portugal enquanto país semi-periférico ou de desenvolvimento intermédio (Sousa Santos 1990), encontra-se num processo evolutivo, em transição para uma sociedade em rede (Espanha 2009), com crescente utilização da Internet, para pesquisa de informação sobre saúde, mas de forma não uniforme, primariamente em processo de complementaridade com os distintos pluralismos terapêuticos, em particular aqueles de carácter marcadamente leigo, como seja o “boca-a-boca” (o principal meio – 44,2% - utilizado pelos cibernautas, é falar com a respectiva rede social de apoio, sendo que a opção de falar com conhecidos, amigos ou familiares, sobe para 61,6% no caso dos não utilizadores da Internet³⁰) configurando um contexto, em que se admite poder vir a existir menor dependência do médico, mas não da medicina, por vias da mediação informal das redes sociais e da respectiva capacidade de homogeneizar os conceitos resultantes da interiorização leiga da patologização das condições de saúde.

Vários indicadores parecem confirmar a apetência da população portuguesa para a valorização da legitimação cognitiva inter-pares. Os resultados do “Edelman Trust Barometer 2010” parecem evidenciar que este fenómeno é independente da estratificação socioeconómica. No que respeita os 203 inquiridos em Portugal, os resultados divulgados deste estudo anual,³¹ sobre a confiança, realizado no final de 2009 junto de 4875 indivíduos de 22 países, com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos de idade, licenciados e integrando agregados familiares com rendimentos superiores a 30.000,00 €, revela que confiamos mais no outro que é igual a nós em desfavor das lideranças políticas, económicas e empresariais. Para os portugueses, “alguém como eu” será o porta-voz mais credível para representar uma qualquer instituição. O estudo indica que os Portugueses necessitam de informação originária de múltiplas fontes e múltiplas vozes, reflectindo uma cultura de socialização e partilha que privilegia os processos cognitivos legitimados pela *vox populi* (“se todos falam neste tema, só pode ser verdade”). Em paralelo, como possível consequência de algum deslumbre com o fenómeno do online e as ferramentas digitais e a incapacidade de colocar filtros na informação recebida, mesmo um segmento,

³⁰ A Saúde na Era da Informação (SEI), “Conteúdos de Saúde on-line: Google, www e blogues”. Disponível em <http://sei.iscte.pt/docs/utentes.pdf>

³¹ Disponível em www.grupogci.blip.TV/

supostamente mais informado e diferenciado, tendencialmente confia mais na Internet, Blogues, motores de busca etc., que os inquiridos dos restantes países.

É de admitir que no contexto de uma progressiva info-tecnicização da sociedade portuguesa, as redes sociais online, venham a partilhar com aquelas presenciais, a prerrogativa de validação/credenciação da informação associada ao território da saúde numa lógica de potenciação de recursos e patrimónios cognitivos explorada por alguns investigadores (Clamote 2009), numa tendência de aproximação de Portugal às sociedades ocidentais mais info-evoluídas.

No caso português, os distintos dados e investigações disponíveis, parecem confirmar um estádio híbrido marcado por profundas assimetrias, em que a inovação convive com o conservadorismo, tecnologias de ponta com a iliteracia e o analfabetismo, o legal com o subterrâneo, a autonomia com o seguidismo, numa convivência harmónica de múltiplas sociabilidades, na lógica de que na vida como na linguística só se adopta o que se adapta, alimentando o estilo “Português-suave”³² e as suas práticas e representações da saúde. Admitindo-se uma relação directa entre a construção de projectos autonómicos por parte dos consumidores de saúde leigos e uma maior adesão da sociedade às Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) e às redes por elas geradas, então ainda muito caminho existe a ser percorrido já que segundo Gustavo Cardoso (2005) “Portugal encontra-se na fase inicial da sociedade em rede, caracterizada pelo facto de se misturarem traços de modernização e novos desafios (envelhecimento, exclusão social) com estruturas económicas e sociais ainda arcaicas” (referido por Espanha 2009).

Como efeito da comunicação global, os padrões culturais locais, são substituídos por padrões homogeneizadores, típicos da cultura de massas. Esta tendência, centrípeta (de um centro para as periferias) tem estimulado o efeito de diferenciação por parte de elites mais reflexivas e sectores mais escolarizados, ou a revalorização de antigas formas particulares de expressão da cultura, nomeadamente aquelas associadas à saúde e à doença, as quais encontram suporte, ainda que no plano da negação, numa inquietação social resultante das agressões de carácter ambiental, características da pós-modernidade. O desenvolvimento de uma consciência

³² O Estilo Português Suave surgiu de uma corrente de arquitectos que, já desde o início do século XX, procurava criar uma arquitectura "genuinamente portuguesa". O resultado desta corrente foi a criação de um estilo de arquitectura que utilizava as características modernistas da engenharia, disfarçadas por uma mistura de elementos estéticos exteriores retirados da arquitectura portuguesa dos séculos XVII e XVIII e das casas tradicionais das várias regiões de Portugal. Apesar das críticas dos intelectuais, o Estilo Português Suave revelou-se bastante popular, correspondendo aos gostos dos portugueses. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/Estilo_Português_Suave

ecológica, tende, no plano das representações e também dos discursos, a perceber a medicina tecnológica como anti-natural e anti-ecológica, em contraponto com as medicinas alternativas, ditas “naturais”. Neste contexto, é observável a procura de legitimação social e institucional dessas medicinas, saberes e produtos a elas associados, assim como o surgimento de propostas terapêuticas como a fitoterapia e a aromaterapia, as quais remetem para as ancestralmente conhecidas propriedades curativas e preventivas das plantas, valorizando o simbólico em oposição ao real. As Parafarmácias procuram ocupar este território, disputando-o às “Ervanárias” tradicionais.

Do lado da oferta, é visível a crescente disponibilidade de produtos de saúde com a designação BIO (integrando componentes produzidos em modo Biológico) em particular no caso das vitaminas e suplementos alimentares e o significativo investimento na substituição de componentes de origem sintética por outros ditos “naturais” no que respeita os produtos de dermocosmética. Do lado da procura, esta é igualmente crescente, verificando-se uma indiferenciação cognitiva, a qual se expressa de forma natural no discurso leigo, por vias da designação de “medicamentos naturais”- fusão entre atributos contrários (sintético e tecnológico associados ao medicamento com inócuo e seguro associados à natureza). O projecto de investigação “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico” (Lopes et al., 2009, p.XIV) contribui para a compreensão do crescente papel do retalho alimentar nesta matéria ao concluir que “sobre os locais de aquisição dos medicamentos ‘naturais’, considerando apenas os adquiridos fora das farmácias, predominam largamente as lojas de produtos dietéticos/ervanárias, embora se registre uma emergente expressão da aquisição em hipermercados, no caso da amostra nacional”

Muitos especialistas (médicos, farmacêuticos, psicólogos, biólogos etc.) conscientes da dinâmica do “mercado da cura”, aceitam que os percursos terapêuticos de muitos indivíduos incluam práticas mais ou menos alargadas de auto-medicação, tornando-se actores nos encontros e desencontros entre saberes distintos, que caracterizam a reorientação das relações entre sociedade e saúde, na construção de pluralismos terapêuticos. O conceito de “Bem-estar” o qual procura fundir a boa forma física com níveis adequados de satisfação emocional e mental, permeia de forma transversal, os discursos leigos e periciais, legitimando as propostas, recomendações e práticas contemporâneas de associação harmoniosa da actividade física com uma alimentação saudável e o recurso a múltiplas técnicas de relaxamento e manipulação corporal, muitas delas de inspiração exoticamente oriental (ex. Fitball e Chiball, Tai-Chi Chuan,

Body Balance, Pilates e Biodanza). Na abordagem anglo-saxónica, o *fitness* está sendo ultrapassado pelo *wellness*, num inesperado retorno ao “*Mens Sana in Corpore Sano*” do poeta romano Juvenal, alimentando uma lógica de complementaridade de consumos, numa voragem mítica que “aumenta o papel do consumismo como forma de os indivíduos organizarem a sua vida social”(Leontowitsch 2010).

No contexto do aumento da esperança de vida, do direito à escolha e do dever dos indivíduos de assumirem as suas responsabilidades na auto-gestão dos respectivos trajectos de saúde, distintas evidências parecem confirmar a existência de um modelo plural, mais baseado na esperança que na evidência científica e sem fronteiras etárias, na utilização eventualmente consumista dos MNSRM, mas simultaneamente tensional com os saberes e poderes da biomedicina convencional, legitimados pela sua essência técnica (Leontowitsch 2010).

O modelo teórico-conceptual da tríade pós-modernidade – reflexividade – sociedade de risco, desenvolvido há mais de 20 anos por alguns dos mais importantes expoentes da sociologia contemporânea (Giddens, Beck, Baudrillard) conheceu alguns dos primeiros questionamentos em 1997 com Deborah Lupton (referido por Bissell et al., 2001), os quais parecem hoje legitimados pela prática social dos indivíduos, no final da 1ª década do séc. XXI, e em particular, a emergência dum tipo particular de consumidor, voraz e pragmático, descrito, ironicamente, por Bauman (p.94), no contexto da sua crítica aos teóricos da economia de mercado:” *Homo consumens*, o solitário, auto-referente e autocentrado comprador que adoptou a busca pelo melhor preço como uma cura para a solidão e não conhece outra terapia”(Bauman 2006).

Na prática frenética dos indivíduos, em particular dos meios urbanos, saúde e bem-estar tendem a afastar-se, afirmando-se o conceito “doença” como um eclipse espacio-temporal disruptivo da respectiva rotina quotidiana, acolhedor de forma natural dos distintos processos de medicalização, em particular submissão ao conhecimento e poder periciais. Fora desses momentos episódicos (doenças agudas) ou prolongados (doenças crónicas) os leigos utilizam medicamentos e/ou outros produtos de saúde na lógica funcional da gestão/manutenção da sua qualidade de vida. Neste contexto, não são percebidos como medicamentos, a Aspirina, na medida em que é passível de ser utilizada 2/3 vezes por mês para situações tão banais e corriqueiras como seja uma dor de cabeça por excesso de tempo em frente ao computador ou uma noite mal dormida, um xarope para a tosse, já que é absolutamente “natural” verificarem-se no Inverno, resfriados, gripes e constipações e os anticoncepcionais pelo facto de integrarem a

rotina diária de milhões de mulheres. Alguns medicamentos “desfarmacologizaram-se” e são hoje encorporizados e utilizados como acessórios de suporte à vida social. É ilustrativo que, no decorrer do processo de inquirição com um dos pré-testes, uma mulher de 27 anos tenha referido que “Agora, aqui com o espaço saúde, é raro ir à farmácia, e nem sequer lá vou para comprar medicamentos mas somente a pílula.” Em resposta à exclamação “mas a pílula é um medicamento”, respondeu: “É lá agora. Medicamento é para quando estou doente, a pílula tomo todos os dias; olhe, é já um hábito diário, como tomar a bica”.

A inclusão das Parafarmácias enquanto intervalos espaço-tempo transaccionais na trajectória de saúde, combinando práticas de automedicação e auto cuidado visíveis e ocultas, pode contribuir para dar visibilidade à fenomenologia da automedicação, pois esta, apesar de “ser um fenómeno disseminado no tecido social é, simultaneamente, de reduzida visibilidade pública – na medida em que entra no espaço das práticas sociais privadas”(Lopes 2003). As parafarmácias localizadas nos hipermercados poderão contribuir de forma significativa para a “naturalização” no quotidiano dos leigos, das práticas do auto-cuidado, pois antecipa-se para estes locais, numa dimensão de análise mais ética, um enorme potencial para a multiplicação de oportunidades de acesso a meios que permitam uma gestão diferenciada da saúde, por parte da generalidade dos cidadãos. Assumindo-se como bom o postulado de que “o objectivo final de qualquer política de saúde é a protecção de oportunidade”(Daniels 2009) contrariando as desigualdades de acesso consequentes das determinantes sociais, uma rede alargada de parafarmácias, praticando preços mais acessíveis, pode desempenhar um papel socialmente relevante, permitindo a materialização prática de alguma forma de co-responsabilidade dos indivíduos pela gestão da sua saúde. As políticas públicas de promoção da saúde deverão ser capazes de estimular a capacitação dos leigos para assumir algum grau de responsabilidade, em particular pela escolha de estilos de vida saudáveis (Daniels 2009). No caso português, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016 incorpora estes pressupostos ao apresentar como um dos objectivos de construção do referido documento “a elaboração de um instrumento de envolvimento dos cidadãos na auto-promoção da saúde” e incluindo na respectiva “Visão”, o foco no acesso (entre outras variáveis) como forma de “maximizar os ganhos em saúde da população”³³

³³ PNS 2011-2016. Disponível em www.acs.min-saude.pt/pns-2011-2016/visao-objectivos

A presente investigação empírica confirma que, 5 anos após o seu surgimento, as Parafarmácias integram de forma natural, o trajecto de gestão dos cuidados de saúde e bem-estar de muitos indivíduos, em particular mulheres, jovens e de escalão socioeconómico mais elevado, para as quais, a maior liberdade e autonomia na gestão dos respectivos quotidianos, se exerce pela incorporação inconsciente de práticas “farmacologizadas”, materializadas na utilização regular e aquisição facilitada dos MNSRM, como facilitadores dos estados de bem-estar.

Antecipa-se que o papel das Parafarmácias se venha a consolidar e alargar, em consequência da sua generalizada aceitação, das múltiplas necessidades de saúde, emergentes nesta década, e do facto de os actuais compradores terem idades compreendidas entre os 25-34 anos, constituindo o contingente de consumidores, particularmente afectados, nos próximos anos. A este propósito, e não existindo dados disponíveis em Portugal e tomando como referência os EUA³⁴, antecipa-se a procura crescente de soluções nas áreas da obesidade, rugas, perturbações do sono, tabagismo, enxaqueca, dores das costas, obstipação, queda de cabelo e artrite, sendo que a obesidade e o controlo de peso, destacam-se das restantes na proporção de 5 para 1, constituindo todas elas territórios de intervenção no âmbito da automedicação e auto-cuidado.

O “hedonismo experiencial” de que fala Lipovetsky (2009:55) cria um paradoxo: indivíduos mais livres, mas simultaneamente prisioneiros de soluções técnicas, actores sociais da vida consumista, a qual “favorece a leveza e a velocidade” (Bauman, 2006:72). Para estes, as Parafarmácias nos hipermercados constituem um novo território de exercício da sua autonomia no que respeita a gestão da sua saúde e do seu bem-estar, de democratização no acesso às marcas e “dessacralização” do consumo emocional e simbólico de produtos de saúde (predominantemente dermocosmética e vitaminas e suplementos alimentares associados a processos mais ou menos complexos de construção identitária) e de medicamentos na lógica dos corpos produtivos que se apropriam do quotidiano, “dominando-o” em seu favor.

Sugestões para investigação futura

a) Não se devem extrapolar os presentes resultados para outras realidades associadas à venda de Medicamentos e produtos de saúde em hipermercados e supermercados. As 3 principais insígnias da Moderna Distribuição em Portugal (Sonae, Jerónimo Martins e Grupo Auchan) com

³⁴ Disponível em: http://www.otcproductnews.com/index.php?option=com_content&view=article&id=252:most-vexing-consumer-needs-revealed-in-unexpected-place&catid=1:opinion&Itemid=1

significativa dimensão na área do medicamento, apresentam distintos modelos técnico-espaciais, gerando em consequência, distintas simbologias e relações sociais. Neste contexto aliás, seria interessante a investigação sociológica sobre a venda de medicamentos nos Supermercados Pingo Doce, nos quais não existe a presença física de qualquer Farmacêutico ou Técnico de Farmácia, nem sequer um espaço associado à generalidade dos códigos normativos da área da saúde, já que os MNSRM e alguns outros produtos (sobretudo Vitaminas e Puericultura) se encontram num armário climatizado, localizado junto de uma das caixas de saída, e ao qual tem acesso uma operadora de caixa envergando uma bata branca, supostamente com algum grau de formação. Considerando que esta entidade venderá aproximadamente 1 milhão de embalagens de MNSRM em 2010,³⁵ poderá ser considerada como um dos exemplos da articulação biunívoca entre modernidade e processos de emancipação pessoal e expoente da subalternização da gestão do risco pelas racionalidades funcionais no acesso aos produtos.

b) Na lógica de que o pluralismo nos consumos terapêuticos evoluirá em paralelo com o pluralismo nos percursos aquisitivos e nas fontes de acesso, reforça-se a proposta integrante do Projecto de investigação “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e realidades sociais” (FCT/Infarmed/CIES) de criação de um Observatório de consumos terapêuticos, capaz de acompanhar a nível nacional, os novos padrões e territórios de consumo e de promover cruzamentos analíticos fecundos entre a sociologia da saúde e do consumo.

c) As fronteiras entre saúde e nutrição desvanecem-se, sendo o hipermercado, pelo facto de constituir uma plataforma de venda simultânea de géneros alimentares, sobretudo frescos, associados á Dieta Mediterrânica e os designados de “funcionais”, assim como de medicamentos, um interessante território de observação e investigação desta nova fenomenologia. A farmacologização do quotidiano dos indivíduos, vive cada vez mais, a par com a “nutriciologização”³⁶ das opções alimentares, fazendo-as submeter a grelhas analíticas de recorte saudável, reflectindo a progressiva endogeneização na prática dos leigos, de elementos de senso comum mesclados com outros de cariz técnico-científico, de que a saúde futura dos indivíduos está fortemente associada/dependente das opções alimentares de hoje, conceito legitimado pela relevância social que doenças de carácter endémico como a Obesidade, Diabetes e Hipertensão

³⁵ Tomando como base, a venda até final de Maio, reportada pelo Infarmed de 349.387 embalagens e assumindo uma contínua abertura de novas Parafarmácias no seu extenso parque físico de lojas.

³⁶ Neologismo para designar fenómeno semelhante à “Farmacologização”

têm vindo a assumir na sociedade portuguesa. O discurso dos especialistas, em paralelo com as mensagens da indústria agro-alimentar tem contribuído para a medicalização deste território, retomando as recomendações de Hipócrates no séc. V a.c.: “Que o teu alimento seja o teu único remédio.”³⁷. Também neste caso, se reforça a sugestão constante do documento a.m. (Lopes 2009) de que esta temática “merece futura exploração analítica”, em particular no contexto de um antecipado crescimento e sofisticação da oferta, assim como da implementação de Programas informativos e educativos, designados de “Alimentação Saudável” por parte da generalidade das cadeias de hiper e supermercados. O hipermercado parece emergir como território incontornável, para a construção de uma consciência social valorativa dos conceitos e práticas da prevenção.

d) A actual crise económica/financeira/confiança veio introduzir significativas alterações nos padrões de consumo, as quais, se assume, se perpetuarão para lá do final da presente recessão, sendo que pela sua dimensão, tem o potencial para fazer emergir o preço como elemento polarizador das opções dos consumidores, influenciando as estratégias e táticas dos distintos actores sociais, progressivamente dominadas pelas cenarizações de curto prazo. No que ao mercado da saúde diz respeito, esta conjuntura, sobretudo pela dimensão que se prevê o desemprego venha a atingir (11% em 2010³⁸) de acordo com o FMI, tem o inegável mérito de questionar o paradigma da “saúde não tem preço”, mistificação teórica-conceptual, desenvolvida ao longo dos anos pela indústria farmacêutica, médicos e farmacêuticos, como justificativo dos elevados preços dos cuidados de saúde praticados em Portugal. Admite-se que a exigência por parte dos consumidores, progressivamente mais interventivos e com menor rendimento, de preços mais baixos nas ofertas de saúde, em particular os Medicamentos, virá a determinar a emergência do factor preço como polarizador e catalisador de novos hábitos de consumo e novos modelos de oferta, a justificar futura exploração analítica na dupla perspectiva da Sociologia da saúde e da Sociologia do consumo.

³⁷ http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=1031&Itemid=75

³⁸ FMI-Previsões da Primavera (April World Economic Outlook). Disponível em www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2009/01

Referências Bibliográficas

- Antunes, R. e Tiago Correia (2009), "Sociologia da Saúde em Portugal. Contextos, temas e protagonistas," *Sociologia - Problemas e Práticas*, 61, 101-25.
- Bauman, Z. (2006), *Amor Líquido - Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Lisboa: Relógio d'Água.
- Benoist, J. (1997), "Reflexions sur le pluralisme médicale: tâtonnements, alternatives ou complémentarités?," *Psychosomatische und Psychosoziale medizin*, 1-2 (26), 10-14.
- Berger, M. et al. (2005), "Internet use and stigmatized illness," *Social Science and Medicine*, 61 (8), 1821-27.
- Bissel, P. et al. (2001), "The dependent consumer: reflections on accounts of the risks of non-prescription medicines," *Health*, 5 (1), 5-30.
- Bohman, J. (2000), "The division of labor in democratic discourse: media, experts and deliberative democracy," in *Deliberation, democracy and the media*, Simone Chambers, Ed. New York: Rowman & Littlefield Publishers, 47-64.
- Bury, M. (1991), "The sociology of chronic illness: a review of research and prospects," *Sociology of Health & Illness*, 13 (4), 451-68.
- Busfield, J. (2006), "Pills, Power, People: Sociological Understandings of the Pharmaceutical Industry," *Sociology*, 40 (2), 297-314.
- Carapineiro, G. (2006), "A saúde enquanto matéria política," in *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*, G. Carapineiro, Ed. Coimbra: Pé de Página, 137-64.
- Cardoso, G. e Espanha, R. (2006), "Das estratégias televisivas de Internet à Televisão em Rede," in *Comunicação e Jornalismo na Era da Informação*, Gustavo Cardoso e Rita Espanha, Ed. Porto: Campo das Letras, 119-68.
- Castells, M. e Ince, M. (2004), *Conversas com Manuel Castells* (1 ed.). Porto: Campo das Letras-Editores.
- Clamote, T. C. (2009), "Engaging infoscaples in health - a perspectivist outlook on the lay mapping of health and medicines information," in *ESA 2009 - 9th Conference of European Sociological Association*. Lisbon.
- Cohen, D. et al. (2001), "Medications as social phenomena," *Health*, 5 (4), 441-69.
- Conrad, P. and Valerie Leiter (2004), "Medicalization, Markets and Consumers," *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (Extra Issue), 158-76.
- Conrad, P. et al. (2010), "Estimating the costs of medicalization," *Social Science and Medicine*, 70 (12), 1943-47.

- Conrad, Peter (2007), "Preface," in *The Medicalization of Society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. 1 ed. Baltimore: The John Hopkins University Press, I - XII.
- Conrad, Peter (2005), "The Shiting Engines of Medicalization," *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (March), 3-14.
- Daniels, N (2009), "Just health: replies and further thoughts," *J. Med. Ethics* (35), 36-41.
- De Swaan, A. (1990), "Expansion and limitation of the medical regime," in *The Management of Normality: Critical Essays in Health and Welfare*. London: Routledge, 57-71.
- Desclaux, A. et Lévy, J-J (2003), "Cultures et médicaments. Ancien object ou nouveau courant en anthropologie médicale?," *Anthropologie et Sociétés*, 27 (2), 5-21.
- Espanha, Rita (2009), *Saúde e Comunicação numa Sociedade em Rede - O caso português* (1ª ed.). Lisboa: Monitor-Projectos e Edições, Lda.
- Fainzang, S. (2004), "Les normes en santé. Entre médecins et patients, une construction dialogique," in Séminaire du SIRS (Santé, inégalités, ruptures sociales). Acessível em www.b3ejussieu.fr/sirs/cadreidf.htm.
- Farhangmehr, M. et al. (2000), "Consumer and retailer perceptions of hypermarkets and traditional retail stores in Portugal," *Journal of Retailing and Consumer Services*, 7, 197-206.
- Featherstone, M. (2010), "Body, Image and Affect in Consumer Culture," *Body & Society*, 16 (1), 193 - 221.
- Ferreira da Silva, L. (2008), *Saber prático de saúde. As lógicas do saudável no quotidiano*. Porto: Edições Afrontamento.
- Firmino da Costa, A. (2007), *Sociologia* (5 ed.). Lisboa: Quimera.
- Floch, Jean-Marie (1988), "The contribution of structural semiotics to the design of a hypermarket," *International Journal of Research in Marketing*, 4, 233-52.
- Fox, N.J. et al. (2004), "The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet," *Social Science and Medicine*, 60 (6), 1299-309.
- Garbin, H.B.R.; Pereira Neto, A.F.; Guilam, M.C.R. (2008), "A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica," *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (26), 579-88.
- Giddens, A. (1999), "Modernity and Self-Identity," in *Modernity: critical concepts*, M. Waters, Ed. Vol. II - Cultural Modernity. London: Routledge, 175-90.
- (2007), "Sociologia do Corpo: Saúde, Doença e Envelhecimento," in *Sociologia*. 5 ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 142-71.
- Goffman, Erving (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne* (Alain Accardo, Trans.) (1 ed.). Paris: Les Éditions de Minuit.

- Gomes, Manuel (2007), "The Liberalization of the Retail Market of Non-Prescription Medicines. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7417/2/Manuel%20Gomes.pdf>," Dissertação.
- Goodlee, Fiona (2009), "Health Care's Reformation (Editor's choice)," *British Medical Journal*, 338 (b1440).
- Hardey, M. (1999), "Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise," *Sociology of Health & Illness*, 21 (6), 820-35.
- Hill, S. (2007), "Involving the Consumer in Health Research," in *Researching Health - Qualitative, Quantitative and Mixed Methods*, Mike Saks and Judith Allsop, Ed. London: SAGE, 351-67.
- Illich, I. (1976), *Limits to Medicine Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. London: Pantheon Books.
- Kaas, G. (1980), "An exploratory technique for investigating large quantities of categorical data." *Applied Statistics*, 29 (2), 119-27.
- Leontowitsch, M. et al. (2007), "New contract runs risk of distracting pharmacists from helping the over 60s," *The Pharmaceutical Journal*, 278 (7450), 520.
- Leontowitsch, Miranda (2010), "Review: Taking care of yourself in later life: A qualitative study into the use of non-prescription medicines by people aged 60+," *Health*, 14 (2), 213-31.
- Levin, L.S. & Idler, E.L. (1983), "Self-Care in Health," *Annual Review of Public Health*, 4 (1), 181-201.
- Lipovetsky, Gilles (2009;2006), "Para além do estatuto: o consumo emocional," in *A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade do hiperconsumo*. 1ª ed. Lisboa: Edições 70, 33-50.
- Lopes, N.M. (2007), "Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança," *Revista Crítica de Ciências Sociais* (78), 119-38.
- (2001), "Automedicação: Algumas reflexões sociológicas," *Sociologia, Problemas e Práticas*, 37, 141-65.
- (2003), "Automedicação: práticas e racionalidades sociais," Dissertação de Doutoramento em Sociologia, IUL-ISCTE.
- (2004), "Medicamentos e percepções sociais do risco," in Actas dos ateliers do V Congresso Português de Sociologia. Atelier: Saúde. Universidade do Minho, Braga.
- Lopes, N.M. et al. (2009), "Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais. Relatório Preliminar. Disponível em http://cies.iscte.pt/destaques/documents/Relatório_Preliminar.pdf."
- McClean, S. and Shaw, A (2005), "From Schism to continuum? The problematic relationship between expert and lay knowledge - an exploratory conceptual synthesis of two qualitative studies," *Qualitative Health Research*, 15 (6), 729-49.

- Nettleton, S. et al. (2005), "The mundane realities of the everyday lay use of the internet for health and their consequences for media convergence," *Sociology of Health & Illness*, 27 (7), 972-92.
- Nichter, M. and Vuckovic, N. (1994), "Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice," *Social Science and Medicine*, 39 (11), 1509-25.
- Nossa, Paulo (2008), "A (des)construção do conceito de espaço e saúde, à luz da abordagem humanista e cultural," *Revista da Faculdade de Letras - Geografia*, II (II Série), 83-102.
- Prior, L. (2003), "Belief, knowledge and expertise: the emergence of the lay expert in medical sociology," *Sociology of Health & Illness*, 25, 41-57.
- Rayner, L. and Gary Easthope (2001), "Postmodern consumption and alternative medications," *Journal of Sociology*, 37 (2), 157-76.
- Segall, A. (1990), "A Community Survey of Self-Medication Activities," *Medical Care*, 28 (4), 301-10.
- Shilling, Chris (1993), *The body and social theory*. London: SAGE Publications Ltd.
- Silverstein, M.J. e Butman, J. (2008), *Caça ao tesouro. Dentro da mente do novo consumidor* (1ª ed.). Lisboa: Lua de Papel (Grupo LeYa).
- Sousa Santos, B. (1990), *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974 -1988)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Stacey, M. and H. Homans (1978), "The Sociology of Health and Illness: Its Present State, Future Prospects and Potential for Health Research," *Sociology*, 12 (2), 281-307.
- Stevenson, F.A. et al. (2008), "Over-the-counter medicines: professional expertise and consumer discourses," *Sociology of Health & Illness*, 30 (6), 913-28.
- Toffler, A. and Toffler H. (2006), "The Health Prosumers," in *Revolutionary Wealth*. 1ª ed. New York: Doubleday, 160-67.
- Van der Geest, S. and Whyte, S.R. (1989), "The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms," *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4), 345-67.
- Verbrugge, L.M. and Ascione, F.J. (1987), "Exploring the iceberg. Common symptoms and how people care for them," *Medical Care*, 25 (6), 539-69.
- Villaverde Cabral, M. e Pedro A. da Silva (2010), *A adesão à Terapêutica em Portugal* (1 ed.). Lisboa: ICS-Imprensa de Ciências Sociais.
- Vuckovic, N. (1999), "Fast relief: buying time with medications," *Medical Anthropology Quarterly*, 13 (1), 51-68.
- Vuckovic, N. & Nichter, M. (1997), "Changing patterns of pharmaceutical practice in the United States," *Social Science and Medicine*, 44 (9), 1285-302.

Ziebland, S. (2004), "The importance of being expert: the quest for cancer information on the Internet," *Social Science and Medicine*, 59 (9), 1783-93.

Zola, I.K. (1972), "Medicine as an institution of social control," *Sociological Review* (20), 487-504.

Anexos

VERIFICAR QUOTAS

P.2. Onde se localizam as Parafarmácias/Espaços de Saúde onde já comprou medicamentos? (NÃO SUGERIR NADA) (UMA SÓ RESPOSTA)

Aqui, neste hipermercado	1
Nos vários Super/Hipermercados onde faço compras	2
Na rua	3
Em centros comerciais (a parafarmácia é uma loja na galeria do centro comercial)	4
Compro os medicamentos dependendo do local onde estou (Pode ser numa Parafarmácia/Espaço de Saúde num super/hipermercado ou numa Parafarmácia/Espaço de Saúde na rua ou no Centro Comercial)	5
NS/NR	9

P.3. Há quanto tempo compra medicamentos em Parafarmácias/Espaços de Saúde? (NÃO SUGERIR NADA) (UMA SÓ RESPOSTA)

Há menos de 1 ano.....	1
Entre 1 e 2 anos.....	2
Há mais de 2 anos.....	3
NS/NR	9

P.4. E com que frequência compra os medicamentos em Parafarmácia/Espaço de Saúde? (NÃO SUGERIR NADA) (UMA SÓ RESPOSTA)

Mais do que 1 vez por semana.....	1
1 vez por semana	2
1 vez de 15 em 15 dias	3
1 vez por mês	4
1 vez de 3 em 3 meses	5
1 vez a cada 6 meses.....	6
1 vez por ano.....	7
Somente quando é necessário/ sem periodicidade certa	8
NS/NR	9

P.5. Qual foi o último medicamento que comprou em Parafarmácia/Espaço de Saúde? **(REGISTAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER) (SE FOR REFERIDO MAIS DO QUE UM MEDICAMENTO PEDIR PARA DESTACAR O QUE COMPRA COM MAIOR FREQUÊNCIA)**

P.6. Foi à Parafarmácia/Espaço de Saúde de propósito comprar esse medicamento ou lembrou-se de o comprar depois de lá estar? **(UMA SÓ RESPOSTA)**

Foi lá de propósito para comprar o medicamento..... 1
Lembrou-se de comprar o medicamento depois de lá estar..... 2

P.7. Porque comprou o medicamento na Parafarmácia/Espaço de Saúde? **(NÃO SUGERIR NADA) (VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)**

Foi indicado pelo médico 1
Por sugestão no atendimento da Parafarmácia/Espaço de Saúde 2
Iniciativa própria..... 3
Outro. Qual? 98

NS/NR 99

P.8. A Parafarmácia/Espaço de Saúde onde fez as últimas compras tem um farmacêutico responsável?

Sim 1
Não 2
NS/NR 9

P.9. No futuro, relativamente aos medicamentos comprados em Parafarmácias/Espaços de Saúde, pensa... **(LER OPÇÕES DE RESPOSTA) (SÓ UMA RESPOSTA POSSÍVEL)**

Aumentar quantidade de medicamentos comprados 1 → **P.10**
Manter a mesma quantidade de medicamentos comprados 2 → **P.11**
Diminuir a quantidade de medicamentos comprados..... 3 → **P.12**
NS/NR 9 → **P.15**

P.10. E dos seguintes motivos (**MOSTRAR LISTA 1**), quais os que o farão aumentar a quantidade de medicamentos comprados? (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**).

Os produtos são iguais à farmácia e os preços são mais baratos	1
Os horários são mais convenientes.....	2
Simpatia no atendimento.....	3
Os colaboradores estão bem preparados e conseguem esclarecer-me	4
Vou ganhando confiança	5
NS/NR	99

P.10.1 Mais algum? (**NÃO SUGERIR NADA**) (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

SALTAR PARA P.15

P.11. E dos seguintes motivos (**MOSTRAR LISTA 2**), quais os que o farão manter a quantidade de medicamentos comprados? (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

Estou satisfeito com o actual nível de serviço	1
O dinheiro não dá para mais.....	2
NS/NR	99

P.11.1 Mais algum? (**NÃO SUGERIR NADA**) (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

SALTAR PARA P.15

P.12. E dos seguintes motivos (**MOSTRAR LISTA 3**), quais os que o farão diminuir a quantidade de medicamentos comprados? (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

Os preços são mais caros que na farmácia	1
Os preços são iguais aos da farmácia	2
O serviço tem piorado	3
Faltam muitos produtos.....	4
Já cá não estão as colaboradoras que eu conhecia	5
Estou a perder a confiança	6
NS/NR	99

P.12.1 Mais algum? (**NÃO SUGERIR NADA**) (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

SALTAR PARA P.15

P.13. Porque razão nunca comprou medicamentos em Parafarmácias/Espaços de Saúde (**MOSTRAR LISTA 4**)? (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

Falta de hábito	1
Não tenho confiança neste tipo de locais	2
Não frequento locais com Parafarmácias/Espaços de Saúde.....	3
NS/NR	99

P.13.1 Mais algum? (**NÃO SUGERIR NADA**) (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

P.14. Já alguma vez fez alguma compra de produtos de saúde em Parafarmácias/Espaços de Saúde?

Sim	1	→ P.15
Não	2	→ P.22

VERIFICAR QUOTAS

P.15. Falando em outros produtos, sem serem medicamentos (**MOSTRAR LISTA 5**), quais costuma comprar na Parafarmácia/Espaço de Saúde? (**LER OPÇÕES DE RESPOSTA**) (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

Dermocosmética (cremes para rosto, corpo e mãos).....	→ P.16
Vitaminas e Suplementos Alimentares.....	→ P.16
Produtos de emagrecimento	→ P.16
Produtos de protecção solar	→ P.16
Produtos para o bebé.....	→ P.16
Produtos de higiene (oral, corporal, íntima).....	→ P.16
Produtos para tratamento (pensos, álcool, cremes para os pés, etc.).....	→ P.16
Mais nenhum, só compra medicamentos.....	→ P.18
Outro. Qual?.....	98→ P.16
<hr/>	
NS/NR.....	99→ P.18

P.16. Dos produtos que referiu anteriormente qual comprou mais recentemente? (**REGISTAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER**) (**SE FOR REFERIDO MAIS DO QUE UM PRODUTO PEDIR PARA DESTACAR O QUE COMPRA COM MAIOR FREQUÊNCIA**)

P.17. Quais os motivos que o levam a comprar estes produtos nas Parafarmácias/Espaços de Saúde (**MOSTRAR LISTA 6**)? (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

Preços mais baratos.....	1
Horário mais alargado	2
Comodidade (Já que vem às compras no hipermercado, aproveita e faz tudo na mesma altura)	3
Atendimento é competente.....	4
Existem muitas promoções	5
Tem uma oferta muito grande	6
Pouco tempo de espera.....	7
Conveniência (Fica perto da residência ou do Emprego)	8
Conheço os funcionários há muito tempo.....	9
NS/NR	99

P.17.1 Mais algum? (**NÃO SUGERIR NADA**) (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

P.18. No futuro, relativamente a outros produtos de saúde, para além dos medicamentos, comprados em Parafarmácias/Espaços de Saúde, pensa que vai ... **(LER OPÇÕES DE RESPOSTA) (SÓ UMA RESPOSTA POSSÍVEL)**

- Aumentar quantidade de outros produtos de saúde comprados.....1→ **P.19**
Manter a mesma quantidade de outros produtos de saúde comprados.....2→ **P.20**
Diminuir a quantidade de outros produtos de saúde comprados.....3→ **P.21**
NS/NR9→ **P.22**

P.19. E quais os motivos que o fariam aumentar a quantidade de outros produtos de saúde comprados **(MOSTRAR LISTA 7)? (VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)**

- Os produtos são iguais à farmácia e os preços são mais baratos 1
Os horários são mais convenientes 2
Simpatia no atendimento 3
As colaboradoras estão bem preparadas e conseguem esclarecer-me 4
Vou ganhando confiança 5
NS/NR 99

P.19.1 Mais algum? **(NÃO SUGERIR NADA) (VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)**

SALTAR PARA P.22

P.20. E quais os motivos que o fariam manter a quantidade de produtos comprados **(MOSTRAR LISTA 8)? (VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)**

- Estou satisfeito com o actual nível de serviço 1
O dinheiro não dá para mais 2
NS/NR 99

P.20.1 Mais algum? **(NÃO SUGERIR NADA) (VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)**

SALTAR PARA P.22

P.21. E quais os motivos que o fariam diminuir a quantidade de produtos comprados (**MOSTRAR LISTA 9**)? (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

Os preços são mais caros que na farmácia	1
Os preços são iguais aos da farmácia	2
O Serviço tem piorado.....	3
Faltam muitos produtos.....	4
Já cá não estão as colaboradoras que eu conhecia	5
Estou a perder a confiança	6
NS/NR	99

P.21.1 Mais algum? (**NÃO SUGERIR NADA**) (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

CONSUMOS EM FARMÁCIA

P.22. Costuma comprar medicamentos sem receita médica na farmácia?

Sim	1	→ P.23
Não	2	→ P.26

P.23. Qual foi o último medicamento sem necessidade de receita médica que comprou na Farmácia? (**REGISTAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER**) (**SE FOR REFERIDO MAIS DO QUE UM MEDICAMENTO PEDIR PARA DESTACAR O QUE COMPRA COM MAIOR FREQUÊNCIA**)

P.24. Foi à Farmácia de propósito comprar esse medicamento sem receita médica ou lembrou-se de o comprar depois de lá estar? (**UMA SÓ RESPOSTA**)

Foi lá de propósito para comprar o medicamento sem receita médica.....	1
Lembrou-se de comprar o medicamento sem receita médica depois de lá estar	2

P.25. Porque comprou o medicamento na Farmácia? (NÃO SUGERIR NADA) (VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)

Foi indicado pelo médico	1
Por sugestão no atendimento da Farmácia	2
Iniciativa própria.....	3
Outro. Qual?	98
<hr/>	
NS/NR	99

P.26. Alguma vez efectuou alguma compra de produtos de saúde, sem ser medicamentos, em Farmácias?

Sim	1	→ P.27
Não	2	→ P.30

P.27. Falando em outros produtos, sem serem medicamentos sem receita médica, quais costuma comprar na Farmácia? (MOSTRAR LISTA 10) (NÃO SUGERIR NADA) (VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)

Dermocosmética (cremes para rosto, corpo e mãos).....	1
Vitaminas e Suplementos Alimentares.....	2
Produtos para emagrecimento	3
Produtos de protecção solar	4
Produtos para o bebé.....	5
Produtos de higiene (oral, corporal, íntima).....	6
Produtos para tratamento (pensos, álcool, cremes para os pés etc.).....	7
Outro. Qual?	98
<hr/>	
NS/NR	99

P.28. Dos produtos que referiu anteriormente qual comprou mais recentemente? (REGISTAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER) (SE FOR REFERIDO MAIS DO QUE UM PRODUTO PEDIR PARA DESTACAR O QUE COMPRA COM MAIOR FREQUÊNCIA)

P.29. Quais os motivos que o levam a comprar estes produtos nas Farmácias? **(MOSTRAR LISTA 11) (VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)**

Preços mais baratos.....	1
Horário mais alargado.....	2
Comodidade (Já que vai às compras na farmácia, aproveita e faz tudo na mesma altura).....	3
Atendimento é competente.....	4
Existem muitas promoções.....	5
Tem uma oferta muito grande.....	6
Pouco tempo de espera.....	7
Conveniência (Fica perto da residência ou do emprego).....	8
Conheço os funcionários há muito tempo.....	9
Produto não existe à venda nas Parafarmácias/Espaços de Saúde.....	10
NS/NR.....	99

P.29.1 Mais algum? **(NÃO SUGERIR NADA) (VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)**

ATITUDES (AVALIAÇÃO DE OPINIÃO SOBRE PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE VS FARMÁCIA)

P.30. Utilizando esta escala de 1 a 5, na qual o 1 significa que “discorda totalmente” e o 5 “concorda totalmente” **(MOSTRAR LISTA 12)**, até que ponto concorda com cada um dos aspectos que lhe vou ler, a respeito das Farmácias e Parafarmácias/Espaços de Saúde? Pode utilizar os valores intermédios para melhor expressar a sua opinião. Começando por... **(LER CADA UM DOS ASPECTOS E REGISTRAR UMA RESPOSTA POR LINHA. SE NS/NR, REGISTRAR “9”)**

01. PARA MIM, A FARMÁCIA É UM LUGAR ONDE SE VAI QUANDO SE ESTÁ DOENTE	' _ '
02. NÃO COMPRO PRODUTOS NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE PORQUE NÃO ESTOU/ NÃO ME SINTO DOENTE	' _ '
03. NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE SINTO-ME MAIS À VONTADE PARA FAZER AS MINHAS ESCOLHAS	' _ '
04. A SAÚDE É UM ASSUNTO SÉRIO, POR ISSO NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE PERGUNTO SEMPRE A OPINIÃO DO FUNCIONÁRIO	' _ '
05. PELO FACTO DE A PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE ESTAR NO HIPERMERCADO ESPERO SEMPRE QUE OS PREÇOS SEJAM MAIS BARATOS	' _ '
06. PARA MIM, A PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE É UM ESPAÇO QUE ASSOCIO SOBRETUDO A BEM-ESTAR E NÃO A DOENÇA	' _ '
07. PARA MIM, A PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE É UM ESPAÇO QUE ASSOCIO A DOENÇA	' _ '
08. OS PROTECTORES SOLARES QUE ESTÃO À VENDA NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE SÃO MAIS EFICAZES QUE AQUELES VENDIDOS NO INTERIOR DOS HIPERMERCADOS (EM TERMOS DE QUALIDADE)	' _ '
09. AS VITAMINAS QUE ESTÃO À VENDA NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE SÃO MAIS EFICAZES QUE AQUELAS VENDIDAS NO INTERIOR DOS HIPERMERCADOS (EM TERMOS DE QUALIDADE)	' _ '
10. OS PRODUTOS DE EMAGRECIMENTO QUE ESTÃO À VENDA NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE SÃO MAIS EFICAZES QUE AQUELES VENDIDOS NO INTERIOR DOS HIPERMERCADOS (EM TERMOS DE QUALIDADE)	' _ '
11. O QUE LEIO NOS JORNAIS E REVISTAS E OUÇO NA TELEVISÃO, PERMITE-ME ESCOLHER MELHOR NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE	' _ '
12. A INFORMAÇÃO QUE RECOLHO NA INTERNET PERMITE-ME ESCOLHER MELHOR NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE	' _ '
13. DEIXA-ME MAIS SEGURO ENCONTRAR UM FARMACÊUTICO NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE	' _ '
14. SE AS PARAFARMÁCIAS/ESPAÇOS DE SAÚDE NÃO TÊM UMA CRUZ NÃO ASSOCIO A PRODUTOS DE SAÚDE	' _ '
15. PARA QUESTÕES DE SAÚDE, A FARMÁCIA INSPIRA-ME MAIS CONFIANÇA QUE A PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE	' _ '
16. QUANDO COMPRO MEDICAMENTOS NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE PROCURO SEMPRE A OPINIÃO DO FARMACÊUTICO (OU DO TÉCNICO DE FARMÁCIA) EM SERVIÇO NA PARAFARMÁCIA/ESPAÇO DE SAÚDE	' _ '

PERCEPÇÕES

P.31. Concorda com a abertura das Parafarmácias/Espaços de Saúde nos Super/Hipermercados

- Sim 1 → **P.32**
 Não 2 → **Caixa 1**
 Indiferente 3 → **Caixa 1**
 NS/NR 9 → **Caixa 1**

P.32. Utilizando esta escala de 1 a 5, na qual o 1 significa que “discorda totalmente” e o 5 “concorda totalmente” (**MOSTRAR LISTA 12**), até que ponto concorda com cada um dos aspectos que lhe vou ler, a respeito das Parafarmácias/Espaços de Saúde localizadas em hipermercados? Pode utilizar os valores intermédios para melhor expressar a sua opinião. Começando por... (**LER CADA UM DOS ASPECTOS E REGISTRAR UMA RESPOSTA POR LINHA. SE NS/NR, REGISTRAR “9”**)

01. SÃO ÚTEIS NA GESTÃO DA MINHA SAÚDE E DO MEU CORPO	' _ '
02. DEU-ME MAIS ALTERNATIVAS PARA A GESTÃO DA MINHA SAÚDE E DO MEU CORPO	' _ '
03. ESTAS ÁREAS DE SAÚDE DEVERIAM EXIBIR O NOME "PARAFARMÁCIA" PARA MELHOR SE PERCEBER O QUE VENDEM	' _ '

P.33. Relativamente aos hipermercados, onde se deveriam localizar as Parafarmácias/Espaços de Saúde? (**LER OPÇÕES DE RESPOSTA**) (**SÓ UMA RESPOSTA POSSÍVEL**)

- Dentro do hipermercado..... 1
Fora do hipermercado 2
Deveriam ter uma ligação ao hipermercado e ao centro comercial..... 3
NS/NR 9

CAIXA 1: ENTREVISTADOR LER:

O QUESTIONÁRIO PARA FINS ACADÉMICOS TERMINA AQUI.

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO

D.1. Importa-se de me dizer qual é o nível de instrução mais elevado que o(a) Sr(a). concluiu?

- Universitário (Licenciatura/Mestrado/Doutoramento) 1
- Curso Médio / Politécnico..... 2
- 11º / 12º Actual (7º Ano Liceal)..... 3
- 9º Actual (5º Ano Liceal) 4
- 6º Actual (2º Ano Liceal) 5
- Instrução Primária Completa 6
- Instrução Primária Incompleta / Analfabeto 7

D.2. E qual é exactamente a sua ocupação ou actividade profissional principal?

(INSISTA PARA QUE A RESPOSTA SEJA O MAIS DETALHADA POSSÍVEL E ASSINALE SE A ACTIVIDADE MENCIONADA É POR CONTA PRÓPRIA OU DE OUTREM E SE TEM EMPREGADOS/EXERCE CARGO DE CHEFIA)

Registar se...

- | | |
|----------------------|--|
| Conta própriax | Não tem empregados/ não exerce chefia..... 1 |
| Conta doutrem.....x | Patrão / Chefe / Responsável por 1 a 5 empregados 2 |
| | Patrão / Chefe / Responsável por 6 ou + empregados 3 |

D.3. Diga-me por favor, o(a) Sr(a). é, no seu agregado familiar, a pessoa que mais contribui para o rendimento global do agregado?

- Sim1 → **D.6**
- Não2 → **D.4**

D.4. Pode dizer-me qual é o nível de instrução mais elevado que essa pessoa concluiu?

- Universitário (Licenciatura/Mestrado/Doutoramento) 1
- Curso Médio / Politécnico..... 2
- 11º / 12º Actual (7º Ano Liceal)..... 3
- 9º Actual (5º Ano Liceal) 4
- 6º Actual (2º Ano Liceal) 5
- Instrução Primária Completa 6
- Instrução Primária Incompleta / Analfabeto 7

D.5. E importa-se de me dizer qual é exactamente a ocupação ou actividade profissional principal dessa pessoa?
(INSISTA PARA QUE A RESPOSTA SEJA O MAIS DETALHADA POSSÍVEL E ASSINALE SE A ACTIVIDADE MENCIONADA É POR CONTA PRÓPRIA OU DE OUTREM E SE TEM EMPREGADOS/EXERCE CARGO DE CHEFIA)

Registar se...

Conta própriax	Não tem empregados/ não exerce chefia..... 1
Conta doutrem.....x	Patrão / Chefe / Responsável por 1 a 5 empregados 2
	Patrão / Chefe / Responsável por 6 ou + empregados..... 3

D.6. CONCELHO DE RESIDÊNCIA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO):

CAIXA 2: ENTREVISTADOR:

APENAS PARA FINS ACADÉMICOS E SE EXISTIR NECESSIDADE IMPORTA-SE DE VIR A SER CONTACTADO À POSTERIORI PARA RESPONDER A MAIS ALGUMAS QUESTÕES? AS RESPOSTAS DADAS NO DECORRER DESTA ENTREVISTA MANTER-SE-ÃO CONFIDENCIAIS.

NO CASO DE SER RECONTACTADO SERÁ PARA ABORDAR ALGUMA QUESTÃO QUE NÃO TENHA FICADO CLARA COM O ESTUDO E NÃO PARA FALAR SOBRE AS SUAS RESPOSTAS. ACEITA DAR O SEU NOME E TELEFONE?

SIM 1 → REGISTRAR NOME E TELEFONE

NÃO 2 → CAIXA 3

Nome: _____

Telefone: ` _____ `

CAIXA 3: ENTREVISTADOR:

GOSTARIA DE LHE COLOCAR AGORA ALGUMAS PERGUNTAS DE OUTRA NATUREZA, ESPECIFICAMENTE SOBRE AS PARAFARMÁCIAS/ESPAÇOS DE SAÚDE DO JUMBO.

ESTÁ DISPOSTO A COLABORAR:

SIM 1 → CONTINUAR
NÃO 2 → AGRADECER E TERMINAR

PERGUNTAS GERAIS

CAIXA 4:

**SE UTILIZADORES DE PARAFARMÁCIAS/ ESPAÇOS SAÚDE CONTINUAR
SENÃO CAIXA 5**

E.1. Gostaríamos agora de lhe colocar algumas perguntas finais sobre as Parafarmácias/Espaços de Saúde do Jumbo. Sabe se a Parafarmácia/Espaço de Saúde do Jumbo tem um Farmacêutico, ou Técnico de Farmácia?

Sim 1
Não 2
Ns/Nr 9

E.2. O que pensa dos preços praticados na Parafarmácia/Espaço de Saúde do Jumbo em comparação com as outras Parafarmácias/Espaços de Saúde? (**NÃO SUGERIR NADA**) (**SÓ UMA RESPOSTA POSSÍVEL**)

Os preços são mais baratos 1
Têm mais ou menos o mesmo preço 2
Os preços são mais caros 3
Quando se utiliza o cartão Jumbo nota-se diferença..... 4
NS/NR 9

E.3. Tem cartão Jumbo?

Sim 1 → **E.4**
Não 2 → **E.6**

E.4. Já utilizou o cartão Jumbo nas Parafarmácias/Espaços de Saúde do hipermercado?

- Sim 1 → **E.5**
Não mas já utilizou esta Parafarmácia/Espaço de Saúde mas não utilizou o cartão Jumbo 2 → **E.6**
Não porque nunca utilizou esta Parafarmácia/Espaço de Saúde 3 → **E.6**
Ns/Nr 9 → **E.6**

E.5. Qual a sua percepção dos preços da Parafarmácia/Espaço de Saúde utilizando o Cartão Jumbo? (**NÃO SUGERIR NADA**) (**SÓ UMA RESPOSTA POSSÍVEL**)

- Os preços são mais baratos 1
Têm o mesmo preço 2
NS/NR 9

E.6. Quando não compra na Parafarmácia/Espaço de Saúde deste hipermercado em que outras Parafarmácias/Espaços de Saúde em Super/Hipermercados costuma comprar? (**LER OPÇÕES DE RESPOSTA**) (**VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS**)

- Continente 1
Modelo 2
Pingo Doce 3
Feira Nova 4
Compra noutra(s) Parafarmácias/Espaços de Saúde mas não é(são) num super/hipermercado 96
Mais nenhuma, só compra na Parafarmácia/Espaço de Saúde deste super/hipermercado 97
Outro. Qual? 98

NS/NR 99

E.7. Que outros produtos gostaria de poder comprar aqui nesta Parafarmácia/Espaço de Saúde do Jumbo, que actualmente não encontra à venda? (**REGISTAR TUDO O QUE O INQUIRIDO DISSER**)

**E.8. Que tipo de Serviços gostaria de encontrar aqui nesta Parafarmácia/Espaço de Saúde? (MOSTRAR LISTA 13)
(VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)**

Tratamentos de Estética	1
Consultas de Nutrição	2
Consultas de Psicologia	3
Consultas de Podologia (Pés)	4
Massagens	5
Colheita de sangue (Análises)	6
Medição do Colesterol e Glicemia	7
Audiologia (Saber se ouve bem).....	8
Outro. Qual?	98
<hr/>	
NS/NR	99

E.9. Dentro do hipermercado Jumbo existem outros produtos para a saúde (ex. alimentos com fibras, Vitaminas, chás, alimentos para diabéticos), onde gostaria que estivessem localizados? (LER OPÇÕES DE RESPOSTA) (SÓ UMA RESPOSTA POSSÍVEL)

Junto à Parafarmácia/Espaço de Saúde.....	1
Afastados como estão agora	2
NS/NR	9

AGRADEÇA E TERMINE

CAIXA 5:

**SE NÃO UTILIZADORES DE PARAFARMÁCIAS/ ESPAÇOS SAÚDE CONTINUAR
SENÃO AGRADECER E TERMINAR**

E.3. Tem cartão Jumbo?

Sim	1
Não	2

**E.8. Que tipo de Serviços gostaria de encontrar aqui nesta Parafarmácia/Espaço de Saúde? (MOSTRAR LISTA 13)
(VÁRIAS RESPOSTAS POSSÍVEIS)**

Tratamentos de Estética	1
Consultas de Nutrição	2
Consultas de Psicologia	3
Consultas de Podologia (Pés)	4
Massagens	5
Colheita de sangue (Análises)	6
Medição do Colesterol e Glicemia	7
Audiologia (Saber se ouve bem).....	8
Outro. Qual?	98
<hr/>	
NS/NR	99

E.9. Dentro do hipermercado Jumbo existem outros produtos para a saúde (ex. alimentos com fibras, Vitaminas, chás, alimentos para diabéticos), onde gostaria que estivessem localizados? (LER OPÇÕES DE RESPOSTA) (SÓ UMA RESPOSTA POSSÍVEL)

Junto à Parafarmácia/Espaço de Saúde.....	1
Afastados como estão agora	2
NS/NR	9

AGRADEÇA E TERMINE

ENTREVISTADOR

Nome: _____ **Número:** ' _ ' / ' _ ' / ' _ ' **Data:**
' _ ' / ' _ ' / 2010

Anexo B – Relatório Estatístico

Sociografia das amostras

Caracterização sócio demográfica dos inquiridos

1.1.1. Loja

Tabela 1 – Loja

	N	%
Alfragide	79	17,0
Gaia	75	16,1
Faro	50	10,8
Aveiro	52	11,2
Coimbra	50	10,8
Castelo Branco	55	11,8
Eiras	52	11,2
Viseu	52	11,2
Total	465	100,0

1.1.2. Sexo

Tabela 2 – Sexo

	N	%
Masculino	234	50,3
Feminino	231	49,7
Total	465	100,0

1.1.3. Idade

Tabela 3 – Idade

	N	%
18/24 Anos	46	9,9
25/34 Anos	124	26,7
35/44 Anos	129	27,7
45/54 Anos	97	20,9
55 e + Anos	69	14,8
Total	465	100,0

1.1.4. Escalão Socioeconómico

Tabela 4 – Escalão socioeconómico

	N	%
Escalão A	33	7,1
Escalão B	159	34,2
Escalão C	108	23,2
Escalão D	128	27,5
Escalão E	37	8,0
Total	465	100,0

1.1.5. Conselho de residência

Tabela 5 – Conselho de residência

	N	%
Albergaria à Velha	2	0,4
Aljezur	1	0,2
Amadora	15	3,2
Anadia	2	0,4
Armamar	1	0,2
Aveiro	35	7,5
Barreiro	1	0,2
Cantanhede	2	0,4
Cascais	3	0,6
Castelo Branco	38	8,2
Castro Daire	1	0,2
Cinfães	1	0,2
Coimbra	87	18,7
Constância	1	0,2
Covilhã	2	0,4
Fundão	3	0,6
Gondomar	1	0,2
Gouveia	1	0,2
Guarda	1	0,2
Idanha à Nova	4	0,9
Ílhavo	4	0,9
Lisboa	34	7,3
Loures	1	0,2
Maia	2	0,4
Mangualde	2	0,4
Matosinhos	1	0,2
Mealhada	1	0,2
Mira	1	0,2
Montemor-o-velho	2	0,4
Mortágua	2	0,4
Nisa	1	0,2
Oeiras	15	3,2
Oliveira de Azeméis	1	0,2
Oliveira do Bairro	7	1,5
Oleiros	1	0,2
Paredes	1	0,2
Penela	1	0,2
Peso da Régua	1	0,2

Portalegre	3	0,6
Porto	13	2,8
São Pedro do Sul	1	0,2
Sesimbra	1	0,2
Sintra	12	2,6
Águeda	1	0,2
Santa Maria da Feira	4	0,9
Tondela	1	0,2
Trancoso	1	0,2
Vila Nova de Gaia	51	11,0
Vagos	1	0,2
Vila Franca de Xira	1	0,2
Vila Real	1	0,2
Viseu	40	8,6
Odemira	1	0,2
Castro Marim	1	0,2
Faro	29	6,2
Loulé	14	3,0
Olhão	2	0,4
São Brás de Alportel	1	0,2
Vila Real de Santo António	2	0,4
Soure	1	0,2
Condeixa-a-Nova	1	0,2
Celorico de Basto	1	0,2
Recusa	1	0,2
Total	465	100,0

1.2.1. Já alguma vez fez alguma compra medicamentos em Parafarmácias/Espaços de Saúde

Tabela 6 – Já alguma vez fez alguma compra medicamentos em Parafarmácias/Espaços de Saúde

	N	%
Sim	192	41,3
Não	273	58,7
Total	465	100,0

1.2.2. Localização das Parafarmácias/Espaços de saúde onde já comprou medicamentos

Tabela 7 - Localização das Parafarmácias/Espaços de saúde onde já comprou medicamentos

	N	%
Aqui, neste hipermercado	89	46,4
Nos vários Super/Hipermercados onde faço compras	51	26,6
Na rua	2	1,0
Em centros comerciais	21	10,9
Compro os medicamentos dependendo do local onde estou	29	15,1
Total	192	100,0

1.2.3. Longevidade com que compra medicamentos em Parafarmácias/Espaços de Saúde

Tabela 8 - Longevidade com que compra medicamentos em Parafarmácias/Espaços de Saúde

	N	%
Há menos de 1 ano	37	19,3
Entre 1 e 2 anos	68	35,4
Há mais de 2 anos	75	39,1
Ns/Nr	12	6,2
Total	192	100,0

1.2.4. Frequência com que compra medicamentos em Parafarmácias/Espaços de saúde

Tabela 9 - Frequência com que compra medicamentos em Parafarmácias/Espaços de saúde

	N	%
Mais do que 1 vez por semana	1	0,5
1 vez por semana	1	0,5
1 vez de 15 em 15 dias	13	6,8
1 vez por mês	56	29,2
1 vez de 3 em 3 meses	27	14,1
1 vez a cada 6 meses	16	8,3
1 vez por ano	7	3,6
Somente quando é necessário	69	35,9
Ns/Nr	2	1,0
Total	192	100,0

1.2.5. Último medicamento que comprou Parafarmácia/Espaço de saúde

Tabela 10 - Último medicamento que comprou Parafarmácia/Espaço de saúde

	N	%
2.10 Analgésicos e antipiréticos	72	59,5
2.13.1 Medicamentos utilizados no tratamento sintomático funções cognitivas	1	0,8
5.2 Antitússicos e expectorantes	7	5,8
6.1 Medicamentos que actuam na boca e orofaringe	2	1,7
6.2 Antiácidos e anti-ulcerosos	3	2,5
6.4 Antiespasmódicos	1	0,8
8.5.1.2 Anticoncepcionais	1	0,8
9.1 Anti-inflamatórios não esteróides	20	16,5
9.5 Enzimas anti-inflamatórias	1	0,8
10.1 Anti-histamínicos	1	0,8
13.1 Anti-infecciosos de aplicação na pele	6	5,0
13.7 Adjuvantes da cicatrização	5	4,1
14.1.1 Descongestionantes	1	0,8
Total	121	100,0
Outros produtos que não medicamentos	46	24,0
Não codificável	9	4,7
Ns/Nr	16	8,3
Medicamentos	121	63,0
Total	192	100,0

1.2.6. Último medicamento (MSRM) que comprou Parafarmácia/Espaço de saúde

Tabela 11 - MSRM - Costumam comprar medicamentos em Parafarmácias/Espaços de Saúde

	N	%
2.10 Analgésicos e antipiréticos	16	94,1
9.5 Enzimas anti-inflamatórias	1	5,9
Total	17	100,0

1.2.7. Último medicamento (MNSRM) que comprou Parafarmácia/Espaço de saúde

Tabela 12 - MNSRM - Costumam comprar medicamentos em Parafarmácias/Espaço Saúde

	N	%
2.10 Analgésicos e antipiréticos	56	53,8
2.13.1 Medicamentos utilizados no tratamento sintomático funções cognitivas	1	1,0
5.2 Antitússicos e expectorantes	7	6,7
6.1 Medicamentos que actuam na boca e orofaringe	2	1,9
6.2 Antiácidos e anti-ulcerosos	3	2,9
6.4 Antiespasmódicos	1	1,0
8.5.12 Anticoncepcionais	1	1,0
9.1 Anti-inflamatórios não esteróides	20	19,2
10.1 Anti-histamínicos	1	1,0
13.1 Anti-infecciosos de aplicação na pele	6	5,8
13.7 Adjuvantes da cicatrização	5	4,8
14.1.1 Descongestionantes	1	1,0
Total	104	100,0

1.2.8. Foi à Parafarmácia/Espaço de Saúde de propósito comprar esse medicamento ou lembrou-se de o comprar depois de lá estar?

Tabela 13 – Foi à Parafarmácia/Espaço de Saúde de propósito comprar esse medicamento ou lembrou-se de o comprar depois de lá estar?

	N	%
Foi de propósito para comprar o medicamento	107	55,7
Lembrou-se de comprar o medicamento depois de lá estar	85	44,3
Total	192	100,0

1.2.9. Razões que o levam a comprar medicamentos na Parafarmácia/Espaço de saúde

Tabela 14 - Razões que o levam a comprar medicamentos na Parafarmácia/Espaço de saúde

	N	%
Foi indicado pelo médico	16	8,3
Por sugestão no atendimento da Parafarmácia/Espaço de saúde	6	3,1
Iniciativa própria	160	83,3
Proximidade (Localização)	4	2,1
Preço	3	1,6
Comodidade	3	1,6
Outras respostas	1	0,5
Ns/Nr	1	0,5
Total	192	100,0

1.2.10. A Parafarmácia/Espaço de saúde onde fez a última compra tinha um farmacêutico responsável

Tabela 15 - A Parafarmácia/Espaço de saúde onde fez a última compra tinha um farmacêutico responsável

	N	%
Sim	65	33,9
Não	20	10,4
Ns/Nr	107	55,7
Total	192	100,0

1.2.11. Perspectivas futuras da quantidade de medicamentos a comprar em Parafarmácias/Espaços de saúde

Tabela 16 - Perspectivas futuras da quantidade de medicamentos a comprar Parafarmácias/Espaços de saúde

	N	%
Aumentar quantidade de medicamentos comprados	26	13,5
Manter a mesma quantidade de medicamentos comprados	124	64,6
Diminuir a quantidade de medicamentos comprados	10	5,2
Ns/Nr	32	16,7
Total	192	100,0

1.2.12. Motivos que farão aumentar a quantidade de medicamentos a comprar

Tabela 17 - Motivos que farão aumentar a quantidade de medicamentos a comprar

	N	%
Os produtos são iguais à farmácia e os preços são mais baratos	12	46,2
Os horários são mais convenientes	18	69,2
Simpatia no atendimento	3	11,5
Os colaboradores estão bem preparados e conseguem esclarecer-me	4	15,4
Vou ganhando confiança	2	7,7
Conveniência de poder comprar os medicamentos no mesmo local onde faz as restantes compras	4	15,4
Total	26	100,0

1.2.13. Motivos que farão manter a quantidade de medicamentos a comprar

Tabela 18 - Motivos que farão manter a quantidade de medicamentos a comprar

	N	%
Estou satisfeito com o actual nível de serviço	113	91,1
O dinheiro não dá para mais	9	7,3
Conveniência de poder comprar os medicamentos no mesmo local onde faz as restantes compras	4	3,2
Satisfação com o atendimento	4	3,2
Proximidade casa/trabalho	8	6,5
Horário de atendimento	2	1,6
Tem produtos à venda que não se encontram à venda em farmácias	2	1,6
Permite a compra de alguns medicamentos sem receita médica	2	1,6
Porque a Parafarmácia fica longe/Fora de mão	1	0,8
Só compro em Parafarmácias quando a farmácia está fechada	1	0,8
Não tem necessidade de comprar mais quantidade	2	1,6
Ns/Nr	3	2,4
Total	124	100,0

1.2.14. Motivos que farão diminuir a quantidade de medicamentos a comprar

Tabela 19 - Motivos que o farão diminuir a quantidade de medicamentos a comprar

	N	%
Os preços são mais caros que na farmácia	1	10,0
Os preços são iguais aos da farmácia	2	20,0
Faltam muitos produtos	2	20,0
Estou a perder a confiança	2	20,0
No futuro pensa não ter tanta necessidade de comprar medicamentos	3	30,0
Tem mais confiança nas farmácias	1	10,0
Outras respostas	1	10,0
Total	10	100,0

1.2.15. Motivos porque nunca comprou medicamentos em Parafarmácias/Espaços de saúde

Tabela 20 - Motivos porque nunca comprou medicamentos em Parafarmácias/Espaços saúde

	N	%
Falta de hábito	178	65,2
Não tenho confiança neste tipo de locais	31	11,4
Não frequento locais como Parafarmácias/Espaços de saúde	51	18,7
Proximidade da farmácia (Casa/Trabalho)	15	5,5
A Parafarmácia não vende medicamentos com receita médica	14	5,1
Preço	1	0,4
Prefere comprar na Farmácia	17	6,2
Fidelidade ao actual local de compra	2	0,7
Nunca calhou/Nunca precisou	34	12,5
Ns/Nr	8	2,9
Total	273	100,0

1.2.16. Já alguma vez fez alguma compra de produtos de saúde em Parafarmácias/Espaços de Saúde?

Tabela 21 - Já alguma vez fez alguma compra de produtos de saúde em Parafarmácias/Espaços de Saúde?

	N	%
Sim	43	15,8
Não	230	84,2
Total	273	100,0

1.2.17. Produtos, sem serem medicamentos que costuma comprar na Parafarmácia/Espaço de saúde

Tabela 22 – Produtos, sem serem medicamentos que costuma comprar na Parafarmácia/Espaço de saúde

	N	%
Dermocosmética (cremes para rosto, corpo e mãos)	107	45,5
Vitaminas e Suplementos alimentares	35	14,9
Produtos de emagrecimento	16	6,8
Produtos de protecção solar	57	24,3
Produtos para o bebé	61	26,0
Produtos de higiene (oral, corporal, íntima)	68	28,9
Produtos para tratamento (pensos, álcool, cremes para os pés, etc.)	49	20,9
Dispositivos de medição	4	1,7
Produtos para o cabelo	7	3,0
Mais nenhum, só compra medicamentos	40	17,0
Ns/Nr	6	2,6
Total	235	100,0

1.2.18. Produtos (não medicamentos) comprados mais recentemente, tendo em conta a lista de produtos referidos anteriormente

Tabela 23 – Produtos (não medicamentos) comprados mais recentemente, tendo em conta a lista de produtos referidos anteriormente

	N	%
Dermocosmética	57	30,2
Vitaminas e Suplementos alimentares	13	6,9
Produtos de emagrecimento	9	4,8
Produtos de protecção solar	15	7,9
Produtos para o bebé	40	21,2
Produtos de higiene (oral, corporal, íntima)	21	11,1
Produtos para tratamento (pensos, álcool, cremes para os pés, etc.)	19	10,1
Dispositivos de medição	4	2,1
Produtos para o cabelo	6	3,2
Ns/Nr	5	2,6
Total	189	100,0

1.2.19. Motivos que o levam a comprar estes produtos nas Parafarmácias/Espaços de saúde

Tabela 24 - Motivos que o levam a comprar estes produtos nas Parafarmácias/Espaços de saúde

	N	%
Preços mais baratos	45	23,8
Horário mais alargado	43	22,8
Comodidade	110	58,2
Atendimento é competente	13	6,9
Existem muitas promoções	3	1,6
Tem uma oferta muito grande	11	5,8
Pouco tempo de espera	16	8,5
Conveniência	41	21,7
Mais e melhor informação	4	2,1
Exposição dos produtos	2	1,1
Cartão fidelidade	2	1,1
Cartão Jumbo	1	0,5
Tem melhor qualidade	2	1,1
São produtos sem receita médica	2	1,1
Outras respostas	3	1,6
Total	189	100,0

1.2.20. Perspectivas futuras da quantidade de produtos de saúde a comprar nas Parafarmácias/Espaços de saúde

Tabela 25 - Perspectivas futuras da quantidade de produtos de saúde a comprar nas Parafarmácias/Espaços de saúde

	N	%
Aumentar a quantidade de outros produtos de saúde comprados	24	10,2
Manter a mesma quantidade de outros produtos de saúde comprados	156	66,4
Diminuir a quantidade de outros produtos de saúde comprados	7	3,0
Ns/Nr	48	20,4
Total	235	100,0

1.2.21. Motivos que fariam aumentar a quantidade de outros produtos de saúde a comprar

Tabela 26 - Motivos que fariam aumentar a quantidade de outros produtos de saúde a comprar

	N	%
Os produtos são iguais à farmácia e os preços são mais baratos	16	66,7
Os horários são mais convenientes	9	37,5
Simpatia no atendimento	3	12,5
As colaboradoras estão bem preparadas e conseguem esclarecer-me	2	8,3
Vou ganhando confiança	2	8,3
Oferta diversificada	2	8,3
Cartão de fidelidade	1	4,2
Ns/Nr	1	4,2
Total	24	100,0

1.2.22. Motivos que fariam manter a quantidade de produtos de saúde a comprar

Tabela 27 - Motivos que fariam manter a quantidade de produtos de saúde a comprar

	N	%
Estou satisfeito com o actual nível de serviço	143	91,7
O dinheiro não dá para mais	13	8,3
Acessibilidade	6	3,8
Atendimento personalizado e esclarecedor	4	2,6
Não tem necessidade de comprar mais produtos	6	3,8
Outras respostas	1	0,6
Ns/Nr	3	1,9
Total	156	100,0

1.2.23. Motivos que fariam diminuir a quantidade de produtos de saúde a comprar

Tabela 28 - Motivos que fariam diminuir a quantidade de produtos de saúde a comprar

	N	%
Os preços são mais caros que na farmácia	2	28,6
Os preços são iguais aos da farmácia	2	28,6
Faltam muitos produtos	1	14,3
Outras respostas	2	28,6
Total	7	100,0

1.2.24. Costuma comprar medicamentos sem receita médica na farmácia?

Tabela 29 - Costuma comprar medicamentos sem receita médica na farmácia?

	N	%
Sim	314	67,5
Não	151	32,5
Total	465	100,0

1.2.25. Último medicamento sem necessidade de receita médica que comprou na Farmácia

Tabela 30 - Último medicamento sem necessidade de receita médica que comprou na Farmácia

	N	%
1.4.1 Anti-helmínticos	1	0,4
2.10 Analgésicos e antipiréticos	172	65,2
2.11 Medicamentos usados na enxaqueca	2	0,8
2.9.3 Antidepressores	1	0,4
3.4 Anti-hipertensores	3	1,1
4.1 Antianémicos	1	0,4
5.1 Antiasmáticos e broncodilatadores	1	0,4
5.2 Antitússicos e expectorantes	15	5,7
6.1 Medicamentos que actuam na boca e orofaringe	6	2,3
6.2 Antiácidos e anti-ulcerosos	1	0,4
6.3 Modificadores da motilidade gastrointestinal	1	0,4
6.3.2 Modificadores da motilidade intestinal	1	0,4
6.3.2.1 Laxantes e catárticos	4	1,5
6.5 Inibidores enzimáticos	1	0,4
6.6 Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos	1	0,4
7.3 Anti-infecciosos e anti-sépticos urinários	1	0,4
8.3 Hormonas da tiróide e antitiroideus	1	0,4
8.5.1.2 Anticoncepcionais	7	2,7
9.1 Anti-inflamatórios não esteróides	30	11,4
9.5 Enzimas anti-inflamatórias	3	1,1
10.1 Anti-histamínicos	4	1,5
13.1 Anti-infecciosos de aplicação na pele	4	1,5
14.1.1 Descongestionantes	1	0,4
14.2 Produtos para aplicação no ouvido	1	0,4
Antibióticos	1	0,4
Total	264	100,0
Outros produtos que não medicamentos	28	8,9
Não codificável	1	0,4
Ns/Nr	21	6,7
Medicamentos	264	84,1
Total	314	100,0

1.2.26. Último medicamento (MSRM) sem necessidade de receita médica que comprou na Farmácia

Tabela 31 - MSRM - Costumam comprar medicamentos sem receita médica na farmácia

	N	%
2.10 Analgésicos e antipiréticos	60	58,3
2.11 Medicamentos usados na enxaqueca	2	1,9
2.9.3 Antidepressores	1	1,0
3.4 Anti-hipertensores	3	2,9
4.1 Antianémicos	1	1,0
5.1 Antiasmáticos e broncodilatadores	1	1,0
6.2 Antiácidos e anti-ulcerosos	1	1,0
6.3 Modificadores da motilidade gastrointestinal	1	1,0
7.3 Anti-infecciosos e anti-sépticos urinários	1	1,0
8.3 Hormonas da tiróide e antitiroideus	1	1,0
8.5.1.2 Anticoncepcionais	7	6,8
9.1 Anti-inflamatórios não esteróides	18	17,5
9.5 Enzimas anti-inflamatórias	2	1,9
10.1 Anti-histamínicos	3	2,9
Antibióticos	1	1,0
Total	103	100,0

1.2.27. Último medicamento (MNSRM) sem necessidade de receita médica que comprou na Farmácia

Tabela 32 - MNSRM - Costumam comprar medicamentos sem receita médica na farmácia

	N	%
1.4.1 Anti-helmínticos	1	0,6
2.10 Analgésicos e antipiréticos	112	69,6
5.2 Antitússicos e expectorantes	15	9,3
6.1 Medicamentos que actuam na boca e orofaringe	6	3,7
6.3.2 Modificadores da motilidade intestinal	1	0,6
6.3.2.1 Laxantes e catárticos	4	2,5
6.5 Inibidores enzimáticos	1	0,6
6.6 Suplementos enzimáticos, bacilos lácteos e análogos	1	0,6
9.1 Anti-inflamatórios não esteróides	12	7,5
9.5 Enzimas anti-inflamatórias	1	0,6
10.1 Anti-histamínicos	1	0,6
13.1 Anti-infecciosos de aplicação na pele	4	2,5
14.1.1 Descongestionantes	1	0,6
14.2 Produtos para aplicação no ouvido	1	0,6
Total	161	100

1.2.28. Foi à Farmácia de propósito comprar esse medicamento sem receita médica ou lembrou-se de o comprar depois de lá estar?

Tabela 33 - Foi à Farmácia de propósito comprar esse medicamento sem receita médica ou lembrou-se de o comprar depois de lá estar?

	N	%
Foi lá de propósito para comprar o medicamento sem receita médica	264	84,1
Lembrou-se de comprar o medicamento sem receita médica, depois de lá estar	50	15,9
Total	314	100,0

1.2.29. Motivo que o levou a comprar o medicamento na farmácia

Tabela 34 - Motivo que o levou a comprar o medicamento na farmácia

	N	%
Foi indicado pelo médico	28	8,9
Por sugestão no atendimento da Farmácia	24	7,6
Iniciativa própria	256	81,5
Localização/Proximidade da Farmácia	8	2,5
Preço	1	0,3
Qualidade do serviço	2	0,6
Fidelidade/Hábito	4	1,3
Recomendação de familiar	1	0,3
Ns/Nr	2	0,6
Total	314	100,0

1.2.30. Comprou produtos de saúde, sem ser medicamentos, em Farmácias

Tabela 35 - Comprou produtos de saúde, sem ser medicamentos, em Farmácias

	N	%
Sim	208	44,7
Não	257	55,3
Total	465	100,0

1.2.31. Alguma vez efectuou alguma compra de produtos de saúde, sem ser medicamentos, em Farmácias?

Tabela 36 - Alguma vez efectuou alguma compra de produtos de saúde, sem ser medicamentos, em Farmácias?

	N	%
Dermocosmética (cremes para rosto, corpo e mãos)	85	40,9
Vitaminas e Suplementos Alimentares	58	27,9
Produtos para emagrecimento	10	4,8
Produtos de protecção solar	56	26,9
Produtos para o bebé	60	28,8
Produtos de higiene (oral, corporal, íntima)	73	35,1
Produtos para tratamento (pensos, álcool, cremes para os pés, etc.)	52	25,0
Shampoos	5	2,4
Dispositivos de medição	1	0,5
Outras respostas	5	2,4
Ns/Nr	3	1,4
Total	208	100,0

1.2.32. Produtos comprados mais recentemente, tendo em conta a lista de produtos referidos anteriormente

Tabela 37 - Produtos comprados mais recentemente, tendo em conta a lista de produtos referidos anteriormente

	N	%
Água do mar	1	0,5
Álcool	7	3,4
Aparelho de medir tensão	1	0,5
Atoderme	1	0,5
Bepantene	2	1,0
Complexos vitamínicos para adultos	24	11,5
Chá	1	0,5
Complexos vitamínicos para crianças	1	0,5
Creme de cara	8	3,8
Creme de pés	3	1,4
Creme para bebé	9	4,3
Creme mãos	3	1,4
Creme para barba	1	0,5
Creme para corpo	10	4,8
Creme para pele mista	1	0,5
Dermocosmética	21	10,1
Desodorizante	2	1,0
Elixir	2	1,0
Farinhas	4	1,9
Higiene oral	11	5,3
Higiene pessoal	9	4,3
Leite para bebé	5	2,4
Meias elásticas	2	1,0
Mitosil creme	1	0,5
Pensos rápidos	6	2,9
Produtos de protecção solar	17	8,2
Produtos higiene íntima	2	1,0
Rebuçados mentol	1	0,5
Shampoo tratamento	5	2,4
Suplementos alimentares	2	1,0
Toalhetes	1	0,5
Produtos para bebé	12	5,8
Produtos para tratamento	5	2,4
Produtos de emagrecimento	2	1,0
Outras respostas	1	0,5
Ns/Nr	24	11,5
Total	208	100,0

1.2.33. Motivos que o levam a comprar estes produtos nas Farmácias

Tabela 38 - Motivos que o levam a comprar estes produtos nas Farmácias

	N	%
Preços mais baratos	14	6,7
Horário mais alargado	9	4,3
Comodidade	86	41,3
Atendimento é competente	18	8,7
Existem muitas promoções	1	0,5
Tem uma oferta muito grande	20	9,6
Pouco tempo de espera	2	1,0
Conveniência	99	47,6
Conheço os funcionários há muito tempo	11	5,3
Produto não existe à venda nas Parafarmácias/Espaços de saúde	12	5,8
Fidelidade/Hábito	5	2,4
Confiança	5	2,4
Por indicação do médico (Receita do médico)	3	1,4
Outras respostas	1	0,5
Ns/Nr	3	1,4
Total	208	100,0

1.2.34. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “A Farmácia é um lugar onde se vai quando se está doente”

Tabela 39 – Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “A Farmácia é um lugar onde se vai quando se está doente.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	137	29,5
2	66	14,2
3	100	21,5
4	72	15,5
5 – Concordo totalmente	76	16,3
Ns/Nr	14	3,0
Total	465	100,0

1.2.35. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Não compro produtos na Parafarmácia/Espaço de saúde porque não estou/não me sinto doente”

Tabela 40 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Não compro produtos na Parafarmácia/Espaço de saúde porque não estou/não me sinto doente.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	208	44,7
2	72	15,5
3	59	12,7
4	46	9,9
5 – Concordo totalmente	41	8,8
Ns/Nr	39	8,4
Total	465	100,0

1.2.36. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Na Parafarmácia/Espaço de saúde sinto-me mais à vontade para fazer as minhas escolhas.”

Tabela 41 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Na Parafarmácia/Espaço de saúde sinto-me mais à vontade para fazer as minhas escolhas.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	103	22,2
2	58	12,5
3	106	22,8
4	59	12,7
5 – Concordo totalmente	41	8,8
Ns/Nr	98	21,1
Total	465	100,0

1.2.37. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: "A saúde é um assunto sério, por isso na Parafarmácia/Espaço de saúde pergunto sempre a opinião do funcionário."

Tabela 42 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: "A saúde é um assunto sério, por isso na Parafarmácia/Espaço de saúde pergunto sempre a opinião do funcionário."

	N	%
1 - Discordo totalmente	53	11,4
2	44	9,5
3	94	20,2
4	77	16,6
5 – Concordo totalmente	91	19,6
Ns/Nr	106	22,8
Total	465	100,0

1.2.38. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: "Pelo facto de a Parafarmácia/Espaço de saúde estar no hipermercado espero sempre que os preços sejam mais baratos."

Tabela 43 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: "Pelo facto de a Parafarmácia/Espaço de saúde estar no hipermercado espero sempre que os preços sejam mais baratos."

	N	%
1 - Discordo totalmente	57	12,3
2	56	12,0
3	67	14,4
4	74	15,9
5 – Concordo totalmente	126	27,1
Ns/Nr	85	18,3
Total	465	100,0

1.2.39. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto:
“Para mim, a Parafarmácia/Espaço de saúde é um espaço que associa sobretudo a bem-estar e não a doença.”

Tabela 44 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto:
“Para mim, a Parafarmácia/Espaço de saúde é um espaço que associa sobretudo a bem-estar e não a doença.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	17	3,7
2	27	5,8
3	120	25,8
4	102	21,9
5 – Concordo totalmente	138	29,7
Ns/Nr	61	13,1
Total	465	100,0

1.2.40. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto:
“Para mim, a Parafarmácia/Espaço de saúde é um espaço que associa a doença.”

Tabela 45 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto:
“Para mim, a Parafarmácia/Espaço de saúde é um espaço que associa a doença.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	264	56,8
2	78	16,8
3	48	10,3
4	17	3,7
5 – Concordo totalmente	5	1,1
Ns/Nr	53	11,4
Total	465	100,0

1.2.41. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Os protectores solares que estão à venda na Parafarmácia/Espaço de saúde são mais eficazes que aqueles vendidos no interior dos hipermercados (em termos de qualidade).”

Tabela 46 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Os protectores solares que estão à venda na Parafarmácia/Espaço de saúde são mais eficazes que aqueles vendidos no interior dos hipermercados (em termos de qualidade).”

	N	%
1 - Discordo totalmente	82	17,6
2	44	9,5
3	92	19,8
4	57	12,3
5 – Concordo totalmente	54	11,6
Ns/Nr	136	29,2
Total	465	100,0

1.2.42. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “As vitaminas que estão à venda na Parafarmácia/Espaço de saúde são mais eficazes que aquelas vendidas no interior dos hipermercados (em termos de qualidade).”

Tabela 47 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “As vitaminas que estão à venda na Parafarmácia/Espaço de saúde são mais eficazes que aquelas vendidas no interior dos hipermercados (em termos de qualidade).”

	N	%
1 - Discordo totalmente	75	16,1
2	41	8,8
3	81	17,4
4	57	12,3
5 – Concordo totalmente	53	11,4
Ns/Nr	158	34,0
Total	465	100,0

1.2.43. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Os produtos de emagrecimento que estão à venda na Parafarmácia/Espaço de saúde são mais eficazes que aqueles vendidos no interior dos hipermercados (em termos de qualidade).”

Tabela 48 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Os produtos de emagrecimento que estão à venda na Parafarmácia/Espaço de saúde são mais eficazes que aqueles vendidos no interior dos hipermercados (em termos de qualidade).”

	N	%
1 - Discordo totalmente	66	14,2
2	44	9,5
3	75	16,1
4	47	10,1
5 – Concordo totalmente	46	9,9
Ns/Nr	187	40,2
Total	465	100,0

1.2.44. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “O que leio nos jornais e revistas e ouço na televisão, permitem-me escolher melhor na Parafarmácia/Espaço de saúde.”

Tabela 49 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “O que leio nos jornais e revistas e ouço na televisão, permitem-me escolher melhor na Parafarmácia/Espaço de saúde.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	104	22,4
2	78	16,8
3	81	17,4
4	31	6,7
5 – Concordo totalmente	19	4,1
Ns/Nr	152	32,7
Total	46	100,0

1.2.45. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “A informação que recolho na internet permite-me escolher melhor na Parafarmácia/Espaço de saúde.”

Tabela 50 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “A informação que recolho na internet permite-me escolher melhor na Parafarmácia/Espaço de saúde.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	118	25,4
2	69	14,8
3	64	13,8
4	31	6,7
5 – Concordo totalmente	15	3,2
Ns/Nr	168	36,1
Total	465	□□□□□

1.2.46. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Deixa-me mais seguro encontrar um farmacêutico na Parafarmácia/Espaço de saúde.”

Tabela 51 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Deixa-me mais seguro encontrar um farmacêutico na Parafarmácia/Espaço de saúde.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	30	6,5
2	26	5,6
3	72	15,5
4	83	17,8
5 – Concordo totalmente	187	40,2
Ns/Nr	67	14,4
Total	465	100,0

1.2.47. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Se as Parafarmácias/Espaços de saúde não têm uma cruz não associada a produtos de saúde.”

Tabela 52 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Se as Parafarmácias/Espaços de saúde não têm uma cruz não associada a produtos de saúde.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	151	32,5
2	64	13,8
3	93	20,0
4	59	12,7
5 – Concordo totalmente	40	8,6
Ns/Nr	58	12,5
Total	465	100,0

1.2.48. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Para questões de saúde, a Farmácia inspira-me mais confiança que a Parafarmácia/Espaço de saúde.”

Tabela 53 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Para questões de saúde, a Farmácia inspira-me mais confiança que a Parafarmácia/Espaço de saúde.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	30	6,5
2	54	11,6
3	88	18,9
4	107	23,0
5 – Concordo totalmente	161	34,6
Ns/Nr	25	5,4
Total	465	100,0

1.2.49. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Quando compro medicamentos na Parafarmácia/Espaço de saúde procuro sempre a opinião do farmacêutico (ou do técnico de farmácia) em serviço na Parafarmácia/Espaço de saúde.”

Tabela 54 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: “Quando compro medicamentos na Parafarmácia/Espaço de saúde procuro sempre a opinião do farmacêutico (ou do técnico de farmácia) em serviço na Parafarmácia/Espaço de saúde.”

	N	%
1 - Discordo totalmente	35	7,5
2	48	10,3
3	102	21,9
4	62	13,3
5 – Concordo totalmente	105	22,6
Ns/Nr	113	24,3
Total	465	100,0

1.2.50. Concorda com a abertura das Parafarmácias/Espaços de saúde nos Super/Hipermercados

Tabela 55 - Concorda com a abertura das Parafarmácias/Espaços de saúde nos Super/Hipermercados

	N	%
Sim	396	85,2
Não	8	1,7
Indiferente	58	12,5
Ns/Nr	3	0,6
Total	465	100,0

1.2.51. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: as Parafarmácias/Espaços de saúde localizadas em hipermercados são úteis na gestão da minha saúde e do meu corpo

Tabela 56 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: as Parafarmácias/Espaços de saúde localizadas em hipermercados são úteis na gestão da minha saúde e do meu corpo

	N	%
1 - Discordo totalmente	22	5,6
2	43	10,9
3	108	27,3
4	66	16,7
5 – Concordo totalmente	133	33,6
Ns/Nr	24	6,1
Total	396	100,0

1.2.52. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: as Parafarmácias/Espaços de saúde dão-me mais alternativas para a gestão da minha saúde e do meu corpo

Tabela 57 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: as Parafarmácias/Espaços de saúde dão-me mais alternativas para a gestão da minha saúde e do meu corpo

	N	%
1 - Discordo totalmente	22	5,6
2	41	10,4
3	93	23,5
4	87	22,0
5 – Concordo totalmente	122	30,8
Ns/Nr	31	7,8
Total	396	100,0

1.2.53. Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: as Parafarmácias/Espaços de saúde deveriam exibir o nome “Parafarmácia” para melhor se perceber o que vendem

Tabela 58 - Utilizando a escala de 1 a 5, até que ponto concorda com o seguinte aspecto: as Parafarmácias/Espaços de saúde deveriam exibir o nome “Parafarmácia” para melhor se perceber o que vendem

	N	%
1 - Discordo totalmente	66	16,7
2	46	11,6
3	87	22,0
4	72	18,2
5 – Concordo totalmente	104	26,3
Ns/Nr	21	5,3
Total	396	100,0

1.2.54. Localização sugerida para as Parafarmácias/Espaços de saúde

Tabela 59 - Localização sugerida para as Parafarmácias/Espaços de saúde

	N	%
Dentro do hipermercado	95	24,0
Fora do hipermercado	140	35,4
Deveriam ter uma ligação ao hipermercado e ao centro comercial	139	35,1
Ns/Nr	22	5,6
Total	396	100,0

Anexo C – Distribuição dos escalões socioeconómicos

Os escalões socioeconómicos são determinados com base no nível de escolaridade e na ocupação do P.C.A. (Principal Contribuinte para o Agregado).

Conforme esta designação indica, o P.C.A. é, em cada agregado familiar, a pessoa que mais contribui para o rendimento global do agregado.

A estrutura do questionário relativamente às perguntas para determinar os escalões socioeconómicos é a seguinte:

Em primeiro lugar, pergunta-se ao inquirido se é ele a pessoa que mais contribui para o rendimento global do agregado (ou seja, se é o P.C.A.);

Se o inquirido não for o P.C.A., pergunta-se-lhe qual o grau de instrução e qual a ocupação do P.C.A.. Se o P.C.A. for o próprio indivíduo pergunta-se-lhe qual o grau de instrução e qual a ocupação do próprio.

As ocupações possíveis classificam-se de acordo com a seguinte lista:

- 01 -** Patrão/proprietário (agricultura, comércio, indústria, serviços) (empresa/loja/exploração com 6 ou mais trabalhadores)
- 02 -** Quadros superiores (responsável por 6 ou mais trabalhadores) - Administrador, Presidente, Director, Gerente
- 03 -** Quadros superiores (responsável por 5 ou menos trabalhadores) - Administrador, Presidente, Director, Gerente
- 04 -** Profissões liberais e similares: Médicos, Advogados, Arquitectos, Engenheiros, Contabilistas, Economistas, Artistas, Fotógrafos, Decoradores, etc.
- 05 -** Quadros médios (responsável por 6 ou mais trabalhadores) - Chefe de secção, Chefe de serviços
- 06 -** Patrão/proprietário (agricultura, comércio, indústria, serviços) (empresa/loja/exploração com 5 ou menos trabalhadores)
- 07 -** Profissões técnicas, científicas e artísticas por conta de outrem: Perfil semelhante ao código 04, mas trabalhando por conta de outrem
- 08 -** Quadros médios (responsável por 5 ou menos trabalhadores) - Chefe de secção, Chefe de serviços
- 09 -** Empregados de escritório

- 10 - Reformados
- 11 - Empregados trabalhando sem ser em escritórios: Lojistas, Vendedores, Polícias, etc.
- 12 - Trabalhadores manuais e similares por conta própria Canalizadores, Carpinteiros, Sapateiros, Pintores, etc.
- 13 - Desempregados
- 14 - Trabalhadores manuais: Operários, Trabalhadores agrícolas, etc.
- 15 - Domésticas
- 16 - Estudantes

Com base nestes códigos e na instrução obtém-se a seguinte matriz:

		OCUPAÇÃO											
		1	2	3	4	5+6	7+8	9	10+ 15+ 16	11	12	13	14
INSTRUÇÃO	Analfabeto	C			D					E			
	Instrução Primária Incompleta												
	Instrução Primária Completa	A		B			C			D		E	
	6º Ano (2º Antigo)												
	9º Ano (5º Antigo)	A	B		C			D		E			
	11º/12º Ano (7º Antigo)												
	Curso Médio / Politécnico	A	B		C			D		E			
	Universitário												

Esta matriz lê-se da seguinte forma: Pertencem ao escalão socioeconómico A todos os inquiridos que respeitem as seguintes condições:

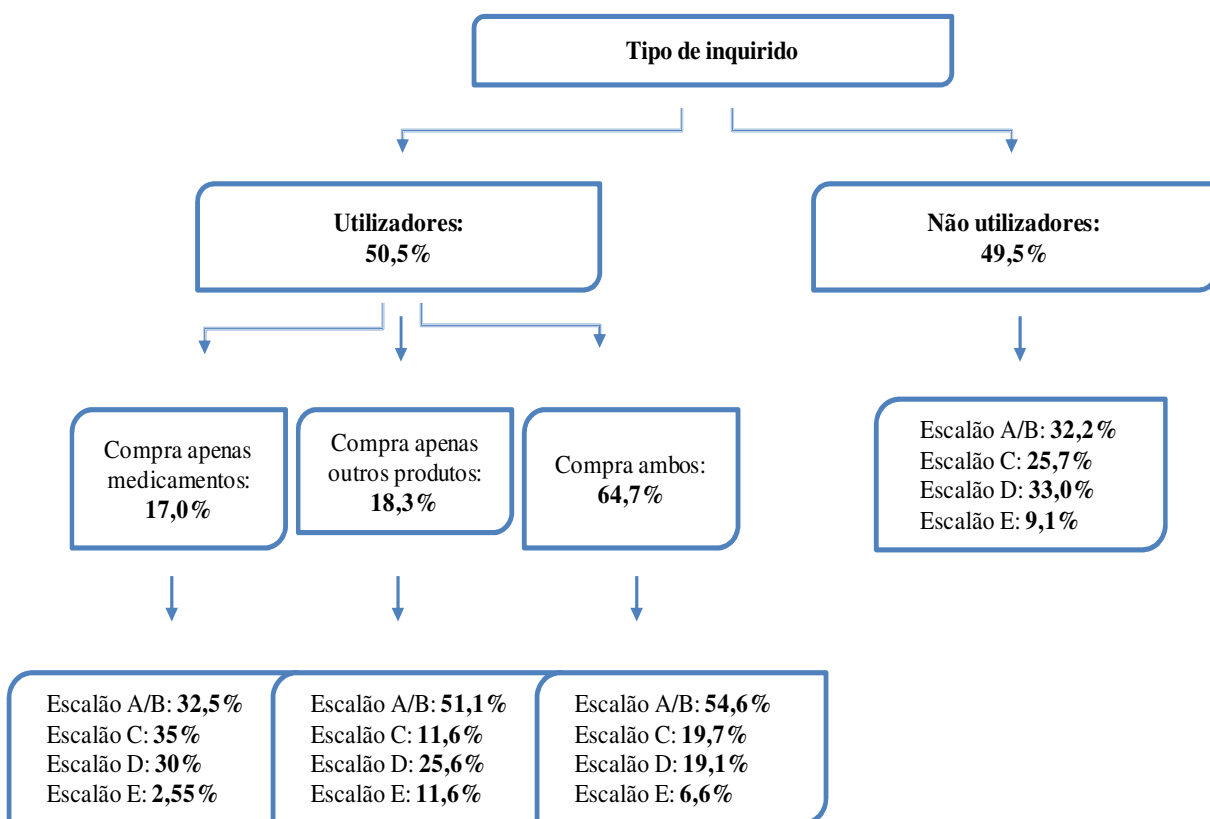
1. Tenham uma das seguintes ocupações e pelo menos o 9º ano (5º ano antigo) completo.

01 - Patrão/proprietário (agricultura, comércio, indústria, serviços)
(empresa/loja/exploração com 6 ou mais trabalhadores)

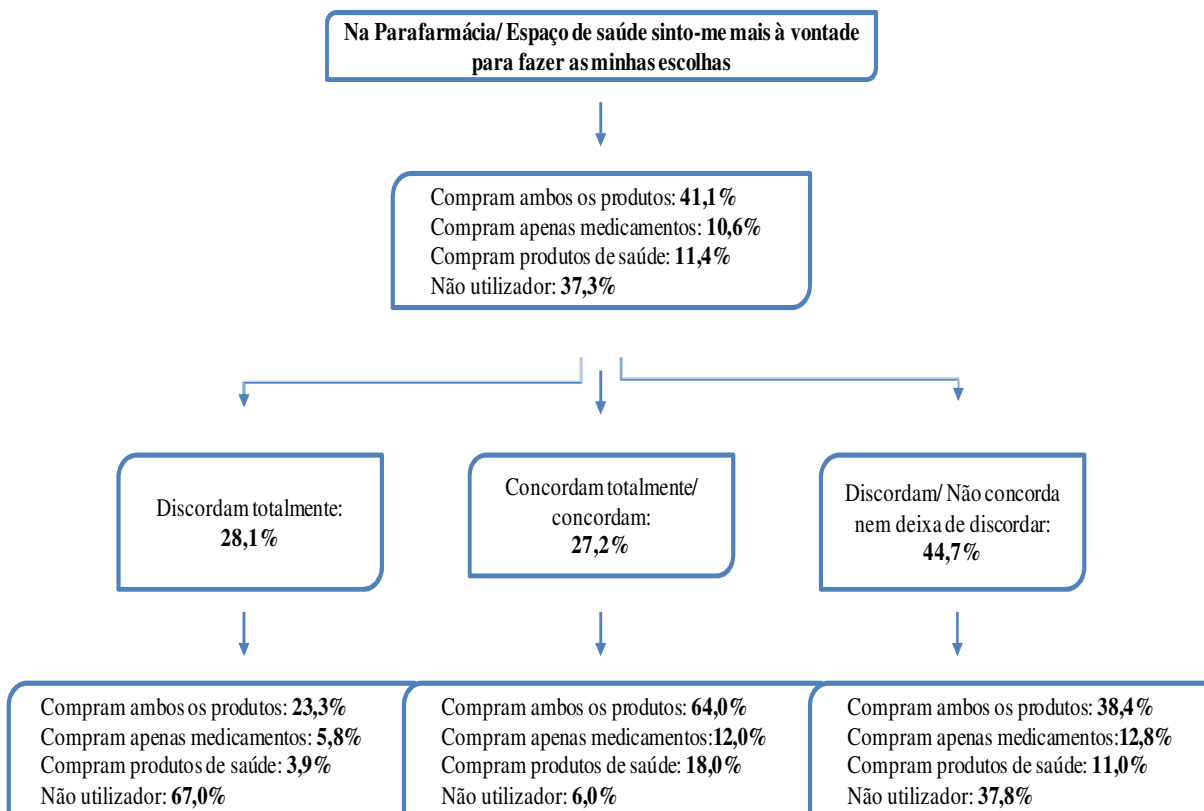
- 02** - Quadros superiores (responsável por 6 ou mais trabalhadores) - Administrador, Presidente, Director, Gerente
2. Tenham uma das seguintes ocupações e pelo menos o 11º/12º ano (7º ano antigo) completos.
- 01** - Patrão/proprietário (agricultura, comércio, indústria, serviços) (empresa/loja/exploração com 6 ou mais trabalhadores)
- 02** - Quadros superiores (responsável por 6 ou mais trabalhadores) - Administrador, Presidente, Director, Gerente
- 03** - Quadros superiores (responsável por 5 ou menos trabalhadores) - Administrador, Presidente, Director, Gerente
- 04** - Profissões liberais e similares: Médicos, Advogados, Arquitectos, Engenheiros, Contabilistas, Economistas, Artistas, Fotógrafos, Decoradores, etc.
3. Tenham uma das seguintes ocupações e pelo menos o curso médio/politécnico completos.
- 01** - Patrão/proprietário (agricultura, comércio, indústria, serviços) (empresa/loja/exploração com 6 ou mais trabalhadores)
- 02** - Quadros superiores (responsável por 6 ou mais trabalhadores) - Administrador, Presidente, Director, Gerente
- 03** - Quadros superiores (responsável por 5 ou menos trabalhadores) - Administrador, Presidente, Director, Gerente
- 04** - Profissões liberais e similares: Médicos, Advogados, Arquitectos, Engenheiros, Contabilistas, Economistas, Artistas, Fotógrafos, Decoradores, etc.
- 05** - Quadros médios (responsável por 6 ou mais trabalhadores) - Chefe de secção, Chefe de serviços
- 06** - Patrão/proprietário (agricultura, comércio, indústria, serviços) (empresa/loja/exploração com 5 ou menos trabalhadores)

Anexo D – Árvores de decisão

Caracterização dos inquiridos por tipo de utilização das Parafarmácias

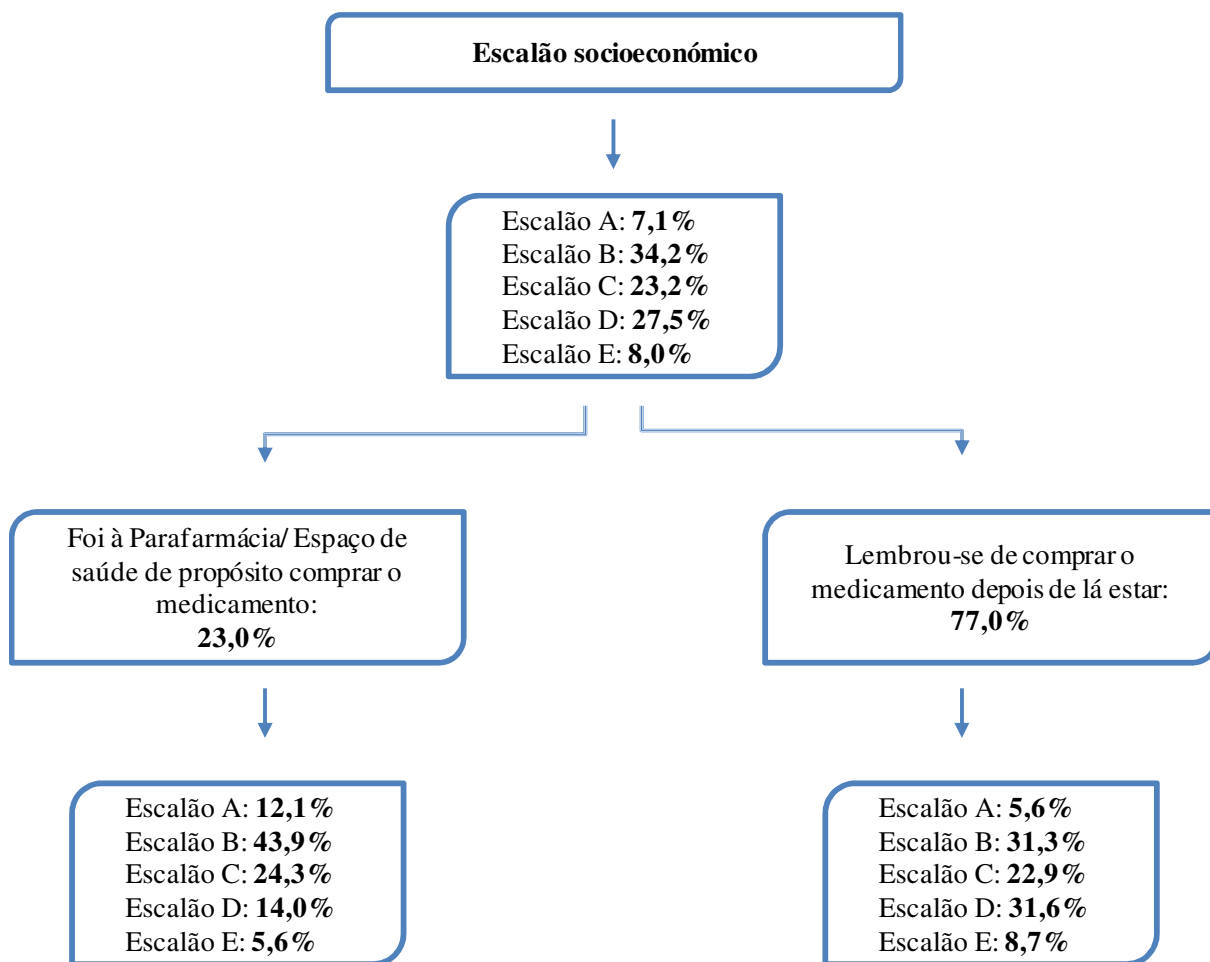


Caracterização das atitudes dos inquiridos e relação com os consumos nas Parafarmácias/ Espaços de saúde



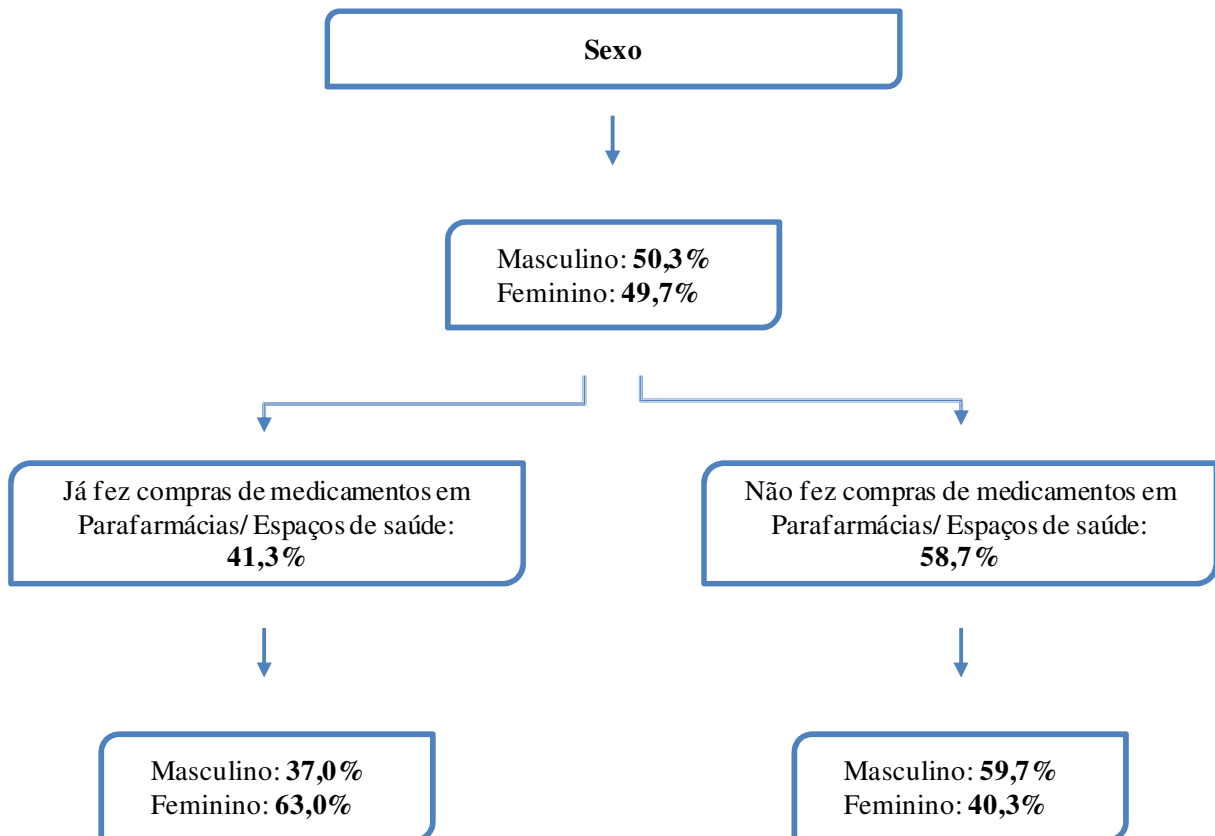
Nota: Árvore de Decisão calculada com base no método Chaid. Adj. P-value=0.000, Chi-Square=178.687, df=9

Caracterização dos inquiridos, respectivo escalão e relação com os consumos nas Parafarmácias/ Espaços de saúde



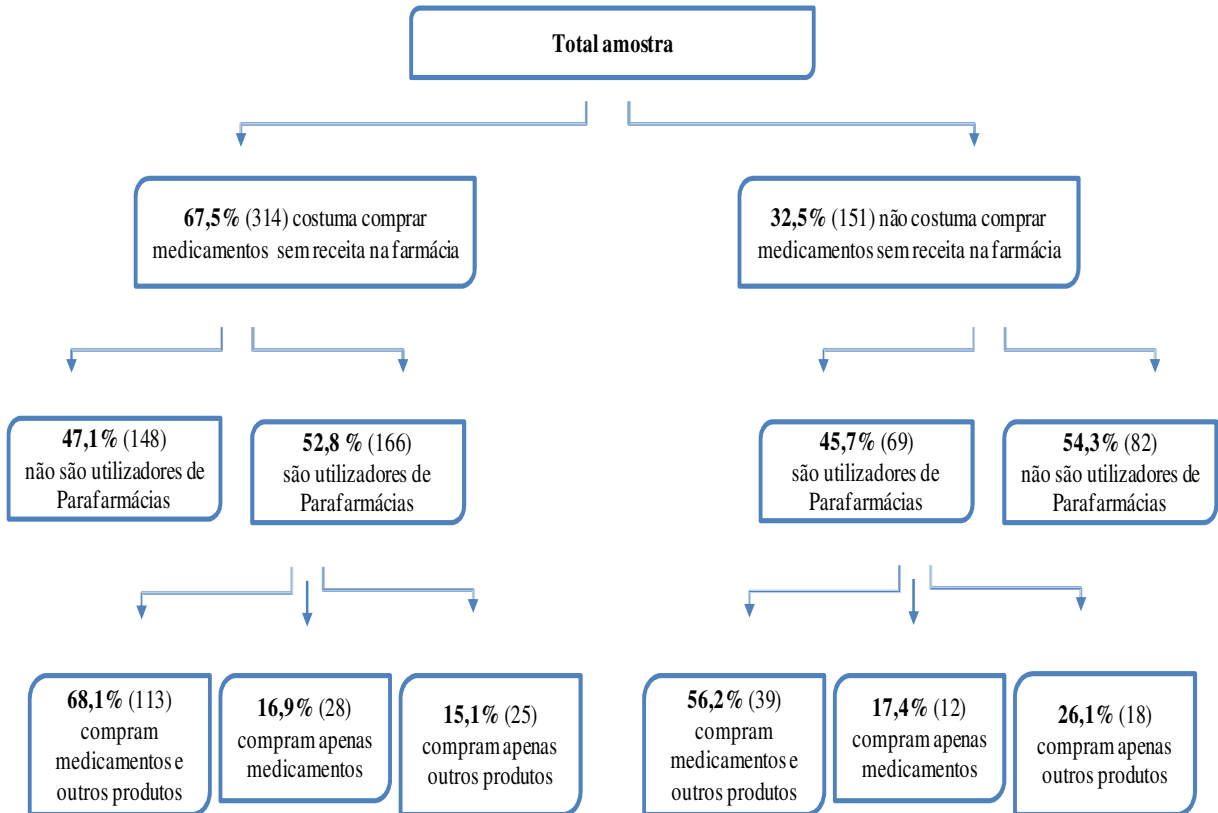
Nota: Árvore de Decisão calculada com base no método Chaid. Adj. P-value=0.002, Chi-Square=19.095, df=

Caracterização dos inquiridos, respectivo sexo e relação com os consumos nas Parafarmácias/ Espaços de saúde

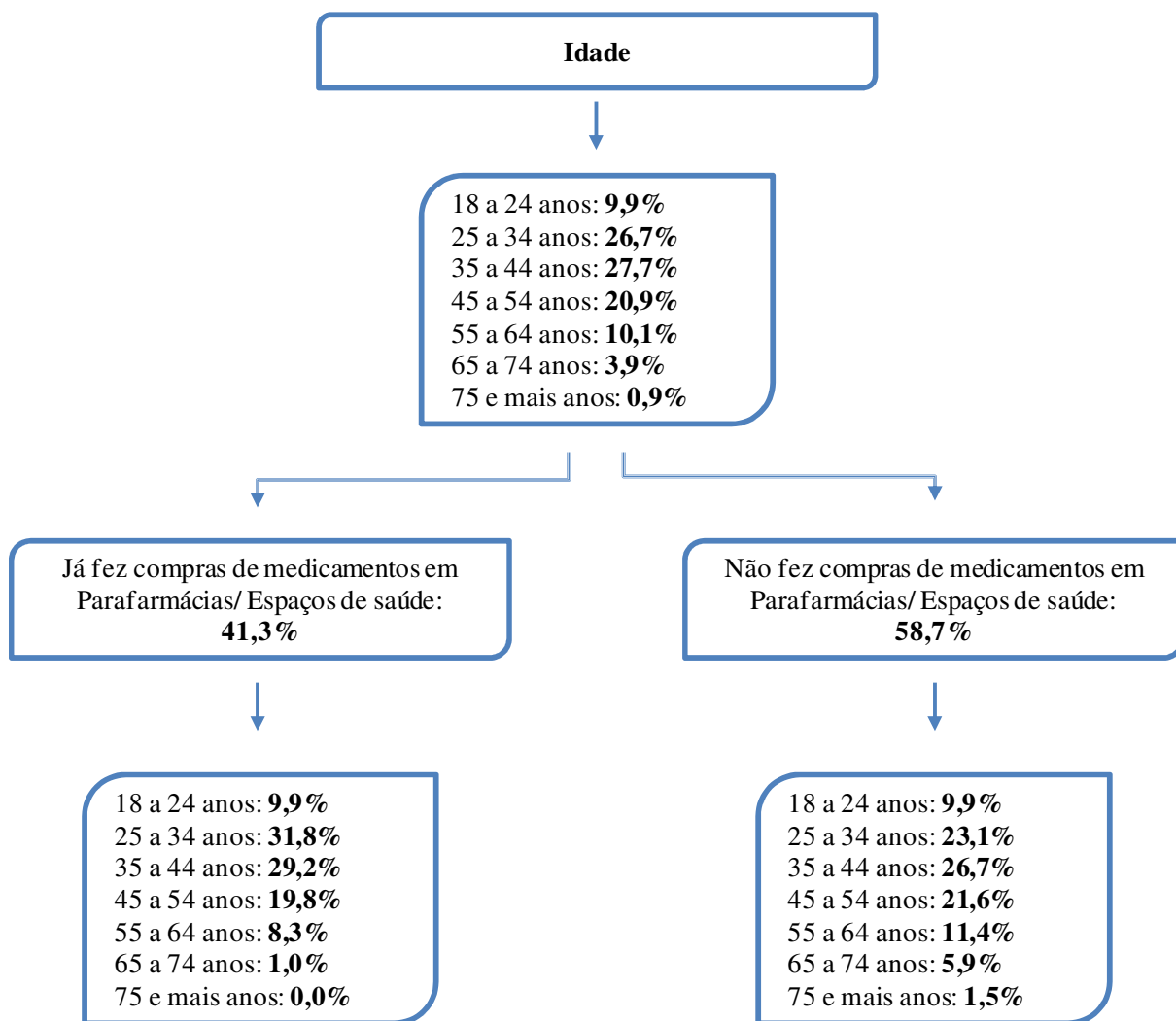


Nota: Árvore de Decisão calculada com base no método Chaid. Adj. P-value=0.000, Chi-Square=23.292, df=1

Caracterização dos consumos na farmácia e relação com os consumos na Parafarmácias



Caracterização dos inquiridos, respectiva idade e relação com os consumos nas Parafarmácias/ Espaços de saúde



Nota: Árvore de Decisão calculada com base no método Chaid. Adj. P-value=0.027, Chi-Square=14.208, df=6