

**Consumo de medicamentos e produtos de
performance nos estudantes da Universidade
da Beira Interior**
**Experiência profissionalizante na área de
Investigação e Farmácia Comunitária**

Eduardo Abrantes Machado

Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em
Ciências Farmacêuticas
(Mestrado Integrado)

Orientadora: Prof^a. Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto
Coorientador: Prof. Doutor Nuno Miguel Cavaca Augusto

junho de 2023

Declaração de Integridade

Eu, Eduardo Abrantes Machado que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 36173 do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências da Saúde declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 27 /06 /2023

Dedicatória

À minha avó.

Agradecimentos

Como aqui culmina o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, deixo aqui os agradecimentos àqueles que de uma forma ou de outra contribuíram para que este desfecho fosse possível.

De forma que, para a elaboração de todo este trabalho, deixo aqui um cordial agradecimento à minha orientadora Professora Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto, por toda a sua disponibilidade, o seu ensinamento, e ajuda no aprofundamento, em Sociologia da Saúde. Também ao meu coorientador Professor Doutor Nuno Miguel Cavaca Augusto, pela sua disponibilidade e atenção para comigo. A eles os dois, um grande e sincero obrigado.

Agradeço aqui, também, a toda a equipa da Farmácia Social Mutualista Covilhanense. Por saberem acolher-me como um membro da sua equipa, por todos os ensinamentos que me transmitiram, por toda a sua paciência, pela oportunidade em sentir o verdadeiro espírito do ser farmacêutico perante a comunidade. Um dirigido obrigado à Doutora Rita Oliveira, ao Doutor João Matias, à Doutora Leticia Esteves, à Doutora Carolina Gonçalves.

A todos os funcionários da Associação de Socorros Mútuos – Mutualista Covilhanense, que me fizeram sentir em casa, obrigado.

Um agradecimento dirigido aos funcionários da Faculdade de Ciências da Saúde. Um obrigado ao UBIPharma.

E como em qualquer etapa na vida, não caminhamos sozinhos, aos que caminharam ao meu lado, um grande agradecimento a eles é devido. Agradeço aos meus pais, sem eles tudo era impossível. Um agradecimento aos meus avós.

À Irina, à Teresa, ao Francisco, à Tatiana, apoios fundamentais. À minha prima Érica. A todos eles, que levo sempre no coração, o mais sentido obrigado.

A todos aqueles que se cruzaram na minha vida académica, e pelo seu apoio em determinado ponto, um prestado agradecimento.

À Covilhã, bem-haja.

Resumo

Este Relatório de Estágio surge no culminar do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. Este, está dividido em duas partes – a parte de Investigação e a parte de estágio em Farmácia Comunitária.

Optou-se por investigar os consumos de performance em estudantes da Universidade da Beira Interior, conjugando os conhecimentos das Ciências Farmacêuticas e os da Sociologia da Saúde. Para isso recorreu-se a diversos tópicos e bibliografia teórica. Procurou-se descrever brevemente a evolução do medicamento, a forma como este foi sendo apropriado pela sociedade e os fenómenos sociais de que daí resultaram. Exploraram-se conceitos de medicalização, farmacologia e *enhancement*.

Construiu-se um estudo, tendo por metodologia o inquérito, aplicado aos estudantes da Universidade da Beira Interior, de forma a compreender como se manifestavam os consumos de performance nesta academia, bem como as suas particularidades.

Percebeu-se assim, através dos resultados obtidos, que os consumos de performance são uma realidade nos estudantes desta Universidade, revelando-se também certas particularidades que mereciam maior atenção – o consumo extensivo em mulheres estudantes e em estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde, bem como a visão destes dois grupos sobre si mesmos.

No Relatório de Estágio estão descritas todas as aprendizagens e feitos realizados numa farmácia comunitária no período que vai de 13 de setembro de 2021 a 4 de fevereiro de 2022 na Farmácia Social Mutualista Covilhanense. Esta, com singularidades únicas no contexto de farmácia de oficina.

Palavras-chave

Medicamento; Consumos; *Enhancement*; Estudantes; Performance; Farmácia Comunitária

Abstract

This Internship Report comes at the end of the Integrated Master in Pharmaceutical Sciences. This is divided into two parts – the Research part and the Internship in Community Pharmacy part.

It was decided to investigate the consumption of performance in students of the Universidade da Beira Interior, combining the knowledge of Pharmaceutical Sciences and the Sociology of Health. For this, several topics and theoretical bibliography were used. An attempt was made to briefly describe the evolution of medicines, the way in which it was appropriated by society and the social phenomena that resulted therefrom. Concepts of medicalization, pharmacologization and enhancement were explored.

A study was built, using the survey as a methodology, applied to students at the Universidade da Beira Interior, in order to understand how performance consumption was manifested in this academy, as well as its particularities.

It was thus perceived, through the results obtained, that performance consumption is a reality in the students of this University, also revealing certain particularities that deserved greater attention - the extensive consumption in female students and in students of the Faculdade de Ciências da Saúde, as well as the vision of these two groups about themselves.

The Internship Report describes all the learning and accomplishments carried out in a community pharmacy in the period from September 13, 2021 to February 4, 2022 at Farmácia Social Mutualista Covilhanense. This one, with unique singularities in the context of community pharmacy.

Keywords

Medicine;Consumptions;Enhancement;Students;Performance;Community Pharmacy;

Índice

Parte I – O consumo de medicamentos e produtos de performance nos estudantes da Universidade da Beira Interior	1
1. Introdução.....	1
2. O medicamento, produtos de saúde e suplementos alimentares – perspetiva farmacêutica e social	3
2.1. O medicamento – evolução histórica e definição	3
2.2. Produtos de saúde e suplementos alimentares	7
2.3. Dimensão sociológica – a fenomenologia social do medicamento	9
2.4. Dimensão socioeconómica – o medicamento como bem de consumo	11
3. A medicalização da sociedade e a emergência da farmacologização	14
3.1. O processo de medicalização da sociedade	14
3.2. A biomedicalização e o desenvolvimento científico-tecnológico	17
3.3. A farmacologização – dos media ao mercado farmacêutico	19
4. Enhancement e performance	23
4.1. Introdução ao enhancement e à performance	23
4.2. Enhancement e a performance neuro-cognitiva.....	26
4.3. Enhancement e a performance físico-corporal	29
5. Os consumos de performance.....	32
5.1. A indução social e a legitimidade nos consumos de performance	32
5.2. Medicamentos e produtos de performance-enhancing	35
5.3. Os consumos de performance na cultura juvenil e estudantil – o contexto português.....	39
6. Metodologia	43
7. Análise de resultados e Discussão	44
7.1. Prática de desporto e outras atividades extracurriculares	45
7.2. Satisfação com a performance pessoal	47
7.3. Vontade de melhorar a performance pessoal e a imagem corporal	56
7.4. Práticas de consumo.....	59
7.5. Risco e suas dimensões.....	68
8. Conclusões, limitações e considerações finais	72
Bibliografia	75
Legislação consultada	80
Parte II – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária.....	81
1. Introdução.....	81
2. Caracterização e organização da Farmácia	82
2.1. A Farmácia Social Mutualista Covilhanense: orientação, localização, horário de funcionamento e aspetos legais.....	82
2.2. Espaço exterior e espaço interior	83
2.3. Recursos humanos	85

2.4. Equipamentos da farmácia	86
2.5. Sistema informático, documentação e fontes de informação	86
3. Medicamentos e produtos de saúde	88
3.1. Definições de conceitos	88
3.2. Classificações de medicamentos	89
4. Aprovisionamento e Armazenamento.....	91
4.1. Fornecedores e critérios de seleção	91
4.2. Encomendas: elaboração e conferência.....	92
4.3. Preços e margens de comercialização	94
4.4. Armazenamento	94
4.4.1. Controlo de Temperatura e Humidade	95
4.4.2. Controlo de prazos de validade	96
4.5. Devoluções e reclamações – critérios e processo.....	96
5. Dispensa de medicamentos e produtos de saúde.....	98
5.1. Dispensa de medicamentos não-sujeitos a receita médica: aconselhamento farmacêutico nas situações passíveis de automedicação	98
5.2. Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica	99
5.2.1. Verificação e validação da receita médica	99
5.2.2. A interação farmacêutico-utente no ato de dispensa	100
5.2.3. Receituário, faturação e regimes de comparticipação	101
5.3. Dispensa de psicotrópicos e estupefacientes	102
5.4. Dispensa de medicamentos de uso veterinário.....	102
5.5. Dispensa de medicamentos hospitalares	103
5.6. Dispensa de produtos de saúde.....	103
5.6.1. Dispensa de dispositivos médicos	103
5.6.1.1 Dispensa de produtos relacionados à diabetes mellitus	104
5.6.2. Dispensa de produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene	105
5.6.3. Dispensa de fitoterapia, suplementos alimentares e produtos dietéticos	105
6. Preparação de medicamentos e serviços farmacêuticos	107
6.1. Preparação Individualizada de Medicação	107
6.2. Preparações extemporâneas.....	108
6.3. Entrega de medicamentos e produtos de saúde	108
6.3.1. Entrega a instituições e entrega ao domicílio	108
7. O papel integral do farmacêutico	110
7.1. Farmacovigilância	110
7.2. Recolha de medicamentos fora de uso – o VALORMED	110
7.3. A educação do utente e a promoção da Saúde em Farmácia Comunitária	111
9. Conclusão.....	112
Bibliografia e Legislação	113
Anexos	116

Lista de Figuras

Figura 1 – Gráfico representativo da distribuição percentual da amostra pelas faculdades da UBI

Figura 2 – Representação gráfica da distribuição percentual semanal da prática de atividades extracurriculares não desportivas

Figura 3 – Representação gráfica da distribuição percentual com a satisfação da performance neuro-cognitiva e intelectual

Figura 4 – Representação gráfica da percentagem de satisfação dos estudantes inquiridos com a performance relacional

Figura 5 – Representação gráfica da percentagem de satisfação dos inquiridos com a sua performance física

Figura 6 – Representação gráfica em percentagem da satisfação atual dos estudantes inquiridos com a sua performance sexual

Figura 7 – Representação gráfica relativa à satisfação com a imagem corporal dos estudantes inquiridos

Figura 8 – Representações gráficas relativas à vontade de melhorar as diversas performance dos estudantes inquiridos

Figura 9 – Representação gráfica da efetividade de consumos de performance dos estudantes após o seu ingresso na UBI

Figura 10 – Gráfico ilustrativo da percentagem de inquiridos que sentiu ou não sentiu efeitos negativos após consumos de performance

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição da amostra por Género

Tabela 2-3 – Distribuição da prática atual de desporto, na globalidade e por género

Tabela 4 – Distribuição da amostra pela prática de uma atividade extracurricular não-desportiva

Tabela 5 – Distribuição cruzada da amostra entre praticantes de desporto e praticantes de uma outra atividade extracurricular

Tabela 6 – Cruzamento entre a satisfação atual com a performance neuro cognitiva e intelectual e o género dos inquiridos

Tabela 7 – Médias de respostas de satisfação com a PNCI em função do género

Tabela 8 – Cruzamento entre a satisfação com a PNCI e a faculdade dos inquiridos

Tabela 9 – Média da satisfação com a PNCI consoante os estudantes das diferentes faculdades

Tabela 10 – Satisfação do estudantes com a PR consoante o seu género

Tabela 11 – Médias da satisfação com a PR mediante a faculdade e que estudam os inquiridos

Tabela 12 – Satisfação com a PF mediante o género dos estudantes inquiridos

Tabela 13 – Médias de satisfação com a PF segundos os inquiridos das várias faculdades

Tabela 14 – Comparação de médias entre os estudantes praticantes e não praticantes de desporto e a média de satisfação com a sua PF

Tabela 15 – Satisfação com a PS de acordo com o género dos inquiridos

Tabela 16 – Média de satisfação com a PS dos inquiridos mediante o seu género

Tabela 17 – Média de satisfação com a PS dos inquiridos mediante a sua faculdade

Tabela 18 – Satisfação com a imagem corporal de acordo com o género dos inquiridos

Tabela 19 – Média de satisfação com a imagem corporal dos inquiridos pelo seu género

Tabela 20 – Média de satisfação com a imagem corporal dos inquiridos distribuídas pelas diferentes faculdades

Tabela 21 – Média da vontade de melhorar as diferentes performances e a imagem corporal dos inquiridos distribuídas pelo género

Tabela 22 – Média da vontade de melhorar as diferentes performances e a imagem corporal dos inquiridos distribuídas pelas faculdades

Tabela 23 – Distribuição da efetividade dos consumos de performance após ingresso na UBI pelo género dos estudantes inquiridos

Tabela 24 – Média da efetividade de consumos de performance após o ingresso na UBI distribuídas pelas faculdades

Tabela 25 – Consumos PNCI distribuída pelo género dos estudantes inquiridos

Tabela 26 – Média da efetividade de consumos de PNCI dos inquiridos pelo género

Tabela 27 – Média da efetividade de consumos de PNCI dos inquiridos pela faculdade

Tabela 28 – Média dos produtos utilizados para consumos de PNCI consoante o género

Tabela 29 – Média dos produtos utilizados para consumos de PNCI consoante a faculdade

Tabela 30 – Cruzamento das respostas dos estudantes que mostraram ou não vontade de melhorar a sua PNCI com a efetividade desses mesmos consumos

Tabela 31 – Frequência dos consumos de performance relacional após ingresso na UBI

Tabela 32 – Média da efetividade de consumos de performance relacional distribuída pelo género

Tabela 33 – Frequência da efetividade de consumos de performance relacional distribuída pelas faculdades dos inquiridos

Tabela 34 – Frequência dos consumos de performance física após ingresso na UBI

Tabela 35 – Média da efetividade de consumos de performance física distribuída pelo género

Tabela 36 – Média da efetividade de consumos de PF pelas faculdades dos inquiridos

Tabela 37 – Média dos produtos utilizados para consumos de PF consoante o género dos inquiridos

Tabela 38 – Frequência da efetividade de consumos de performance sexual

Tabela 39 – Frequência da efetividade de consumos de melhoria da imagem corporal

Tabela 40 – Distribuição dos consumos para melhoria da IC por género dos inquiridos

Tabela 41 – Média da efetividade de consumos de melhoria da IC mediante a faculdade dos inquiridos

Tabela 42 – Média de consumos para a melhoria da IC em praticantes de desporto

Tabela 43 – Média dos produtos utilizados para consumos de melhoria da imagem corporal consoante o género

Tabela 44 – Média do nível de concordância com as afirmações transcritas consoante o género

Lista de Acrónimos

AFP	Associação de Farmácias de Portugal
AIM	Autorização de Introdução no Mercado
ASMMC	Associação de Socorros Mútuos – Mutualista Covilhanense
ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Code
CCN SNS	Centro de Controlo e Monitorização do Serviço Nacional de Saúde
CNP	Código Nacional de Produto
CNPEM	Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos
DCI	Denominação Comum Internacional
FAL	Faculdade de Artes e Letras
FC	Faculdade de Ciências
FCS	Faculdade de Ciências da Saúde
FCSH	Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
FDA	Food and Drug Administration
FE	Faculdade de Engenharias
FSMC	Farmácia Social Mutualista Covilhanense
GAP	Gabinete de Atendimento Personalizado
IC	Imagem Corporal
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
IVA	Imposto sobre o Valor Acrescentado

MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PF	Performance Física
PIM	Preparação Individualizada de Medicação
PNCI	Performance Neuro-cognitiva e Intelectual
PR	Performance Relacional
PRM	Problemas Relacionados com a Medicação
PS	Performance Sexual
PVF	Preço de Venda à Farmácia
PVP	Preço de Venda ao Público
RAM	Reação Adversa a Medicamento
RCM	Resumo das Características do Medicamento
SNF	Sistema Nacional de Farmacovigilância
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TDAH	Transtorno do Déficit de atenção/ Hiperatividade
UBI	Universidade da Beira Interior
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

Parte I – O consumo de medicamentos e produtos de performance nos estudantes da Universidade da Beira Interior

1. Introdução

O medicamento e todos os produtos consumidos neste âmbito têm vindo a desafiar as fronteiras do que se entende por saúde e doença. A Sociologia da Saúde, tomando por base as relações sociais em torno do medicamento permite analisá-lo sob os mais diversos pontos – enquanto produto de melhoria da qualidade de vida, produto de melhoria da autossatisfação pessoal, assim como um produto que estabelece relações com os comportamentos dos indivíduos. Não o descuida também enquanto produto de consumo, envolvido no consumismo patente na sociedade atual, tipicamente capitalista.

Neste sentido, procuramos analisar o consumo de medicamentos e produtos de saúde, bem como as suas relações, nos estudantes da Universidade da Beira Interior, enquadrável sob o fenómeno de consumos de performance. Desta forma, coube lugar nesta dissertação a uma exploração teórica sobre a evolução histórica do medicamento: De onde surgiu? Qual o seu propósito? Quais as alterações que sofreu ao longo dos séculos?

Por outro lado, exploramos também sucintamente a dimensão sociológica do medicamento. Quem o usa? E porque é, de facto, usado? Como isso influencia as relações entre os indivíduos? Que impacto isso tem na própria construção do que é saúde e doença? Mas também, como se transformam estes produtos em bens de consumo? E aqui demos nota da perspetiva socioeconómica em torno do medicamento e produtos de saúde, realçando os trabalhos do renomeado sociólogo Bauman.

Como não podia deixar de ser, todas essas temáticas levaram-nos de encontro com o fenómeno da medicalização, e também da farmacologização. Estes fenómenos são talvez o exemplo máximo de como a Sociologia da Saúde e as Ciências Farmacêuticas caminham lado a lado, e que não poucas vezes, as suas esferas se sobrepõem, ou no mínimo, se aproximam, ainda que, obviamente, tenham diferentes enfoques sobre um mesmo objeto.

Foi então, através de um resumo de todas estas temáticas, que enfrentamos o desafio de explorar a performance nos jovens, mais especificamente a performance nos estudantes da Universidade da Beira Interior. E deste ponto de partida, analisamos, guiados por uma série de estudos precedentes, os consumos de performance nos estudantes desta Universidade.

A presente investigação tem como objetivo geral: caracterizar o consumo de medicamentos e produtos de performance dos estudantes da Universidade da Beira Interior. Como objetivos específicos: i) identificar o tipo de medicamentos/produtos de performance consumidos; ii) perceber em que medida esse consumo está relacionado com a satisfação dos estudantes relativamente à sua performance em vários domínios; iii) identificar a finalidade com que estes medicamentos/produtos são consumidos pelos estudantes da UBI; iv) aferir o grau de risco que os mesmos lhes atribuem.

2. O medicamento, produtos de saúde e suplementos alimentares – perspectiva farmacêutica e social

2.1. O medicamento – evolução histórica e definição

O medicamento está presente, desde sempre, na Humanidade – dos povos pré-históricos à sociedade globalizada do século XXI. Ao longo da História, o medicamento acompanhou o desenvolvimento da vida humana. Seja pela necessidade curativa ou preventiva, seja pelas propriedades inerentes às substâncias que o compõem, o medicamento tornou-se objeto de estudo não só das Ciências da Saúde, mas também da Antropologia (Castro, 2012) e da Sociologia (Lopes & Rodrigues, 2015).

Atualmente, sabemos, através da Paleopatologia, que eram diversas as doenças que afligiam o homem primitivo. Para o tratamento dessas doenças, além de rituais mágicos e religiosos, os povos pré-históricos davam uso a produtos de origem vegetal, animal e mineral, ainda que aplicadas num contexto mágico ou religioso, sendo que os produtos de origem vegetal eram os mais utilizados (Pita, 1998, pp. 19–20). Os produtos de origem vegetal, no geral, são indissociáveis da história do medicamento. O uso de produtos desta origem é transversal, não só ao longo do tempo histórico, mas também ao espaço, como poderemos observar no decorrer deste breve relato histórico.

Posteriormente, surgiu na Suméria o mais antigo texto médico– a tábua de Nippur (Pita, 1998, p. 25). Datada do final do terceiro milénio a.C., a tábua de Nippur é a primeira farmacopeia conhecida e contempla vários medicamentos sob variadas formas farmacêuticas (Kramer, 1956, pp. 87-89). Nas civilizações mesopotâmicas, o uso de medicamentos não era por si só suscetível de causar efeitos terapêuticos e era sempre acompanhado de práticas mágicas ou religiosas (Pita, 1998, pp. 24-25).

Além dos povos da Mesopotâmia, também os antigos egípcios eram conhecidos na prática medicamentosa, como reflete o Papiro de Ebers datado de 1550 a.C. O papiro de Ebers é um formulário medicamentoso que se destaca pela relação que atribui entre a patologia e o tratamento da mesma. É ao Egito que remontam os mais antigos e importantes registos da produção e utilização de cosméticos (Pita, 1998, pp. 27-34).

É na Grécia Antiga que Hipócrates propõe uma nova abordagem da doença, até então interpretada como um mal divino, e o respetivo tratamento. A medicina hipocrática, baseada na Teoria dos Humores, instituiu a utilização de substâncias medicamentosas com ação purificadora. Ainda que nesta civilização clássica não houvesse uma distinção clara entre médicos e farmacêuticos, a verdade é que certas funções estavam sob alçada de profissionais que

se considerariam hoje na área da Farmácia, entre eles o *pharmacopolas* e o *pharmacopeas* (Pita, 1998, pp. 48-49). A nível etimológico, as profissões previamente enunciadas procedem da palavra grega *pharmakon* que significa simultaneamente remédio ou veneno (Stiegler, 2011) mas também corante (Renovato, 2008). Por outro lado, é de referir a importância que os antigos gregos atribuíram ao vigor físico e à beleza, de tal forma que no Ginásio se procedia também ao tratamento físico. Neste tratamento intervinham os *gimnastas* cuja função era prescrever medicamentos a ser preparados e aplicados pelos *yatroliptes* (Pita, 1998, pp. 50-51).

Observamos, portanto, que tal como na Mesopotâmia e no Antigo Egipto, a estética corporal era também, na Grécia Antiga, uma preocupação da sociedade, que exigia, de certa forma, um tratamento especializado. O tratamento não ocupa apenas lugar na cura de enfermidades, mas também tem especial importância na melhoria do bem-estar físico.

Subsequentemente, as doutrinas romanas foram influenciadas pelo saber grego e à semelhança dos Gregos, também em Roma não existia separação entre a atividade médica e a atividade farmacêutica (Pita, 1998, p. 53). No século I d.C. surge Celso, cuja obra incide não só sobre a dietética e cirurgia, mas também sobre a Farmácia (Pita, 1998, p. 57). Além de Celso, também o grego Dioscórides tem grande importância na evolução da Farmácia. Dioscórides compôs *De materia medica*, obra que contempla todos os avanços na farmácia e medicamentos antigos até então conhecidos (Skrbo & Masic, 2017), dando especial destaque aos produtos de origem vegetal (Pita, 1998, p. 57). Cerca de um século depois surge Galeno.

Baseado na medicina hipocrática, Galeno produziu e sistematizou medicamentos e definiu medicamento como “aquele que produz no organismo uma alteração que, em casos extremos se pode transformar em veneno” (Pita, 1998, pp. 58–64) percebendo, assim, que o medicamento poderia causar algum efeito adverso e nocivo decorrente da sua administração. Galeno entendia também que os medicamentos não atuavam pelas suas características, era necessário atender a um determinado contexto e condições de administração. Assim, a terapêutica galénica tinha em conta fatores como a personalidade, idade e raça do doente (Menezes, 2005). Deste modo, a obra de Galeno foi de tal ordem importante que influenciou a medicina europeia durante cerca de quinze séculos após a sua morte (Bârsu, 2017).

Após o século VII d.C., suportados pela filosofia aristotélica e com a influência do Corão, os médicos árabes debateram-se sob as ideias galénicas e organizaram-nas de forma ainda mais crítica e sistematizada, além de introduzirem inovações respeitantes a aspetos farmacológicos (Pita, 1998, pp. 73-74). Deve-se também aos árabes a criação de medicamentos plurais quanto aos seus efeitos (Skrbo & Masic, 2017). Por outro lado, na Europa medieval, entre os séculos V e XI d.C., a Farmácia passa novamente a ser conotada com uma carga mágico-religiosa proveniente da religiosidade então vivida (Pita, 1998, p. 82).

O surgimento do Renascimento permitiu à Ciência emancipar-se da Teologia e deu-se lugar à evolução do pensamento ocidental dentro de uma nova atitude que considera o homem como

um fim em si mesmo (Pita, 1998, p. 99). Com a expansão marítima e comercial, a introdução de novos produtos medicamentosos levou a verdadeiras inovações terapêuticas (Pita, 1998, p. 114).

Parece-nos oportuno salientar que surgem desde o século XIV documentos que comprovam a existência, à época, de autorizações de acesso à profissão farmacêutica, exercida em boticários (Pita, 1998, p. 131). Ainda que intimamente conectada com a Medicina, podemos concluir que o saber farmacológico em torno do medicamento se destacou de tal forma que se tornou imperativo a Farmácia tornar-se profissionalmente independente. O medicamento passou a assumir um papel em torno de si mesmo, ao qual os boticários dedicavam única e exclusivamente a sua atenção. As boticas tornaram-se, portanto, um espaço formal de acesso ao medicamento.

Os séculos XVII e XVIII são caracterizados por uma grande inovação técnico-científica, incluindo na Farmácia (Pita, 1998, p. 137). O período barroco fica marcado pelo uso generalizado de medicação química (em oposição à natural), bem como pela disseminação do uso de produtos americanos, como agentes terapêuticos, na Europa (Pita, 1998, pp. 155–156). Não obstante, o período iluminista contribuiu essencialmente para a dignificação das condições da vida humana (Pita, 1998, p. 165), como a emergência da higiene pública ou da vacinação (Pita, 1998, p. 174).

Foi na primeira metade do século XIX que se deu uma autêntica revolução farmacêutica e pelos primeiros sinais da indústria medicamentosa (Pita, 1998, p. 200). O final do século XIX é marcado pela Revolução Urbana e pela evolução médico-científica (Pita, 1998, pp. 207–208) que culmina no largo desenvolvimento da indústria e na introdução de novas especialidades farmacêuticas, que ofuscam os medicamentos manipulados (Pita, 1998, pp. 223–225). Curiosamente, este desenvolvimento foi simultâneo ao aumento da incidência e desenvolvimento de novas doenças, consequência das modificações sociais e económicas provenientes da Revolução Industrial (Pita, 1998, p. 225).

No século XX assistimos à contínua industrialização do medicamento. As indústrias farmacêuticas iniciam a divulgação dos seus produtos através de meios de comunicação social. Assim, tendo em vista uma finalidade claramente comercial, o século XX é caracterizado pela promoção do medicamento (Pita, 1998, p. 242). É desta forma, que o século passado é não só marcado por descobertas surpreendentes na área da Ciência e inovações no campo farmacêutico, mas também por um alargamento da esfera do medicamento. Isto é, o medicamento deixa de ser visto apenas como um produto curativo e passa a assumir também um carácter preventivo e fortalecedor de funções corporais (Pita, 1998, p. 255).

Após esta descrição geral da história do medicamento, julgamos particularmente importante realçar, de forma breve, alguns pontos que caracterizam a evolução do seu uso.

Em primeiro lugar, observamos que desde o começo da Humanidade se empregaram, como medicamentos, substâncias obtidas de matérias-primas naturais, prediletamente de origem vegetal (Pita, 1998, pp. 19-20). Verificamos de igual modo que, com o desenvolvimento científico dos séculos XVII e XVIII (Pita, 1998, p. 137) e o advento da Revolução Industrial (Pita, 1998, p. 225), os produtos sintéticos, produzidos quimicamente, a posteriori em larga escala (Pita, 1998, p. 242), tomaram o lugar primordial na Medicina.

Depois, o medicamento na Grécia Antiga era percebido como possuidor de propriedades não só terapêuticas, mas também nocivas ou venenosas – *pharmakon* – sendo desta forma um objeto ambíguo, de origem estranha e externa (Renovato, 2008). Curiosamente, vemos ainda que, na Grécia, a ideia de cura não estava só associada à doença, mas também ao desenvolvimento corporal e estético (Pita, 1998, pp. 50-51). Ou seja, desde cedo o medicamento foi usado como forma de melhorar o corpo, e não apenas de tratar as doenças que o acometiam.

Ainda assim, contrariamente ao caráter mágico que também possuía na Antiguidade (Pita, 1998, pp. 24-25), o medicamento passou a ser percebido, a partir do século XX, não só uma mera ferramenta terapêutica, mas igualmente um bem de consumo (Renovato, 2008).

Em suma, depreendemos que em toda a história da sua utilização, o medicamento foi empregue essencialmente com intenções curativas ou preventivas, com o intuito de combater a doença, restabelecer a saúde, mas acima de tudo, obter algum tipo de benefício e atingir o bem-estar.

Assim, conforme o Estatuto do Medicamento, pode definir-se medicamento como “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (Decreto-Lei no 176/2006 de 30 de agosto, 2006). Adicionalmente a esta definição, a FDA – Food and Drug Administration – exclui do conceito “medicamento” qualquer tipo de alimento (Food and Drug Administration, 2020).

Percebemos então, através destas definições internacionalmente aceites, que o que torna qualquer substância, ou associação de substâncias, num medicamento está intimamente dependente do propósito ou da intencionalidade do seu uso e não exclusivamente dos seus atributos farmacológicos. Não só a definição redigida no Estatuto do Medicamento, acima transcrita, o declara, ao afirmar “com vista a” (Decreto-Lei No 176/2006 de 30 de agosto, 2006), mas também as regulamentações da FDA definem o termo medicamento (*drug*) consoante o uso pretendido (Food and Drug Administration, 2020).

Deste modo, parece-nos que o limite entre o que é e o que não é um medicamento não está perfeitamente definido, uma vez que depende da “intenção do seu uso”. Nesse sentido, o próprio Estatuto do Medicamento indica que “em caso de dúvida e quando, de acordo com a globalidade

das suas características, um determinado produto possa ser abrangido pela definição de medicamento (...), aplicam-se as disposições do presente decreto-lei.” (Decreto-Lei No 176/2006 de 30 de agosto, 2006), isto é, o Estatuto do Medicamento. Ainda que neste ponto este documento legal tente colmatar a abrangência da definição, apenas refere as “características”, não conseguindo limitar o que é, ou não, uma intenção propositada ao uso do mesmo. É nesta intencionalidade, fulcral e simultaneamente problemática da definição, que consideramos que o medicamento abandona a esfera da Ciência e da Medicina e entra num outro campo, passando também a depender da intenção pessoal, num contexto individual e social. É este âmbito social, de marcada importância, que exploraremos num ponto mais adiante.

2.2. Produtos de saúde e suplementos alimentares

Como descrevemos no ponto anterior, a história da Farmácia e do medicamento confunde-se com a história de outros produtos empregues no bem-estar pessoal, dos quais são exemplo os cosméticos. Descritos primeiramente no Antigo Egipto (Pita, 1998, pp. 27-34), também os Maias, que constituíram uma civilização na América pré-colombiana, tinham especial atenção ao embelezamento do corpo (Pita, 1998, p. 38). Por sua vez, os gregos, preocupados com a estética corporal, utilizaram produtos com a pretensão de atenuar manchas na pele bem como preparações dentífricas e depilatórias (Pita, 1998, p. 51).

Assim sendo, é pertinente não deixar de dar aqui atenção a outros produtos que, pela sua importância na área da saúde, e em embora possam não cair dentro da definição de medicamento discutida anteriormente, contribuem para o bem-estar pessoal. Isto porque o bem-estar é indissociável do conceito de Saúde. Esta afirmação é corroborada pela OMS – Organização Mundial de Saúde – que define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e enfermidade” (Boyd, 2000).

Assim, neste âmbito, consideramos aqui também os produtos de saúde – cosméticos e dispositivos médicos – e os suplementos alimentares. Segundo a legislação portuguesa, que considera as diretivas europeias, define produto cosmético como “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais” (Decreto-Lei No. 189/2008, de 24 de setembro, 2008).

Por outro lado, podemos definir dispositivo médico como “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo

principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios” (Decreto-Lei No 145/2009, de 17 de junho, 2009).

Se, como afirmámos anteriormente, os cosméticos têm historicamente uma relação estreita com a produção de medicamentos, da América (Pita, 1998, p. 38) à Antiga Pérsia (Pita, 1998, p. 34), também as carências alimentares tiveram a sua importância no desenvolvimento dos mesmos. Do escorbuto às pesquisas de Eijkman em torno do raquitismo (Pita, 1998, pp. 253-254), a alimentação humana está em óbvia relação com a saúde o bem-estar humano. Desta forma, iniciadas as pesquisas relativas à vitamina A em 1909, grande parte do século XX foi ocupado pela produção sintética das mais diversas vitaminas, essenciais e por vezes escassas na alimentação (Pita, 1998, p. 255).

Porém, tal como a FDA excluiu do conceito de medicamento qualquer tipo de alimento (Food and Drug Administration, 2020), também em Portugal o INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. – exclui da sua alçada os suplementos alimentares. No entanto, a fronteira entre medicamento e suplemento alimentar é tão ténue que ambos podem ser enquadrados sob diferente legislação. Uma vez que um produto com atividade farmacológica não é necessariamente um medicamento (Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P., 2016), parece-nos adequado explicitar o que são os suplementos alimentares.

Suplementos alimentares são “géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, estemes ou combinadas, comercializadas em forma doseada, tais como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas e outras formas semelhantes, saquetas de pó, ampolas de líquido, frascos com conta-gotas e outras formas similares de líquidos ou pós que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida” (Directiva 2002/46/CE de 10 de junho de 2002). A fronteira entre medicamento e suplemento pode ser, de facto, difícil de delinear. Os argumentos que visam estimular o consumo de suplementos alimentares passam não só pela correção nutricional, mas também pela prevenção e/ou cura de doenças (Nascimento, 2005). É nesta atitude, direcionada à cura e prevenção, que torna evidente a dificuldade em traçar um separador entre o medicamento e o suplemento alimentar.

Por meio das definições apresentadas – produto cosmético, dispositivo médico e suplemento alimentar – tentamos expor a dificuldade na delimitação de cada um destes conceitos, bem como a sua distinção de medicamento. Apresentados como benéficos à saúde e/ou ao bem-estar, todos estes são objetos de estudo das Ciências da Saúde, e simultaneamente, de forma particular, das Ciências Farmacêuticas. No entanto, estes objetos são também analisados e investigados sob o prisma das Ciências Sociais, muito particularmente da sociologia.

2.3. Dimensão sociológica – a fenomenologia social do medicamento

Com o alargamento do saber médico a outras áreas da vida humana – trabalho, sexualidade, escola, etc. – mais que curar, é função da Medicina orientar, controlar e aconselhar (Carapinheiro, 1986). Assim, o medicamento, utilizado com intuito curativo ou preventivo, além da sua dimensão médico-farmacêutica transforma-se simultaneamente num objeto de estudo da Sociologia, nomeadamente da Sociologia da Saúde (Antunes & Correia, 2009). Porém, o medicamento foi alheio aos interesses das ciências sociais até cerca de 1980, tornando-se gradualmente num objeto sociotécnico (Lopes & Rodrigues, 2015).

Ainda que existam atualmente situações que podem por em causa o uso de medicamentos, nomeadamente o elevado número de medicamentos essencialmente similares, a apresentação inadequada de efeitos indesejados e contra-indicações ou o aumento dos preços (Nascimento, 2005), o medicamento tem atualmente um papel de destaque numa pluralidade de dinâmicas, perpetuadas, de certa forma, pelo seu consumo em contextos distintos de relações sociais (Castro, 2012). Não obstante, devido à sua disseminada adesão cultural, o medicamento é, nos dias de hoje, o recurso terapêutico dominante (Lopes & Rodrigues, 2015).

Foi no âmbito da difusão do medicamento e das suas dinâmicas sociais que Van der Geest, Whyte e Hardon (1996) caracterizaram a vida dos medicamentos em cinco fases, onde cada uma delas é composta por atores sociais específicos. Começando a sua existência na produção e culminando no seu uso ou consumo, o medicamento vai separando-se da autoridade científica, especializada, em direção ao utente/consumidor e às suas redes mais estreitas de relações (Van der Geest et al., 1996). Por sua vez, ao identificar os atores sociais, as instituições e os sistemas envolvidos na vida social do medicamento, podemos perceber quais medicamentos se usam, quem os usa, onde, como e porquê (Cohen et al., 2001). Por outro lado, ao combater a visão essencialista do medicamento, que o reduz às suas propriedades terapêuticas (Lopes & Rodrigues, 2015), o nosso horizonte abre-se para mostrar o ciclo de vida do medicamento, de modo mutável, adaptável, respondendo a estímulos e a mudanças sociais, económicas e tecnológicas (Cohen et al., 2001).

As Ciências Farmacêuticas, que se estendem à indústria, através do saber médico e farmacêutico, materializam o medicamento (Lopes & Rodrigues, 2015) e transportam-no até ao consumidor final. Desta forma, os medicamentos veiculam-se por diferentes regimes de valores ao longo da sua vida social (Van der Geest et al., 1996). Ou seja, o medicamento é valorizado de forma diferente consoante o contexto social onde ele se insere. Supomos, conseqüentemente, que esta valorização possa contribuir, por exemplo, para a elevada quantidade de prescrições indevidas ou para os fenómenos de automedicação. Por outro lado, este uso indevido de

medicação pode mesmo levar a efeitos nocivos e destruir o objetivo, o propósito, o intuito fundamental da utilização do medicamento – provocar uma ação benéfica (Van der Geest et al., 1996). De salientar, como vimos anteriormente, que é este intuito, esta intencionalidade no uso do medicamento, que é refletida na sua própria definição (Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto de 2006) e que transforma este objeto, com potencialidade farmacológica, em si mesmo.

Posto isto, e apesar de a etapa de produção e marketing ser fundamental na vida social destes recursos terapêuticos, daremos aqui especial relevância à fenomenologia social do medicamento (Lopes & Rodrigues, 2015), considerando esta fenomenologia baseada no construtivismo . Assim, é nosso entendimento que o medicamento e o uso do mesmo estão estreitamente relacionados com a formação de factos sociais que respondem de forma significativa à história, à cultura e aos contextos sociais em que se inserem (Amineh & Asl, 2015).

É, portanto, enquanto objeto social que o medicamento comporta uma fenomenologia caracterizada pela apropriação e reconfiguração da sua utilização. Apropriado não só pelo campo pericial – médico, farmacêutico, científico – o medicamento sofre também uma apropriação leiga, isto é, a apropriação por parte dos seus consumidores, dos seus utilizadores. Afirmamos, por isso, que os medicamentos se enquadram naquilo a que se designa de substâncias terapêuticas socializadas (Lopes & Rodrigues, 2015).

Sendo, efetivamente, objeto de consumo, o medicamento não pode ser dissociado dos comportamentos respeitantes a esse mesmo consumo. O uso inadequado de medicamentos engloba situações, como por exemplo: a automedicação, o não cumprimento da prescrição, a polifarmácia (Cohen, 2001). Além disso, podemos mesmo afirmar que o uso impróprio do medicamento pode trazer consigo situações de ineficácia ou mesmo de perigo (Van der Geest, 2003) sendo por isso consideradas como o paradigma do uso irracional do mesmo (Cohen, 2001).

Se por um lado, o acesso facilitado ao medicamento pode mesmo promover o seu uso irracional (Van der Geest, 2003), por outro, o olhar paternalista da Medicina sobre o utente denota este último de uma certa passividade, ou até mesmo de incapacidade de iniciar o seu próprio esquema terapêutico (Cohen, 2001), negligenciado o conhecimento leigo que os indivíduos vão produzindo sobre o medicamento. Constatamos, então, que o consumo de medicamentos reside numa complexa rede social que interconecta a perícia da Medicina e da Farmácia, essencialmente científicas e paternalistas, e o utente, que fugindo às normas científicas, pode autopromover a irracionalidade da medicação. Deste modo, percebemos que os atores sociais de maior visibilidade na utilização do medicamento, são, portanto, os prescritores e os consumidores do mesmo (Cohen, 2001). A relação entre estes vários atores sociais é perfeitamente clara. Podemos exemplificar pelo folheto informativo do medicamento, que tendo origem no início da sua vida social, perpetua a linguagem científica a ele inerente para o campo leigo do consumidor (Castro, 2012).

Sob outra perspectiva, assumindo as finalidades, de cura ou prevenção do medicamento, não podemos excluir destas umas outras que não entram propriamente no campo da doença (Lopes & Rodrigues, 2015). A própria motivação, justificação ao uso do medicamento pode depender de lógicas sociais – individuais e locais – bem como incentivos (Cohen, 2001). Isto é, dependendo do próprio indivíduo, enquanto ator numa rede social dinamizada num contexto social específico, incluindo o geográfico, o medicamento pode deixar de ser percecionado como curativo/preventivo e passar a ter conotação de saúde através da sua manutenção (Lopes & Rodrigues, 2015).

De modo curioso, da mesma forma que temos vindo a afirmar que o medicamento possui como característica o poder de evitar a doença, Van der Geest (2003) afirma que o medicamento pode mesmo evitar relações sociais. Isto é, pelas suas propriedades terapêuticas, o medicamento ao curar ou prevenir a doença, tem um efeito social de índole libertadora nos indivíduos que o utilizam (Van der Geest, 2003).

Posto isto, findamos este ponto com a certeza de que o medicamento enquanto objeto sociotécnico, envolto em lógicas sociais, continua também ele indissociável, quer pela sua natureza, quer pelas suas finalidades, da área da Saúde (Noémia & Rodrigues, 2015). Desta forma, cremos que com esta exposição da sua dimensão social, não possa restar qualquer dúvida que, mais que qualquer outro recurso terapêutico, o medicamento e os comportamentos do seu consumo constituem um objeto de estudo fundamental na Sociologia da Saúde.

2.4. Dimensão socioeconómica – o medicamento como bem de consumo

Não podemos finalizar esta exposição em torno do medicamento, sem antes traçar uma perspectiva socioeconómica que envolve o mesmo. Verificamos, ultimamente, a existência de uma especial atenção sobre os usuários de medicação enquanto atores conhecedores e reflexivos do seu próprio consumo. Assim, o crescimento do interesse sociológico em torno do consumo e do consumismo é inegavelmente perceptível (Williams et al., 2008). Não pretendemos que esta nossa exposição seja exaustiva, no entanto, é nosso entender que os comportamentos de consumo do medicamento jamais podem ser percebidos, em toda a sua aceção, se não forem exploradas as suas dimensões sociológicas e económicas.

Primitivamente, inerente à condição humana, o consumo, ou o ato de consumir, é indispensável à sobrevivência do indivíduo (Pinto & Batinga, 2016). Após a Revolução Industrial e a instauração global do capitalismo (Nascimento, 2005), a sociedade atual tem sido tendencialmente utilitarista (Luiz, 2005). O consumo, enquanto processo social, pode significar, desta forma, e como temos vindo a fazê-lo, uso ou utilização (Pinto & Batinga, 2016). É nesta perspectiva utilitarista que podemos afirmar que o valor de troca é indispensável para o capital enquanto, por outro lado, o valor do seu uso é primado pelo consumidor (Luiz, 2005).

Bauman (1999) afirma que “os consumidores são primeiro, e acima de tudo, acumuladores de sensações” (Bauman, 1999, p. 91). Ora, vimos pela própria definição de medicamento (Decreto-Lei nº 176/2006 de 30 de agosto, 2006) que as suas finalidades são essencialmente, de modo teórico, a cura e a prevenção. Usado com esse propósito, o medicamento pode, de facto, provocar uma sensação, de melhoria ou não, no seu consumidor. Este aspeto só vem reforçar a ideia de que a utilização ou uso de um medicamento é, no seu cerne, um consumo.

Deste modo, o medicamento surge como um objeto duplamente valorizado: por um lado possui um valor de troca, e por outro um valor de uso (Renovato, 2008). É neste âmbito que o medicamento adquire a conotação de mercadoria, submetendo-se, sob a sociedade capitalista, às lógicas de mercado (Nascimento, 2005; Renovato, 2008). Assim, os cuidados de saúde, e de forma particular, os recursos terapêuticos – medicamentos e produtos de saúde – têm sido, cada vez mais, sujeitos às forças de mercado, tornando-se por sua vez, comodificados (Conrad, 2005). O termo comodificação é referente à transformação de bens, serviços e ideias, anteriormente considerados não-comerciais em mercadorias que possam ser vendidas (Beck & Cunha, 2017).

Assumindo o medicamento como um bem de consumo e uma comodidade, os seus consumidores nem sempre consideram necessária a intervenção da perícia farmacêutica (Williams et al., 2008). Estes consumidores, exigentes na procura pela resolução dos seus problemas, têm-se tornado cada vez mais ativos na procura de serviços (Conrad, 2005) e, paralelamente, percebem a facilidade das transações efetuadas na farmácia à semelhança das efetuadas numa loja de conveniência (Williams et al., 2008). O que tem vindo a ser ainda mais reforçado pela venda de medicamentos em espaços tipicamente de consumo, como centros comerciais ou mesmo hipermercados, contribuindo para a banalização desse recurso, retirando-lhe o seu carácter esotérico.

O aumento do consumo não é uma circunstância simples e linear, mas uma rede complexa onde se refletem os interesses e o poder de diferentes classes sociais (Nascimento, 2008). Neste sentido, classes favorecidas procurarão manter os seus privilégios, entre os quais o consumo (Luiz, 2005). Em contrapartida, ao cuidar da sua doença e promover a sua saúde através do consumo de medicamentos, o trabalhador na sociedade capitalista tenciona aumentar a sua produtividade, isto é, compra a felicidade, paz, prazer sexual ou energia para enfrentar o seu trabalho diário (Renovato, 2008). Ulteriormente, num outro momento da presente investigação, exploraremos este último aspeto.

Ainda que Luiz exponha que “a ideologia de consumismo não está em sintonia com as necessidades sociais da grande maioria” (Luiz, 2005, p. 43), no que concerne ao consumo de medicamentos e produtos de saúde, verificamos que o mercado farmacêutico se encontra em evidente crescimento (Renovato, 2008). Estando o neoliberalismo incorporado em organismos internacionais de saúde, nomeadamente na OMS – Organização Mundial de Saúde – vemos os mercados farmacêuticos a competir pela produção diferenciada, bem como pela promoção de vendas (Renovato, 2008). O mercado de consumo é então, como afirma Bauman, um “sedutor

dos consumidores” (Bauman, 1999, p. 100). Nesta sedução, podemos considerar também o papel da publicidade como ferramenta universal na promoção de culturas de consumo (Czarnecka & Schivinski, 2019).

Todas estas temáticas elevam a discussão em torno do consumo, da acessibilidade e da disponibilidade dos medicamentos (Williams et al., 2008). Por outro lado, importa considerar os comportamentos de consumo como resultantes de fenômenos históricos e socioculturais (Pinto & Batinga, 2016). Porém, há que ter em conta que as práticas atuais de consumo podem, também elas, implicar a perda de autonomia e da liberdade do indivíduo (Beck & Cunha, 2017).

É neste quadro que concluímos que além das suas dimensões terapêuticas, o medicamento é, paralela e efetivamente, um bem de consumo. Uma vez que a representação dos medicamentos, e produtos de saúde, como bens de consumo é crucial para entender o seu uso racional (Renovato, 2008), consideramos que tanto as Ciências Farmacêuticas como a Sociologia da Saúde não podem ser alheias a esta interpretação económica dos mesmos.

3. A medicalização da sociedade e a emergência da farmacologização

3.1. O processo de medicalização da sociedade

Expusemos anteriormente a história evolutiva do medicamento, bem como o processo pelo qual o seu consumo se tornou uma realidade na atual sociedade. Concluimos que a Medicina e a Farmácia, tal como a própria saúde, são indissociáveis da vida humana. Referimos no capítulo anterior (ponto 2.2.) a própria definição do conceito de saúde pela OMS. Sendo a saúde definida como “um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e enfermidade”. Assim, esta definição permite com que todos e quaisquer aspetos da vida humana, sejam eles individuais ou sociais, possam ser tomados como uma vicissitude de saúde (Kaczmarek, 2019). Desta forma, a procura por cuidados de saúde tornou-se resultado do sentimento de que algum aspeto da vida não permite o próprio bem-estar. Por outro lado, este bem-estar é também definido mediante padrões culturais (de Camargo, 2013). Foi neste contexto, de procura por cuidados de saúde que, no século passado, a medicalização surgiu como um tópico de importante discussão (Meneu, 2018).

A discussão em torno da medicalização é resultante da permanente procura por cuidados de saúde. Esta procura é realizada por parte de indivíduos que percebem que uma qualquer situação ou condição da sua vida interfere com o seu próprio bem-estar e, por consequência, com a sua saúde (de Camargo, 2013). É neste âmbito que Meneu (2018) sublinha a definição de medicalização de acordo a International Epidemiological Association. Diz-nos Meneu que, de acordo esta organização internacional, a medicalização é “o processo pelas quais as condições, processos, ou estados emocionais tradicionalmente considerados não-médicos são redefinidos e tratados como problemas médico” e acrescenta ainda “a expansão da influência e da autoridade das profissões e indústrias de saúde para os campos da existência do dia-a-dia” (Meneu, 2018).

No entanto, esta definição, ainda que esclarecedora, é insatisfatória na medida em que não encerra em si toda a aceção ou todos os aspetos relacionados com a medicalização. Deste modo, a medicalização foi não só um tópico de discussão pertinente na área da saúde, mas também no âmbito das Ciências Sociais, para a qual participaram autores como Irving Zola, Michel Foucault, Peter Conrad e Ivan Illich (de Camargo, 2013).

Enquanto Zola descreve a medicalização como, mais que tudo, uma forma de controlo da sociedade (de Camargo, 2013), Foucault, partindo do princípio que a medicina moderna é uma prática social, procurou dissertar as origens da própria medicalização (Foucault, 1977). Para Michel Foucault a medicalização é, acima de tudo, consequência das transformações sociais ao longo da história da sociedade (de Camargo, 2013).

Como observámos no nosso primeiro capítulo, a história da sociedade humana contempla, e de forma muito próxima, a história da medicina. Para Foucault, a medicina, contrariamente a outras instituições, na sua evolução histórica, abandonou o seu carácter primeiramente individualista e tomou, posteriormente, um carácter social. Porém, o único aspeto individualista que ainda poderá permanecer na medicina moderna é a relação médico-doente (Foucault, 1977).

A medicalização é perspectivada por Michel Foucault sob uma forma evolutiva. Para este filósofo francês, a história da medicina moderna, isto é, da medicina social, pode dividir-se em três etapas: medicina do Estado, medicina urbana e medicina da força laboral (Foucault, 1977). Em cada uma destas etapas, desde o século XVIII, a preocupação e autoridade médica, penetraram cada vez mais em diversos contextos da vida e da sociedade, tais como o controlo de epidemias, a salubridade e organização urbana (Foucault, 1977). Invadindo gradualmente os mais diversos aspetos da vida, mas também da saúde humana, podemos concluir que pela sua historicidade, a medicalização não é somente um fenómeno, é sim, acima de tudo, um processo.

Não obstante, Peter Conrad adota uma posição operacional em relação a este processo de medicalização (de Camargo, 2013). Para Conrad, a medicalização é o resultado da interferência da autoridade médica em problemas sociais (Conrad & Schneider, 1992), nomeadamente nas diferenças sexuais, nas diferenças de género, nas dificuldades de aprendizagem, no alcoolismo, no vício de drogas (Meneu, 2018). Conrad aponta a expansão da jurisdição médica como a causa primária que impulsionou a medicalização. Acrescenta, além disso, que as atividades de certos movimentos sociais ou de grupos profissionais foram, também eles, um motor do desenvolvimento da medicalização (Conrad, 2005).

Também como referido por Conrad (1992), é curioso que o surgimento gradual da medicalização se deu com a gradual secularização da sociedade. Mais curioso ainda será o facto de que a autoridade religiosa viu-se, simultaneamente, substituída pela autoridade médica (Conrad, 1992). Se a religião produzia a ideologia moral, com o processo de medicalização, a medicina encarrega-se de ocupar o seu lugar. Adicionalmente, o processo de medicalização promove, na sociedade, a legitimação médica e, por consequência, o controlo social médico. A medicalização precede, portanto, o controlo social por parte da medicina (Conrad, 1992). Em suma, segundo este último autor, podemos concluir que a expansão da esfera médica a diversos aspetos da sociedade tornou-a medicalizada e, por conseguinte, legitimou nela própria a interferência da medicina numa panóplia de vicissitudes da vida.

Por outro lado, com toda a evolução técnico-científica a que assistimos, também as indústrias farmacêuticas e biotecnológicas têm sido apontadas como importantes impulsionadoras do processo de medicalização, sendo até, por vezes, acusadas de promover uma “venda da doença” (Coveney et al., 2011). Exploraremos mais afincadamente esta perspetiva num ponto posterior.

A instauração da medicalização na sociedade despoletou, por sua vez, uma série de consequências sociais acompanhadas não poucas vezes por um criticismo tanto negativista

como positivista (Kaczmarek, 2019). A medicalização, que como vimos, é proveniente da consideração dos problemas quotidianos da vida humana como problemas médicos (Dantas, 2009) toma, de acordo com Erik Parens, um sentido negativo quando a medicina ultrapassa um certo limite (Kaczmarek, 2019). A este pisar de linha Kaczmarek (2019) designa por over-medicalization, isto é, excesso de medicalização, que culmina numa eventual intervenção clínica desnecessária (Kaczmarek, 2019). Este autor expõe um quadro, a nosso ver interessantíssimo, não só acerca dos riscos que poderão advir da medicalização, mas também das suas oportunidades.

No entanto, antes de discutirmos o panorama dessas consequências da medicalização, relacionadas diretamente com os seus riscos e oportunidades, apreciemos agora a medicalização também como resultado de um processo técnico-científico. Sendo a medicalização um conjunto de práticas que procuram a resolução médica dos mais diversos problemas, esta baseia-se essencialmente no modelo biomédico (Dantas, 2009). O modelo biomédico, também designado de mecanicista, é resultado da evolução científica e é fundamentado na própria Ciência (Barros, 2002). Assim, o modelo biomédico não assume uma visão holística da saúde e é, dessa forma, um modelo reducionista (Carvalho et al., 2008).

Preocupou-nos reforçar este aspeto mecanicista da medicina pois é para nós evidente que este predomínio científico e este comportamento cartesiano da medicina (Barros, 2002), ao turvar as suas fronteiras, ao olhar para qualquer aspeto da vida sob um pressuposto científico, extremamente metódico, expande a sua esfera de atuação a outros campos da vida humana, medicalizando-os, por vezes, em excesso. Isto é, sendo uma apreciação, como já referido, reducionista, um qualquer problema com que a medicina se depare será sempre por ela apreciado de forma essencialmente científica. Chegados aqui, voltamos então aos riscos e oportunidades que podem decorrer deste excesso de medicalização.

Proveniente de forma direta de questões de saúde e doença, um dos principais riscos do excesso de medicalização é exatamente na saúde. O diagnóstico excessivo e o posterior tratamento, quer por intervenções cirúrgicas ou medicamentosas, acarreta sempre um risco associado, podendo provocar as designadas consequências iatrogénicas (Kaczmarek, 2019). Isto é, a consideração patológica de situações anteriormente não inseridas nessa categoria é, a nosso ver, obviamente refletida nos diagnósticos efetivados. Não obstante, estes procedimentos médicos envolvem em todo o caso um domínio económico, traduzido pelo gasto financeiro. Acresce aqui que se do tratamento destas novas doenças diagnosticadas surgirem as referidas doenças iatrogénicas, isto é, patologias desenvolvidas pelo tratamento de uma outra, este custo monetário será tendencialmente crescente (Kaczmarek, 2019).

O excesso de medicalização poderá refletir-se também em riscos psicossociais. Ao considerar como problema de saúde certas e determinadas condições, a medicina pode promover a estigmatização e a pressão para instaurar um tratamento médico direcionado a essas situações (Kaczmarek, 2019). Se nos dias de hoje podemos exemplificar com a instauração de tratamento

farmacológico para mulheres com falta de desejo sexual (Kaczmarek, 2019), antes da década de oitenta do século XX a medicina identificou uma doença, até então desconhecida, em grupos de indivíduos com características similares – jovens homossexuais previamente saudáveis. Perante o desconhecimento estabeleceu-se que o agora conhecido VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana – estaria associado, de modo particular, a indivíduos com aquelas exatas características (de Camargo, 2013). Perante esta condição, podemos afirmar que por um lado instaurou-se a estigmatização não só da doença provocada pela infeção por VIH, mas também da própria orientação sexual. No entanto, a contínua investigação médica permitiu a aplicação de tratamento e, de forma gradual, à desestigmatização da mesma (Kaczmarek, 2019) certamente promovida pelo menor grau de desconhecimento científico, por parte da autoridade médica, acerca do VIH. Entramos, pois, aqui nas oportunidades (Kaczmarek, 2019), e digamos até, benefícios da medicalização.

Deste modo, nas oportunidades da medicalização, e de alguma forma no seu excesso, podemos incluir o próprio desenvolvimento da Medicina, no sentido de melhorar condições sanitárias e/ou condições respeitantes à Saúde Pública, bem como a estimulação do financiamento, assim como a promoção da literacia em saúde (Kaczmarek, 2019).

Antes de terminar este panorama geral de consequências tomaremos novamente o exemplo da homossexualidade para referir um outro processo que poderá provir da medicalização: a desmedicalização. A desmedicalização não é mais que transformar em não medicalizado o que medicalizado se tornou. A homossexualidade, por exemplo, foi em tempos considerada uma doença psiquiátrica. A sua exclusão do campo da medicina, isto é, a determinação pela autoridade médica, de que a homossexualidade não se insere numa condição patológica é o exemplo perfeito de como o processo inverso à medicalização é, também ele, possível (de Camargo, 2013) e, diremos até, possivelmente benéfico.

Ainda que o foco da medicalização esteja por natureza na área da Saúde, percebemos que esta não ocorre sem a presença de atores sociais e, por isso, a medicalização deve ser analisada não só à luz da medicina, mas também sob pressupostos sociológicos (Conrad, 2005).

3.2. A biomedicalização e o desenvolvimento científico-tecnológico

Realizada a elucidação acerca dos riscos e oportunidades da medicalização, não podemos deixar de ressaltar que, no imaginário social, surgiram críticas veementes à mesma (Meneu, 2018). Impregnada de condenação moral, a crítica de Ivan Illich merece lugar de destaque (de Camargo, 2013) e servirá como um concretizar da nossa discussão referente ao fenómeno da medicalização, mas também como um ponto de partida para um próximo.

A medicalização, como temos vindo até aqui a reforçar, está em íntima relação do que já descrevemos – a origem da Medicina e da Farmácia e o uso do medicamento como recurso terapêutico e bem de consumo. Por outro lado, a medicalização constitui também um ponto de partida, essencial, para o objetivo da nossa dissertação, na medida em que se insere, portanto, no fenómeno de consumo de medicamentos no seio da sociedade medicalizada.

É nesta sociedade medicalizada que Ivan Illich (1975) considera a “empresa médica” como uma ameaça à saúde (Illich, 1975, p. 6), designando o seu impacto na sociedade por iatrogenese social (Illich, 1975, p. 31). Assim, a prática da medicina toma parte na atribuição de cuidados médicos a pessoas saudáveis, promovendo dessa forma a medicalização da prevenção (Illich, 1975, pp. 46-47). Para Illich, esta medicalização da sociedade constitui um aspeto negativo, na medida em que é proveniente da ação destrutiva do desenvolvimento industrial (Illich, 1975, p. 62).

A referência a este desenvolvimento industrial tem na verdade especial importância se tivermos presente o evidente desenvolvimento da indústria farmacêutica e biotecnológica. Na perspectiva de Ivan Illich é na institucionalização industrial que a medicalização da vida se torna um elemento integral (Illich, 1975, p. 63).

Ainda que se possa considerar radical, a posição de Illich permite-nos colocar defronte com este desenvolvimento industrial e constatar a relevância das indústrias biotecnológicas e farmacêuticas no processo de medicalização (Conrad, 2005). Foram, na verdade, as inovações tecnológicas e tecnocientíficas que entrando no campo da Medicina transformaram esta última, dando origem à Biomedicina (Coveney et al., 2011).

A investigação científica levou ao desenvolvimento de áreas como a genómica, a biologia molecular ou a farmacogenética – estas acompanhadas igualmente pelo desenvolvimento de tecnologias de diagnóstico e de informação (Clarke et al., 2008). Desta forma, a Biomedicina surge não só pelo cruzamento entre a Medicina e o estudo biológico da vida, mas também associada à inovadora investigação científica, assim como à experimentação, nomeadamente a nível molecular (Quirke & Gaudillière, 2008). Este percurso de inovação tecnológica no campo da saúde promoveu, portanto, o desenvolvimento do conhecimento biomédico (Clarke et al., 2008).

Do mesmo modo, podemos afirmar que com a emergência da Biomedicina ocorreu a molecularização da intervenção médica, refletindo-se na transformação de alvos terapêuticos, bem como na generalização dos modelos quimioterapêuticos de tratamento (Quirke & Gaudillière, 2008). Assim, este progresso científico mergulhou a Humanidade na “era biomédica”. O corpo humano, enquanto corpo biológico, deixou de ser percebido como estático ou estável e passou a ser visto como um objeto que pode ser manipulável, modulado, transformado através da ciência tecnológica (Coveney et al., 2011).

Ora, ao assumirmos a transição de Medicina para Biomedicina, fica claro que esta é, por correspondência, acompanhada por uma transição da medicalização à biomedicalização (Williams et al., 2008). Enquanto a medicalização assume um papel essencial nas ideias de controlo e normalização, a biomedicalização, por sua vez, desenvolve-se com base nos processos complexos e multidirecionais da Medicina contemporânea (Peter Conrad, 2005) através do desenvolvimento tecnocientífico (Coveney et al., 2011). Incorporando a biotecnologia, a produção tecnológica e até as mudanças na entrega de cuidados de saúde (Conrad, 2005), a biomedicalização não age tendo em vista apenas o tratamento, mas também a otimização e o enhancement (Coveney et al., 2011). Este último tem neste contexto especial importância e será discutido no âmbito deste trabalho.

É, portanto, entre as tecnologias que anteriormente referimos que se incluem indubitavelmente os fármacos, os medicamentos. E é neste ponto que o desenvolvimento industrial, tão criticado por Ivan Illich (1975) se torna deveras importante. Assim, decorrente deste evidente desenvolvimento, não existe qualquer réstia de dúvida que as indústrias farmacêuticas e biotecnológicas estão envolvidas no processo de medicalização (Conrad, 2005) e contribuem para o desenvolvimento de um outro processo – a farmacologização.

3.3. A farmacologização – dos media ao mercado farmacêutico

Ora, atualmente, a medicalização, disseminada para se encarregar da resolução de situações e condições quotidianos da vida humana, na esfera da medicina, emprega o arsenal farmacológico disponível, dos quais são exemplo os medicamentos (Parens, 2013). Podemos também afirmar que as próprias indústrias farmacêuticas se tornaram de tal ordem importantes que destronaram os médicos como principais impulsionadores do processo de medicalização (Meneu, 2018).

Impulsionada em larga escala pelas indústrias farmacêuticas (Conrad, 2005), a farmacologização pode ser definida como “a apropriação de problemas humanos pelos medicamentos” (Meneu, 2018). É deste modo que condições, capacidades e até potencialidades humanas são transformadas em oportunidades para a intervenção farmacológica (de Camargo, 2013).

Por outro lado, não esqueçamos que Illich (1975) alertou para a promoção da medicalização da prevenção (Illich, 1975, pp. 46-47). Desta forma, ousamos transpor que é também no âmbito deste conceito de prevenção que Bauman (2000) afirmava que a incessante procura, o constante desejo por aquisição de bens de consumo, de qualquer natureza, na atual sociedade consumista, ocorre sem um objetivo definido (Bauman, 2000, pp. 73-74). Então, podemos inferir que qualquer aquisição de medicamentos que não sirva para um propósito imediato, constitui de certa forma uma prevenção de uma eventual necessidade futura. Neste aspeto podemos por,

desde já, em perspectiva o consumo de medicamentos, enquanto bens de consumo, em vista à prevenção segundo Illich, mas também como aspeto integrante do fenómeno de farmacologização.

O facto de que nem todos os produtos farmacêuticos, ou de saúde, estão sob alçada dos médicos, e da medicina, (Meneu, 2018), põe em evidência que a farmacologização ultrapassa a medicalização, na medida em que a primeira pode prescindir de qualquer diagnóstico médico e/ou prescrição terapêutica pelo mesmo (de Camargo, 2013). Adicionalmente, o uso off-label de medicamentos (Lopes & Rodrigues, 2015) e a automedicação associada à atual sociedade de consumo (Dantas, 2009), promoveu a autonomização da farmacologização em relação à medicalização (Lopes & Rodrigues, 2015).

É deste modo que a procura de medicamentos, utilizados para o atingimento do bem estar (Dantas, 2009), empurrou o medicamento para fora da esfera da autoridade médica (Lopes & Rodrigues, 2015). É precisamente aqui, fora desta autoridade médica, numa sociedade impregnada na cultura de consumo (Dantas, 2009), que ocorrem os designados consumos de performance (Lopes & Rodrigues, 2015) que explanaremos a posteriori.

Ademais, como temos vindo a pontuar, tanto no processo de medicalização como no processo de farmacologização, é inegável o papel da indústria farmacêutica e o papel da divulgação do seu mercado. Na verdade, há muito que a indústria farmacêutica se vê envolvida na promoção de produtos de saúde para as mais diversas doenças (Conrad, 2005). A publicidade tem se revelado cada vez mais sofisticada no sentido de atingir uma maior persuasão do consumidor, criando, simultaneamente, um ambiente competitivo no mercado farmacêutico (Williams et al., 2008). Neste sentido, a publicidade erotiza os desejos do individuo e apresenta a importância de o mesmo permanecer ativo e capaz de efetuar as suas tarefas quotidianas, devendo recorrer, para isso, a um produto farmacêutico (Dantas, 2009).

Esta promoção não passa apenas por anúncios publicitários, mas também, por exemplo, por visitas de representantes das indústrias farmacêuticas a consultórios médicos (Conrad, 2005). Deste modo, a sociedade, impregnada numa cultura de consumo, sente uma permanente necessidade de seguir condutas e receitas divulgadas pela indústria farmacêutica, mas também divulgadas pela própria autoridade médica, no sentido de alcançar no fundo uma aceitação social (Dantas, 2009). Para esta situação contribui também a publicidade que, nos media, é acompanhada não poucas vezes quer por opiniões de profissionais de saúde, quer de doentes. A junção da opinião da autoridade médica com a recomendação leiga evidencia-se eficaz no objetivo do marketing farmacêutico (Conrad, 2005).

Sem dúvida que a televisão se tornou o principal veículo da promoção direta ao público-alvo; foi através desta que as indústrias farmacêuticas abriram mercados específicos para os seus produtos (Conrad, 2005). Mas não só os meios de comunicação televisivos têm a sua importância. Nos dias de hoje, a Internet desempenha um papel fulcral na promoção de

medicamentos, além de que também é através da Internet que o acesso a informação diversa, tanto respeitante a doenças, ou supostas doenças, e seus tratamentos, se tornou acessível e simplificado na atual sociedade (Williams et al., 2008).

Com toda esta evolução das tecnologias publicitárias, a relação médico-doente, ou mesmo entre o profissional de saúde e o doente, está ultrapassada no que toca a partilha de informação. (Williams et al., 2008).

Além disso, o medicamento, consumido como se de um instrumento divino se tratasse (Dantas, 2009), não só levou à farmacologização dos aspetos quotidianos da vida humana, mas levou também à domesticação do consumo farmacêutico, isto é, o acesso facilitado através de meios eletrónicos, nomeadamente compras online, culmina no consumo de medicação dentro da própria casa (Williams et al., 2008).

Por outro lado, verificamos que a produção de medicamentos é indissociável da produção de novas doenças (Williams et al., 2008). Isto é, assistimos atualmente a uma mercantilização tanto da suposta doença como da sua cura correspondente (Conrad, 2005).

Relembremos que todo este mercado farmacêutico, de divulgação da doença, e de promoção do tratamento, se insere na já referida sociedade consumo. Podemos afirmar que não só os cuidados de saúde se tornaram comodificados (Conrad, 2005), mas também o cuidado com a saúde, na medida em que a preocupação não passa propriamente pelo restabelecimento de uma normalidade fisiológica, mas sim por uma procura pelo bem-estar, arriscamos mesmo dizer, pela conveniência.

Vejamos que, a partir de 1997, após certas regulamentações da FDA, a promoção do uso off-label de medicamentos, através de anúncios televisivos, tornou-se uma constante nos Estados Unidos (Conrad, 2005). É, desta forma, impossível desconectar o aumento da venda de medicamentos para problemas tão diversos como alergias, a ansiedade ou mesmo a disfunção erétil, com o aumento do investimento em publicidade dos medicamentos para o tratamento correspondente (Conrad, 2005). Assim, o consumo de medicamentos é, sem dúvida, dependente de relações sociais estabelecidas entre o mundo mercantil, de negócios, com o mundo privado dos consumidores (Williams et al., 2008).

E não só na América este marketing da doença-tratamento é uma realidade. Também na Ásia, nomeadamente no Japão, este ocorre, exemplificado, neste caso, pela promoção da “depressão moderada” como doença, por parte de indústrias farmacêuticas e que levou a um claro aumento na procura por antidepressivos (Conrad, 2005).

Todos estes aspetos, culminam na farmacologização dos mais variadíssimos aspetos quotidianos da vida pessoal e social. A procura constante por um bem-estar é evidente. Podemos concluir,

portanto, que a farmacologização não contemplará apenas o tratamento de uma determinada doença/patologia, mas também uma promoção de um enhancement (Coveney et al., 2011).

4. Enhancement e performance

4.1. Introdução ao enhancement e à performance

Através do processo de farmacologização, que acabamos de descrever, assistimos à apropriação de fármacos, medicamentos ou produtos de saúde em contextos para lá da medicina, com o intuito de uma melhoria e bem-estar pessoal (Rodrigues et al., 2019). De facto, a necessidade de viver num permanente estado de felicidade leva os indivíduos à procura da sua própria gestão pessoal, do seu próprio cuidado, assumindo por isso a necessidade de encontrar formas de contornar eventuais problemas, utilizando para isso o arsenal médico disponível, no qual se inserem os medicamentos (Dantas, 2009).

É desta forma que o conceito de farmacologização reserva para si o consumo de medicamentos para além do propósito terapêutico, transportando-nos então para uma cultura de consumo mais alargada, nomeadamente no que se refere a mudanças no estilo de vida individual e social (Rodrigues et al., 2019).

A aplicação de cuidados médicos, através das suas tecnologias com propósito não terapêutico, tem sido realizada desde a Idade da Pedra (Buyx, 2015, p. 1192). Com o desenvolvimento de produtos farmacológicos, igualmente por conta do processo de farmacologização, para as designadas áreas de bem-estar, o consumo de medicamentos é um fenómeno que almeja, principalmente, uma melhor gestão do desempenho pessoal, quer a nível cognitivo, corporal ou relacional (Lopes & Rodrigues, 2015).

Assim, segundo Buyx (2015), enhancement pode ser definido como a utilização de tecnologias e intervenções médicas para a otimização de capacidades humanas (Buyx, 2015, p. 1192). No entanto, através de um estudo realizado por Coveney et al. (2019), percebe-se que a forma como vários indivíduos entendem e definem enhancement é bastante subjetiva, sendo por isso, esta definição, dependente do contexto da vida diária de cada uma das pessoas envolvidas (Coveney et al., 2019).

Se o enhancement contempla a melhoria do funcionamento ou a otimização de certas características humanas para além do sustento da saúde ou reparo do corpo (Gonçalves & Pedro, 2015), o que constitui enhancement ou não, bem como o que envolve este conceito e o que é a ele inerente são, tanto a nível individual como social, perguntas sociológicas apropriadas (Coveney et al., 2019).

Uma das dificuldades que encontramos ao explorar a ideia de enhancement começa precisamente numa questão linguística (Coveney & Bjønness, 2019) em que a própria tradução, mediante a língua para a qual o termo se traduz, pode levar a uma diferente interpretação do que o conceito enhancement realmente significa. Foi deste modo que optamos por não realizar a

tradução de *enhancement*, preferindo por isso explicitar o que se entende por esse mesmo termo.

Não obstante, este conceito de *enhancement* entra por vezes em conflito com o conceito de tratamento (Gonçalves & Pedro, 2015). A medicalização, e subsequentemente a farmacologização, permitiram atribuir legitimidade ao uso de medicamentos em condições que previamente escapavam ao campo da saúde. Desta forma, os produtos farmacêuticos são portanto, à partida, meios legítimos a utilizar caso haja alguma falha no normal funcionamento do corpo, ou caso exista essa mesma percepção (Coveney et al., 2011).

Nesta linha de raciocínio, se um indivíduo percebe estar doente, legitima o consumo de medicação para obter de novo a saúde que o mesmo sente estar ausente – constituindo então este consumo uma forma de tratamento. Assim, poderíamos afirmar que o tratamento é referente ao consumo de medicação pelo indivíduo doente e o *enhancement* é referente ao indivíduo não doente.

Porém, um indivíduo sentir-se doente não implica diretamente que tenha uma doença, ou uma doença diagnosticada – designando-se esta situação pela expressão inglesa de *illness* (Boyd, 2000) – e, deste modo, o ter saúde configura também um julgamento de valor realizado pelo sujeito, de si sobre si mesmo (Gonçalves & Pedro, 2015). Por sua vez, e com a extensão da esfera médica a áreas quotidianas através dos processos de medicalização e farmacologização, poderá ser considerado doente o indivíduo que se sente perfeitamente saudável.

Ora, se é difícil traçar a linha entre o que é a saúde e a doença, entre o que pertence à esfera médica e não, também é difícil elaborar uma delimitação no conceito de tratamento e de *enhancement*, uma vez que estes, tal como aqueles, são não só conceitos científicos, objetivos, mas também conceitos culturais, sociais e políticos (Gonçalves & Pedro, 2015).

Como verificamos a priori, por vezes torna-se difícil distinguir o patológico do não-patológico, uma vez que a noção de saudável é também ela uma apreciação pessoal que o sujeito faz da sua própria saúde (Gonçalves & Pedro, 2015). Ser saudável vai para além do não estar doente, constitui um estar ativo, um ser sucedido, muitas vezes conseguido então através do consumo de medicamentos que visam à melhoria da performance (Gonçalves & Pedro, 2015). Podemos mesmo afirmar que assistimos, então, à medicalização da *underperformance* (Conrad, 2005).

Por sua vez, as últimas investigações no campo antropológico e sociológico têm verificado o aumento na variedade de substâncias utilizadas para a personalização do corpo, no que concerne à sua aparência e à sua performance (Rodrigues et al., 2019). Exploraremos esta panóplia de substâncias na última secção da nossa exposição teórica.

Contudo, é importante mencionar que a sociedade atual é de tal forma competitiva que se qualquer pessoa ao se aperceber que o seu desempenho, a um certo e determinado nível, é

inferior ao de qualquer outra, terá a percepção que existe algo de errado com ela mesma (Gonçalves & Pedro, 2015). É pela imposição do alinhamento da performance pessoal com normas culturais que o enhancement constitui ele mesmo um fenómeno de normalização (Coveney et al., 2011). No entanto, convém perceber que a pressão social para a performance vai para lá de contextos competitivos particulares, dos quais são exemplo as competições desportivas, no sentido do aperfeiçoamento da capacidade produtiva dos indivíduos, nas simples atividades quotidianas (Pegado, 2016).

Portanto, sem dúvida que o contraste entre saúde e performance tem sido difícil de realizar, e desta forma podemos mesmo inferir que a performance se tem vindo a tornar cada vez mais medicalizada (Lopes & Rodrigues, 2015), mas tendo sempre em conta a pretensão do desempenho socialmente adequado dos papéis sociais representados nas mais variadas áreas da vida humana (Pegado, 2016).

É neste âmbito de otimização, de melhoria, de aperfeiçoamento que surge, portanto, o consumo de produtos farmacêuticos. Este consumo tem em vista o enhancement, e de igual modo estes produtos tomam então a conotação de enhancers, sendo o seu consumo um consumo de performance (Coveney et al., 2019; Lopes & Rodrigues, 2015).

No âmbito desta dissertação, usaremos o conceito consumos de performance, tal como o fizeram Lopes & Rodrigues (2015), para nos referirmos ao consumo de produtos farmacêuticos, nomeadamente de medicamentos, com o objetivo de promover uma otimização da performance (Lopes & Rodrigues, 2015), que, por sua vez, corresponderá a uma forma de enhancement.

Também neste nosso trabalho, tal como Rodrigues et al. (2019), teremos uma especial consideração pelo contexto individual e social com que estes consumos se realizam (Rodrigues et al., 2019). E é neste sentido que, nos últimos anos, os imaginários do enhancement têm sido explorados afincadamente. Estes imaginários podem ser definidos como o conjunto de crenças, compreensões e expectativas em relação ao mesmo (Coveney et al., 2019).

Neste momento, não há dúvidas de que a gestão da performance individual e social tem sido alimentada por uma vastidão de produtos disponíveis no mercado (Pegado, 2016). Estes produtos farmacêuticos, consumidos com a já referida pretensão de enhancement, de melhoria da performance, tomam então a conotação de enhancers transformando-se o seu consumo nos tais consumos de performance (Coveney et al., 2019; Lopes & Rodrigues, 2015).

No entanto, se por um lado o uso de substâncias no sentido da obtenção dessa melhoria é por vezes condenável, como por exemplo em competições desportiva, o consumo de substâncias potenciadoras de um melhor desempenho performativo por parte de músicos não é repreensível de igual forma (Rodríguez López, 2020). Assim, a condenação moral e social no que toca ao enhancement mostra-se dependente das motivações e do contexto em que os produtos farmacêuticos são consumidos (Coveney et al., 2019).

Desta forma, tal como Rodrigues et al. (2019), teremos aqui especial cuidado em explorar este intuito individual e social com que estes consumos se realizam (Rodrigues et al., 2019) não esquecendo que o consumo de enhancers, que aqui designaremos de medicamentos ou produtos farmacêuticos de performance, tem se verificado emergente especialmente em alunos universitários, e deste modo, tem surgido um intenso debate em torno das implicações éticas e sociais desta prática (Buyx, 2015, p. 1193).

Ora, verificamos então que neste contexto do enhancement e da performance, o medicamento, e em geral os produtos de saúde, particularmente os produtos farmacêuticos, se libertam do seu carácter terapêutico e preventivo. Deste modo, confluem aqui vários aspetos que temos vindo a realçar: a apropriação do medicamento, ao longo da história, pelas mais diversas áreas da vida humana; a transformação do medicamento em bem de consumo no seio da atual sociedade consumista – onde se insere não só a ideia de comodificação da saúde, mas até o que se designa, em Rodrigues et al. (2019), de comodificação da auto-performance (Rodrigues et al., 2019).

É partindo da afluência de todas estas circunstâncias, processos e fenómenos que chegamos à matéria central deste nosso trabalho – a apropriação e reconfiguração da utilização do medicamento, que exprime a fenomenologia social do mesmo, no âmbito de uma cultura de consumo (Lopes & Rodrigues, 2015), que no caso do nosso estudo se dirige particularmente a uma população estudantil específica.

4.2. Enhancement e a performance neuro-cognitiva

A este ponto torna-se claro e evidente que com o desenvolvimento de fármacos que permitem uma customização do corpo, a medicina não se apresenta na sociedade apenas como ciência da cura, da terapia, mas também como uma impulsionadora do enhancement (Coveney et al., 2011).

De forma a simplificar a nossa descrição teórica acerca do enhancement e da performance, optamos por realizar uma divisão que nos parece adequada dada a tradicional dualidade corporeamente. No entanto, vale observar que nem sempre a ideia da dualidade mente-corpo surgem em polos opostos. Por exemplo, Rodrigues et al., 2019, refere o conceito de farmacologização do sono como um processo surgido pela necessidade de gerir este período biológico do dia-a-dia (Rodrigues et al., 2019). Ora, o sono é uma atividade, e por natureza também uma diminuição da mesma, caracterizado por se relacionar e influenciar alterações não só físicas, corporais, mas também mentais e cognitivas (Krueger et al., 2016).

Contudo, começamos inicialmente por desenvolver o enhancement e a performance no campo neuro-cognitivo e, posteriormente, passaremos ao campo físico e corporal, no qual inserimos também a performance sexual.

O conceito *enhancement* cognitivo tem sido amplamente aplicado na área da bioética, sendo referente à melhoria ou otimização de aspetos como a memória, a inteligência, as capacidades linguísticas, o foco em tarefas intelectuais, ou até mesmo da percepção sensitiva (Coveney et al., 2011). Mais uma vez, o processo de medicalização tem aqui bastante relevância, pois permite explicar de certa forma como estados cognitivos podem ser percecionados como fora do normal. Consequentemente, a medicalização cede lugar à farmacologização na medida em que se legitima, desta forma, o uso de produtos farmacêuticos no sentido de restabelecer a normalidade – a tal normalização (Coveney et al., 2011) mencionada anteriormente.

A tentativa de melhorar as capacidades cognitivas através do consumo de substâncias é conhecido desde a Antiguidade, da Grécia Antiga à China (Vargo & Petróczi, 2016). Ousaremos reforçar aqui que a expansão da medicina, e da farmácia, às diversas esferas da vida humana, tornou-se, portanto, um fator determinante para a legitimação do consumo de substâncias farmacêuticas. Corroboramos esta afirmação o facto de que, por outro lado, é sancionado e difícil de justificar o uso deste tipo de ferramentas terapêuticas no caso de o processo de medicalização não estar estendido a uma determinada condição (Coveney et al., 2011).

Recuando até ao início da década de 70 do século XX, verificamos que o uso de metilfenidato, amplamente conhecido pelo nome comercial Ritalina, tornou-se bastante comum no tratamento do TDAH – Transtorno do Défice de Atenção/ Hiperatividade – em crianças (Conrad, 2005). No entanto, o uso de metilfenidato tem atualmente um uso muito mais alargado, nomeadamente entre estudantes do ensino secundário e superior que, ainda que não sendo diagnosticados com TDAH, consomem esta substância com o intuito de melhorar a sua atenção (Coveney et al., 2011) e dessa forma otimizar a sua performance cognitiva.

O caso do metilfenidato configura-se interessante, tanto pela disseminação do seu uso, como a variedade de situações em que essa disseminação se verifica, mas não é o único exemplo de que podemos dar conta. O modafinil, um fármaco usado no tratamento de narcolepsia (Mignot, 2012), tem sido amplamente utilizado no seio da comunidade científica não com o intuito de tratar uma patologia para o qual se encontra indicado, mas sim para que atue de forma a aumentar a produtividade ou a capacidade intelectual – estamos aqui, também, na presença de mais um caso de *enhancement* neuro-cognitivo (Coveney et al., 2011).

Desde a última década do século XX, surgiram novas ferramentas de intervenção mental no que toca a manipulação cerebral (Coveney et al., 2011), nomeadamente fármacos psicotrópicos (Singh & Kelleher, 2010). Mais recentemente, tem surgido um crescente interesse em torno de psicofármacos com potencial de *enhancers* cognitivos (Coveney et al., 2011), onde se incluem aqueles que se designam de *smartdrugs* (Raposo, 2016). Estas *smartdrugs* têm tido especial atenção no que concerne à melhoria da performance, particularmente no contexto académico (Singh & Kelleher, 2010).

Estes exemplos concretos de enhancers são apenas alguns dos vários descritos na literatura, no entanto daremos lugar numa outra secção à exploração destas substâncias, medicamentos e/ou produtos farmacêuticos utilizados com o propósito de enhancement e otimização da performance. Deixamos acima apenas alguns exemplos no sentido de ilustrar que este tema não é de todo abstrato, traduzindo-se sim numa realidade bastante ampla na nossa sociedade.

Não obstante, no início da década passada, assistia-se ao aparecimento de uma nova doença designada por Défice Cognitivo Ligeiro, e desta forma, pessoas, ainda que não diagnosticadas com demência, demonstravam de alguma forma um défice cognitivo, este era tomado como um possível precursor da demência. Em consequência, surgiu desde logo um grande interesse no tratamento desta nova patologia, tomada como anormal pela medicina, ainda que a sua anormalidade não pudesse ser realmente atestada (Coveney et al., 2011). Assistimos aqui, mais uma vez, a um fenómeno de medicalização – torna-se patológico o que não está cientificamente demonstrado como tal.

Neste âmbito, ao nos transpormos para o campo sociológico, verificamos que o conceito de farmacologização possui estreita relação com as questões em torno do consumo de substâncias que visam ao enhancement neuro-cognitivo. Enquanto a medicalização atrai a si problemas aos quais pretende responder com um benefício de saúde, a farmacologização é por vezes independente e não subsequente à medicalização (Coveney et al., 2011). A farmacologização pode até trazer consigo riscos acrescidos no que toca à saúde, nomeadamente na procura por substâncias ou medicamentos usados como enhancers cognitivos, obtidos ilegalmente num mercado negro, em fontes não regulamentadas e consumidos sem aconselhamento de um profissional de saúde (Coveney et al., 2011).

Isto pode levar a alguns problemas, uma vez que, por exemplo, o impacto cerebral, a longo prazo, pelo consumo de estimulantes não é completamente conhecido (Singh & Kelleher, 2010). Da mesma forma, a eficácia do enhancement neuro-cognitivo no aumento da performance intelectual em populações saudáveis não se encontra ainda estabelecido, assim como a sua segurança (Vargo & Petróczi, 2016).

Assumimos então que as substâncias psicotrópicas se tornaram num objeto amplamente utilizado, numa tentativa de atingir uma inteira, ou maior, capacidade cognitiva. Simultaneamente à crescente normalidade destas práticas de consumo, são também levantadas algumas questões éticas (Vargo & Petróczi, 2016), e ainda que não sejam aqui exploradas a fundo, importam referir. Isto porque é inegável que o enhancement apresenta-se como um dos maiores tópicos de discussão em Bioética, especialmente no campo de neuroética (Buyx, 2015).

Um dos problemas relacionado com este tipo de enhancement relaciona-se com a liberdade. Existirão forças de coerção ao enhancement? Ao existirem, limitam, dessa forma, a autonomia? Sabemos que o uso de substâncias psicotrópicas é uma realidade nas camadas mais juvenis e

académicas da sociedade (Singh & Kelleher, 2010), logo, entre colegas, no contexto académico, poderá existir algum tipo de coerção entre pares (Greely et al., 2008), no sentido em que algum indivíduo se possa sentir desfavorecido em relação a outro que consuma *enhancers* no sentido de melhorar as suas capacidades intelectuais, e por consequência, ver-se pressionado a consumi-los.

Não podemos esquecer, como já referimos, que a sociedade atual apresenta-se como uma sociedade competitiva (Buyx, 2015), assim, não é de desprezar que os próprios ambientes académicos ou laborais se assumam, também eles, como ambientes competitivos. Podemos aqui alegar que esta ideia de coerção se relaciona simultaneamente com a ideia de pressão social, e esta última será discutida num outro momento dada a sua importância nas culturas de consumo.

Além do comprometimento da autonomia, levanta-se também a questão da justiça distributiva (Greely et al., 2008). Sabendo que na maioria das vezes as substâncias, os medicamentos e outros produtos de saúde, estão sujeitos às leis do mercado, a sua aquisição não será certamente acessível monetariamente de igual forma a todos os indivíduos (Buyx, 2015).

Assim, pôr-se-á em causa a própria acessibilidade ao *enhancement*, e se mergulharmos no funcionamento da sociedade atual e a observarmos sob um ponto de vista económico, certamente concluiremos que as camadas sociais mais desfavorecidas, particularmente em países subdesenvolvidos, estarão à margem deste *enhancement*. Podendo, assim, aumentar as disparidades da performance neuro-cognitiva em relação àqueles que facilmente conseguem a sua otimização, devido à sua situação económica mais favorável, particularmente no designado mundo ocidental.

4.3. Enhancement e a performance físico-corporal

Não só a mente, mas também o corpo se tornou alvo de otimizações através do processo de medicalização (Conrad, 2005). Esta medicalização surge associada à própria comodificação da medicina na qual configura como exemplo a procura por cirurgias cosméticas. Neste caso específico, o corpo torna-se sujeito tanto a melhoramentos – *enhancement* – como às produções de mercado, das quais são exemplo os implantes de silicone (Conrad, 2005).

Ainda no âmbito da cosmética, não esqueçamos que a produção de cosméticos ou o próprio cuidado com a forma física foram, desde cedo, desenvolvidos na sociedade humana, particularmente, e como vimos anteriormente, no Antigo Egito ou na Grécia Antiga (Pita, 1998, pp. 27-34; Pita, 1998, pp. 50-51).

Estes fenómenos de otimização físico-corporal surgem porque de facto é socialmente exigível exibir um corpo visualmente saudável, bonito, magro, definido, jovem (Dantas, 2009). Através da História, verificamos que a ideia de imortalidade e da existência de poções ou substâncias

que permitem eternizar a juventude sempre existiram (Ferreira, 2011, p. 260) e atualmente todas as características atribuídas ao corpo jovem tornaram-se mais acessíveis através das tecnologias que a medicina desenvolveu (Dantas, 2009).

Os processos biológicos e fisiológicos que alteram e reconfiguram o corpo ao longo da vida têm desta forma, nos dias de hoje, uma série de recursos através dos quais podem ser controlados, isto é, através de produtos de saúde (Ferreira, 2011, p.260). É, portanto, em relação a esta ideia de corpo jovem que Ferreira (2011) elabora uma abordagem que nos parece interessante descrever.

Para este autor, ser jovem assenta numa codificação de uma faixa etária específica num certo modelo de corporeidade¹ (Ferreira, 2011, p. 258). Esta condição do corpo é um dos atributos que remete para a ideia de juventude, sendo esta não só determinada por episódios biológicos, mas também produzida através de uma leitura social (Ferreira, 2011, p. 258).

O corpo jovem produz em si uma imagem pública caracterizada por uma série de imagens e desempenhos corporais, traduzidos em gestos e atitudes. Por sua vez, seja vestido ou despido, o corpo jovem vê-se à mercê da publicidade a objetos, a práticas, e de uma forma geral, a bens de consumo. Não é de descuidar que é precisamente esta imagem de corpo perfeito que surge como um símbolo de sedução, de eroticidade que capta a atenção dos demais indivíduos (Ferreira, 2011, p. 259).

Num estudo realizado em Maputo por Rodrigues et al. (2019), 20% da amostra de indivíduos daquela cidade Moçambicana afirmava usar qualquer tipo de substância com a intenção de melhorar a sua imagem ou estética corporal (Rodrigues et al., 2019). Isto demonstra que esta ideia de existir num corpo que se apresente visualmente atrativo não é só uma realidade nos países desenvolvidos, entregues à ideia de consumismo, mas também em países que ainda se encontram na transição para uma economia de mercado, como é o caso de Moçambique (Rodrigues et al., 2019).

É também o mercado, auxiliado pelos media, que se servem do modelo de corpo ideal fazendo desvanecer a fronteira entre o real e a ficção, difundido a ideia de que existe a possibilidade de transformar os corpos de cada indivíduo através de produtos ou serviços que o mercado disponibiliza e os media promovem (Ferreira, 2011, p. 261).

Também não é de descuidar que neste ponto da performance física e corporal podemos incluir a performance sexual. Assim, também os designados estimulantes sexuais têm especial importância uma vez que são consumidos no sentido de enhancement, de ultrapassar as capacidades normais do indivíduo num contexto sexual (Rodrigues et al., 2019).

¹ Corporeidade – conjunto específico de traços do corpo que o concretizam como ser social (Ferreira, 2011, p. 258).

Nas camadas jovens, tal como no campo cognitivo que referimos no ponto anterior (Singh & Kelleher, 2010), também a intenção de melhorar, otimizar, realizar um *enhancement* físico se traduz numa situação concreta – um terço dos jovens portugueses, entre os 15 e os 29 anos, afirmava, no ano 2000, o seu desejo de melhorar a sua forma e aspeto físico (Ferreira, 2011, p. 263).

Inevitavelmente, falar de *enhancement* físico-corporal conduz-nos ao *enhancement* num contexto competitivo. Nesta competitividade inclui-se naturalmente a competitividade desportiva. Deste modo, falar de *enhancement* e desporto leva-nos a ter de referir o doping. Sob este ponto de vista, e dado todo o mediatismo e discussão em torno do doping, neste caso, sendo uma forma de *enhancement*, esta leva, portanto, a uma competitividade desigual, havendo favorecimento de quem usa uma qualquer substância no sentido de otimizar a sua performance (Miah, 2011).

Em suma, e como afirma Ferreira (2011), o que o corpo pratica e o que se pratica no corpo são alicerces que permitem estruturar a sociabilidade dos indivíduos (Ferreira, 2011, p. 270). Neste sentido, o *enhancement* físico e os consumos realizados para otimizar a performance corporal não almejam apenas a estética corporal, em tornar o corpo mais atrativo, mas sim em construir uma identidade (Rodrigues et al., 2019).

Da estética corporal à performance sexual, é de salientar que todos os consumos de substâncias que levam ao seu *enhancement* ocorrem de acordo com necessidades e motivações individuais, se inserem numa vasta rede social que integra noções como feminilidade, masculinidade ou papéis de género (Rodrigues et al., 2019). É exatamente nesta cultura de consumo, nomeadamente consumo de medicamentos ou *enhancers*, que nos centraremos adiante.

5. Os consumos de performance

5.1. A indução social e a legitimidade nos consumos de performance

As necessidades individuais de enhancement ou otimização da performance, inseridas numa sociedade mercantil, marcam, sem dúvida, uma orientação para uma cultura de consumo (Pegado, 2016). Tal como afirmam Lopes & Rodrigues (2015), os consumos de performance, distinguem-se de outros consumos uma vez que os primeiros são exteriores à esfera da saúde e se inserem num determinado quadro cultural. Desta forma, e como temos vindo a reforçar desde logo nesta nossa exposição, o medicamento desconecta-se das suas finalidades terapêuticas (Lopes & Rodrigues, 2015).

Dada a diversidade social, existem diferentes perceções relativamente à performance, e do mesmo modo, diferentes atitudes em relação a esta (Pegado, 2016). Assim, também o medicamento apresenta também uma configuração social, a que Lopes & Rodrigues (2015) designam de terapeutilização. Este conceito é referente à permeabilidade ao uso de medicamentos na gestão de questões da existência humana percecionadas culturalmente como exteriores ao campo da saúde (Lopes & Rodrigues, 2015), ou seja, existe uma adesão social ao consumo de medicamentos com finalidades fora do propósito de saúde (Raposo, 2016).

Em suma, os consumos de performance englobam diversos campos da vida humana, quer a nível individual ou social, do plano da performance emocional à performance sexual, sendo por isso um meio de se atingir normas, valores ou expetativas culturais (Rodrigues et al., 2019).

Estes consumos de performance têm sido um fenómeno em ascensão e, em simultâneo, marcados por uma crescente visibilidade social, tendo especial destaque na população juvenil (Raposo, 2016). Mediante esta simbiose da população jovem com todas as nuances dos consumos de performance, e tal como referem Lopes & Rodrigues (2015) no seu estudo pioneiro acerca dos consumos de performance, na sua generalidade, nos jovens portugueses, estamos perante culturas terapêuticas.

Estas culturas terapêuticas ultrapassam o consumo de fármacos ou produtos naturais, na medida em que outros aspetos como a perceção do risco, as fontes de informação ou a valorização social do corpo são, também eles, elementos integrantes deste conceito (Lopes & Rodrigues, 2015).

Deste modo, os consumos de performance têm sido sujeitos a pesquisas empíricas, nomeadamente sobre a população juvenil, quer relativas à performance neuro-cognitiva, quer à performance físico-corporal (Pegado, 2016). Além das pesquisas referidas, também a

comunidade científica tem tido especial interesse sobre este fenómeno uma vez que o mesmo se pode apresentar como um potencial problema de saúde pública (Raposo, 2016).

Na população juvenil verificam-se consumos de performance inseridos em contextos de hedonismo, experimentalismo e presentismo. Sabe-se através de inúmeras pesquisas sociológicas que a juventude, enquanto fase da vida, apresenta uma grande predisposição para a experimentação, consistente com um desafiar limites, e subseqüentemente, para uma familiarização com experiências que implicam riscos. Por outro lado, o presentismo traduz-se na disposição juvenil de viver o presente (Pegado, 2016).

Assim, tanto o experimentalismo como o presentismo, inerentes à própria juventude, mobilizam esta para atitudes de gestão da performance, particularmente através do consumo de medicamentos ou outros produtos – que designamos aqui, portanto, de consumos de performance – para alcançar uma otimização do desempenho, a nível neuro-cognitivo ou a nível físico-corporal (Pegado, 2016).

Além do contexto em Portugal, que exploraremos no último ponto desta secção, verificamos que, como publicado por Rodrigues et al. (2019), também em Maputo, capital moçambicana, por exemplo, os consumos de performance têm maior expressão nos jovens moçambicanos, em especial naqueles que provêm de um meio económico e educacional favorável (Rodrigues et al., 2019).

Não obstante, a visão de corporeidade sobre a juventude e a importância dada à estética física, particularmente na juventude, impõe avaliações e modificações corporais dos jovens sobre os seus próprios corpos (Pegado, 2016). Assistimos assim a uma mudança nas culturas corporais, caracterizada por um aumento no investimento estético, influenciada diretamente pela disseminação do recurso aos medicamentos (Lopes et al., 2012).

É, por isso, impossível dissociar o contributo que a publicidade, a comunicação social e a própria indústria da corporalidade, promovendo investimentos medicamentosos, têm sobre a cultura de consumo. Estes investimentos colocam-se exteriormente a objetivos terapêuticos, no entanto, levantando novamente a questão da distinção entre saúde e doença ou entre tratamento e enhancement (Pegado, 2016).

Exposto um quadro geral sobre os consumos de performance, vincamos agora aquilo que se consideram ser motivações para esses mesmos consumos. Isto porque é importante entender que tanto as práticas como as disposições de consumo estão estruturadas por uma conjugação social de efeitos, onde se inclui, por exemplo, a expectativa da resposta ao consumo de uma qualquer substância disponível no mercado (Lopes & Rodrigues, 2015). Numa sociedade em que se estabelecem inúmeras conexões entre os demais indivíduos é inevitável reconhecer a relevância da indução social (Clamote, 2015).

Começaremos por considerar uma das motivações para o consumo de medicamentos ou outros produtos de saúde que visam a melhoria da performance: o desejo de melhorar o desempenho individual (Pegado, 2016). Num estudo realizado por Pegado (2016), comparando jovens estudantes e jovens trabalhadores, uma maior percentagem dos primeiros diz-se não satisfeitos com o seu desempenho cognitivo, ao passo que uma maior percentagem dos segundos se dizem não satisfeitos com o seu desempenho corporal (Pegado, 2016).

Num outro estudo, realizado sobre uma amostra da população residente em Maputo, verificou-se que em 20% da mesma o que levou ao consumo de produtos de performance foi o querer melhorar ou otimizar a sua estética corporal, tendo sido esta a motivação mais generalizada na amostra em estudo (Rodrigues et al., 2019).

Nos exemplos acima, verificamos que poderá existir alguma relação entre consumos de performance, direcionados ao campo neuro-cognitivo ou ao campo físico-corporal, mediante o contexto social dos indivíduos, que no caso apresentado dependerá das diferenças entre um contexto académico e um contexto laboral.

E é no que toca ao contexto laboral que surge também o consumo das chamadas bebidas energéticas, cujas motivações podem advir do stress do trabalho ou do cansaço resultante do mesmo (Rodrigues et al., 2019). Assim, estas práticas têm se tornado cada vez mais normalizadas, uma vez que impulsionam a entrada de jovens adultos no mundo do trabalho (Vargo & Petróczi, 2016).

Por outro lado, ainda que aparentemente inexpressiva em determinados contextos, a pressão social está também presente a este nível, sendo ela uma forma de indução social. Desta pressão social constam atores como figuras tutelares, referências leigas – amigos, colegas, ou outros familiares (Clamote, 2015). Da mesma forma, através do estudo de Rodrigues et al. (2019) ficou patente que a maioria das práticas de consumos de performance ocorreram sem recomendação médica (Rodrigues et al., 2019).

A vulnerabilidade, dos pais e dos jovens, às influências sociais para o uso de substâncias de enhancement varia de acordo com fatores ambientais e demográficos e a publicidade é, sem dúvida, um fator importante na indução aos consumos de performance. Além disto, tem sido claro que a maioria dos consumidores não se apercebe da dialética entre o produtor prometededor e o indivíduo desejoso (Singh & Kelleher, 2010).

Concomitantemente, a legitimação dos consumos de performance relaciona-se com atitudes de aprovação ou reprovação deste tipo de consumos. Esta aprovação ou reprovação está dependente não só do contexto sociodemográfico no qual o indivíduo legitimador se insere, mas também dependente dos medicamentos ou produtos considerados (Pegado, 2016). Também o sexo dos indivíduos parece ser uma variável importante no que toca à legitimação de

determinados consumos, nomeadamente no que se refere a sua finalidade – se neuro-cognitiva ou se físico-corporal (Pegado, 2016).

Da mesma forma, também a prática de atividades desportivas poderão influenciar a perceção de legitimidade dos consumos de performance de forma expressiva (Pegado, 2016). Curiosamente, têm sido publicados dados que confirma que usuários de enhancers da performance aparentam estar mais predispostos ao abuso de outras substâncias, quer sejam legais ou ilegais (Vargo & Petróczi, 2016). E é, portanto, nesta complexa rede dos mais variados atores sociais, nas suas relações, que se inserem os consumos de performance.

5.2. Medicamentos e produtos de performance-enhancing

Debater consumos de performance implica referir os produtos que são, na prática, consumidos. Como desenvolvemos inicialmente, desde a Grécia Antiga que produtos naturais têm sido utilizados não só com propósito curativo, mas também no sentido de desenvolver uma otimização corporal (Pita, 1998, pp. 50-51). Da mesma forma, desde o século passado, o medicamento deixou de ser entendido meramente como um objeto terapêutico, tornando-se também num objeto de consumo (Renovato, 2008).

Dada a disseminação de produtos naturais e farmacológicos na sociedade atual, também o consumo destes produtos com finalidades de enhancement, de melhoria da performance e bem-estar faz parte da realidade atual. É deste modo que termos como *lifestyledrugs* ou *smartdrugs* estão presentes no nosso quotidiano (Lopes & Rodrigues, 2015). Neste caso, ambos os termos são atualmente empregues para designar medicamentos que visam a gestão ou melhoria do desempenho da performance, em que o segundo, *smartdrugs*, se refere particularmente à performance neuro-cognitiva (Lopes & Rodrigues, 2015).

Não obstante, o consumo de produtos naturais tem lugar de destaque no processo de terapêutica, estando este tipo de produtos sujeitos a um crescente consumo (Lopes & Rodrigues, 2015). Simultaneamente, a fronteira entre o natural e o farmacológico – este último com uma conotação de sintético ou produzido quimicamente sob condições controladas – encontra-se sujeita a uma erosão social que se traduz, por exemplo, na concorrência entre a indústria farmacêutica e a indústria alimentar na produção de variados suplementos alimentares (Lopes & Rodrigues, 2015).

O consumo do natural demonstra especial relevância quando a finalidade está associada à performance físico-corporal, parecendo haver, pelo contrário, uma prevalência do fármaco sintético em consumos de finalidades neuro-cognitivas (Lopes & Rodrigues, 2015). Neste tipo de consumos não figuram apenas consumos orais. Por exemplo, num estudo realizado numa amostra de moçambicanos, foi reportado o uso de Aloe vera, externamente, com o propósito de alcançar uma tez mais clara (Rodrigues et al., 2019). Verificamos aqui, mais uma vez, que a componente estética, determinada por normais culturais, está também presente.

Assim, torna-se importante afirmar que destacaremos aqui não só o consumo de medicamentos, produzidos por síntese química e destinados amplamente a fins terapêuticos, mas também outros produtos, naturais ou não, que não integrem a definição de medicamento, de medicamento à base de plantas ou de medicamento tradicional à base de plantas, conforme o Estatuto do Medicamento (DL no 176/2006 de 30 de Agosto, 2006).

Em termos concretos, e ao nos debruçarmos sobre a literatura, verifica-se, por exemplo, um aumento gradual do uso off-label² de metilfenidato, mais comumente conhecido por Ritalina, em estudantes universitários (Rodrigues et al., 2019). O metilfenidato é uma piperidina, com estrutura semelhante à anfetamina, sendo geralmente indicada em casos de hiperatividade ou défice de atenção em crianças, uma vez que inibe a recaptção de dopamina ou noradrenalina e, consequentemente, aumenta a concentração cerebral destes neurotransmissores (Nicholson et al., 2015).

No entanto, são conhecidos medicamentos de várias classes farmacológicas amplamente utilizados na gestão da performance cognitiva ou intelectual, tais como ansiolíticos, dos quais se destacam as benzodiazepinas, particularmente o alprazolam, beta bloqueadores e antidepressivos (Singh & Kelleher, 2010). Mas na verdade, são os enhancers de memória que têm tido principal destaque no que toca à performance académica dos jovens.

Neste sentido, além do já mencionado metilfenidato, também compostos com dexanfetamina mostravam ser, até ao ano de 2010 e pelo menos nos Estados Unidos da América, os principais fármacos utilizados como enhancers neuro-cognitivos, (Singh & Kelleher, 2010). A dexanfetamina é indicada terapêuticamente em casos de hiperatividade ou narcolepsia (Nicholson et al., 2015).

Naquele país americano, um estudo demonstrou que cerca de 5,7% dos estudantes universitários consumia este tipo de medicamentos sem prescrição médica, enquanto num outro estudo, realizado numa universidade do sudeste dos Estados Unidos, se reportou que 34% dos estudantes consumia algum tipo de estimulante (Singh & Kelleher, 2010).

O consumo de analgésicos ou medicamentos com propriedades anti-inflamatórias, dos quais é exemplo o ibuprofeno, são também formas encontradas de gerir a energia física ou o humor (Rodrigues et al., 2019). Assim, estamos perante o uso deste tipo de fármacos tendo em vista o enhancement físico.

Podemos mesmo afirmar que existe uma subcultura de consumo associada à frequência de ginásios. Para isso basta observar a descrição que a literatura nos traz sobre diversos produtos sintéticos consumidos no âmbito da performance corporal nestes espaços, nomeadamente de

² Uso off-label – diz respeito à utilização de um medicamento fora das condições para que o mesmo se encontra terapêuticamente indicado (Infarmed, 2010).

esteróides anabolizantes (Rodrigues et al., 2019). Medicamentos para emagrecer ou combater a celulite são também utilizados, particularmente por jovens adultos (Pegado, 2016).

Não é também de descuidar o consumo de medicamentos como enhancers sexuais – configura como exemplo o sildenafil, indicado na promoção da função erétil (Goldstein et al., 2002) – tendo em vista o aumento da confiança e do prazer sexual masculino (Rodrigues et al., 2019).

No que toca a produtos naturais, sabe-se que o seu uso serve, não poucas vezes, como meio de manutenção do uso de medicamentos químicos (Lopes & Rodrigues, 2015). Além disso, é notável que o consumo de chá e/ou infusões está amplamente disseminado (Lopes et al., 2012), bem como o consumo de valeriana (Lopes & Rodrigues, 2015), quer em contextos de consumos terapêuticos ou consumos de performance. Por exemplo, a infusão de camomila exemplifica a utilização de um produto natural não só como terapia para problemas gastrointestinais (Anheyer et al., 2017), mas também como auxiliar performativo, dadas as suas características ansiolíticas e antidepressivas (Miraj & Alesaeidi, 2016).

Por outro lado, o uso de produtos naturais não tem apenas lugar na melhoria da performance neuro-cognitiva podendo estender-se à performance corporal e sexual. Conhecemos o uso de produtos, como o limão ou folhas de chá, por mulheres moçambicanas para o alongamento dos lábios vaginais (Rodrigues et al., 2019), uma característica importante em determinadas culturas africanas referentes à estética corporal e à sexualidade (Bagnol & Mariano, 2009).

Por sua vez, os suplementos alimentares são consumidos com múltiplos propósitos, mas é de destacar a sua associação com culturas de musculação, nomeadamente em ginásios. Neste tipo de produtos incluem-se barras proteicas ou creatinina (Rodrigues et al., 2019).

As bebidas energéticas aparentam ter um papel importante quando se trata de gerir a performance (Lopes & Rodrigues, 2015), especialmente em contextos recreacionais, onde se inclui o desempenho atlético (Rodrigues et al., 2019). No campo da performance sexual, o consumo de bebidas energéticas parece também ter especial relevância, tendo destaque, por exemplo, na população masculina moçambicana (Rodrigues et al., 2019).

Pontuámos assim apenas alguns exemplos descritos na literatura, da área das ciências farmacêuticas ou da sociologia, mas é perceptível a vasta diversidade de produtos que podem estar sujeitos a consumos de performance. Ao analisarmos alguns deles, verificamos que um mesmo produto, ou tipo de produto, pode estar associado tanto à performance intelectual como à performance física, implicando uma multifuncionalidade da substância em questão. Este aspeto relaciona-se não só com as motivações que levam ao consumo, mas também com a perceção de risco do consumidor.

5.2.1 A perceção de risco nos consumos de performance

A percepção do risco associado a um consumo depende largamente da substância consumida (Rodrigues et al., 2019) e, de uma maneira geral, é ao consumo de produtos naturais é lhe atribuído um menor risco quando comparado com o consumo de fármacos sintéticos (Lopes & Rodrigues, 2015).

No entanto, segundo literatura internacional, no que toca às opções de consumo, principalmente na população juvenil, nem sempre o risco é um critério prioritário (Lopes & Rodrigues, 2015). Ainda que exista uma importante preocupação com o mesmo a condenação, reprovação ou não-legitimação dos consumos de performance, parece associar-se à atribuição do risco para os mesmos consumos (Raposo, 2016; Pegado, 2016).

É de conhecimento geral que o consumo de qualquer substância acarreta sempre riscos, mesmo que este seja mínimo. No entanto, Raposo (2016) ao estudar o posicionamento dos jovens face ao risco dos consumos de performance expôs que 88,1 % da sua amostra juvenil concorda que só deve existir consumo se houver certezas de que não há riscos associados (Raposo, 2016).

Ora, deste posicionamento face ao risco podemos inferir duas situações: 88,1 % da amostra de jovens não consumiria qualquer produto para melhorar o seu desempenho, uma vez que consumir qualquer produto tem sempre um risco associado – o que na verdade não se traduz na prática, pois segundo Lopes & Rodrigues (2015), nessa amostra existem percentagens superiores a 11,9% de jovens que afirmam já ter consumido algum tipo de produto de performance.

A segunda situação, e talvez mais provável, é que os jovens, e obviamente tomando esta amostra por suposição, não estão familiarizados com a noção de risco. Desta forma, mais importante que o conhecimento do risco efetivo do consumo de um qualquer produto que visa a melhoria da performance, é a percepção do risco que os jovens têm sobre esse mesmo consumo, que aparenta, portanto, ser dissonante com o risco real do mesmo.

Assim, existe certamente nos jovens uma adesão à ideia de que o risco é na verdade algo inteiramente negativo e indesejável (Raposo, 2016). Ademais, dependendo do sexo dos indivíduos, também a atribuição de risco varia consoante os consumos têm finalidades neuro-cognitivas ou físico-corporais (Raposo, 2016). No estudo de Rodrigues et al. (2019) os efeitos adversos derivados do consumo de produtos ou medicamentos de performance foram, curiosamente, percecionados como resultantes da eficácia do produto (Rodrigues et al., 2019).

Porém, sabe-se que o risco do consumo de fármacos estimulantes, principalmente a longo prazo, é incerto, no entanto já se encontram descritos como efeitos adversos, principalmente em jovens, perda de apetite, insónia, irritabilidade acentuada, insónia e psicose (Singh & Kelleher, 2010; Vargo & Petróczi, 2016).

A percepção de risco encontra-se influenciada por questões sociais e culturais, e insere-se nesta cultura de consumos de performance, que está disseminada mundialmente, sendo transversal às várias gerações da sociedade atual, onde se inclui a sociedade portuguesa – dos mais idosos aos mais jovens (Lopes et al., 2017; Lopes & Rodrigues, 2015). Esta camada etária juvenil começou finalmente a ser explorada nos últimos anos, e toma aqui particular interesse.

5.3. Os consumos de performance na cultura juvenil e estudantil – o contexto português

Os jovens são um grupo heterogéneo marcado por diferenças entre indivíduos, incluindo interesses, origens sociais, perspetivas de vida e aspirações (Pegado, 2016). A entrada na juventude, além de marcada pelas alterações fisiológicas, é também definida por uma nova imagem que o indivíduo tem de si, além de que as alterações morfológicas são acompanhadas e condicionadas pelo contexto social do jovem – a entrada na juventude é também ela uma entrada social (Ferreira, 2011).

De uma forma global, este grupo social provem de processos de socialização, com trajetórias de consumo tuteladas pela família – dada a sua limitação financeira, por exemplo – mas que no entanto dispõem de variadas fontes de informação, destacando-se de entre estas a internet (Clamote, 2015).

Porém, por estes meios obtêm-se por vezes substâncias que não respeitam os processos legais. Assim, em Portugal, a obtenção de produtos de performance têm por vezes contornos ilícitos, como reportado pelo INFARMED através de uma nota de imprensa que dava conta da apreensão de produtos falsificados, onde se incluíam alguns produtos e medicamentos já aqui referidos, destinados ao tratamento da disfunção erétil, emagrecimento e esteróides anabolizantes (Infarmed, 2016).

Não obstante, não há dúvida que o consumo de novos produtos na juventude vai de encontro ao já referido experimentalismo nesta idade juvenil (Pegado, 2016) e que de certa forma configura numa prática de excedência do próprio jovem, numa procura e superação de novos limites (Ferreira, 2011).

Segundo a literatura internacional, os consumos de performance têm maior expressão em contextos académicos (Pegado, 2016). Através dessa literatura percebe-se que o estudo de consumos de performance em estudantes tem principal foco na performance neuro-cognitiva (Lopes & Rodrigues, 2015). Também em Portugal começaram a ser realizados estudos em amostras da população estudantil, através dos quais podemos começar a tirar algumas ilações. São de mencionar, devido à sua relevância na análise dos consumos de performance dos jovens,

em Portugal, os estudos de Lopes & Rodrigues (2015), Clamote (2015), Raposo (2016) e Pegado (2016)³.

Supõe-se, por exemplo, que estudantes da área da saúde estão mais familiarizados com os consumos de performance em comparação a estudantes de outras áreas (Pegado, 2016). Lopes & Rodrigues (2015) verificam de facto que, numa amostra de estudantes do ensino superior, existem taxas de consumo superiores em jovens estudantes de saúde e de artes – enquanto nos primeiros existe uma maior expressão de consumos de produtos para a concentração, nos segundos a expressão é maior no que respeita à energia física (Lopes & Rodrigues, 2015).

No estudo realizado por Pegado (2016) sobre uma amostra de jovens de Portugal, com idade compreendidas entre os 18 e os 29 anos, em que 70% frequentava o Ensino Superior e 30% integrava o mercado de trabalho, verificou-se que o desejo de melhorar o desempenho individual tem maior expressão em jovens do sexo feminino (Pegado, 2016). No mesmo estudo, verificou-se igualmente que é no sexo masculino que os jovens apresentam uma maior atitude de indiferença perante a otimização do seu desempenho ou performance (Pegado, 2016).

Curiosamente, conforme Pegado (2016), são os estudantes do ensino superior que apresentam menos satisfação com a sua capacidade cognitiva, relativamente a jovens inseridos no meio laboral. No entanto, na mesma amostra, são os jovens inseridos no mercado laboral que apresentam menor satisfação com a sua condição corporal, comparativamente com os jovens estudantes (Pegado, 2016).

Da mesma forma, verificou-se que os consumos que visam a otimização do desempenho neuro-cognitivo são globalmente superiores, em número, do que aqueles que visam o desempenho físico-corporal (Lopes & Rodrigues, 2015). São também atribuídos, de forma geral, riscos mais elevados aos consumos de performance neuro-cognitiva relativamente aos consumos de performance físico-corporal (Raposo, 2016).

Através do estudo realizado por Pegado (2016), percebemos a existência de uma relação entre as representações do próprio desempenho e as práticas de consumo – aqueles que têm um maior desejo de melhorar o seu desempenho cognitivo ou intelectual, realizam um consumo de produtos com esse fim, enquanto aqueles que se dizem satisfeitos com o seu desempenho a esse nível efetuam consumos numa menor expressão (Pegado, 2016).

Em contrapartida, os jovens trabalhadores que têm maior desejo de melhorar a sua imagem corporal consomem efetivamente mais produtos destinados ao desempenho físico-corporal, em comparação com aqueles que do mesmo grupo dizem estar satisfeitos ou não se preocupar (Pegado, 2016). Verificamos que a atitude de querer melhorar, o desejo pela otimização da

³ Os estudos de Lopes & Rodrigues (2015), Clamote (2015), Raposo (2016) e Pegado (2016) são realizados sobre uma mesma amostra, sendo por isso a sua composição transversal em cada uma destas referências.

performance, levará efetivamente ao consumo de produtos para esse fim. No entanto, a disposição para o consumo, isto é, o não afastamento da possibilidade de vir a consumir, apresenta-se como sendo mais elevada que o consumo efetivo (Lopes & Rodrigues, 2015).

As atitudes de reprovação dos consumos de performance são quase sempre superiores à aprovação destes (Pegado, 2016). Neste mesmo estudo, de Pegado (2016), conclui-se que os consumos considerados mais reprováveis são aqueles que sofreram uma atribuição de risco mais elevada (Pegado, 2016). Assim, neste contexto, verificamos que de certa forma, para os jovens portugueses, a legitimação dos consumos de performance encontra-se dependente do risco que os mesmos lhe atribuem.

Ainda relativamente à legitimação de consumos de performance, no estudo de Pegado (2016), verifica-se, de uma forma geral, uma maior aprovação de produtos destinados à performance neuro-cognitiva por parte de indivíduos do sexo feminino, ao passo que são os produtos destinados à melhoria da performance físico-corporal que recebem maior aprovação por parte de indivíduos do sexo masculino (Pegado, 2016).

Relativamente aos riscos, a mesma amostra foi estudada por Raposo (2016), incidindo, neste caso, especialmente sobre as perceções do risco associado a consumos de performance em jovens portugueses. Sublinhamos que ter experiência ou estar familiarizado com o consumo aparenta ser uma forma suficiente para gerir os riscos associados a este tipo de consumos, por parte destes jovens (Raposo, 2016).

Em relação aos consumos efetivos, percebeu-se que o fármaco sintético mais consumido é o alprazolam, conhecido sob o nome comercial de Xanax, enquanto no que toca a produtos naturais, o mais consumido é valeriana (Lopes & Rodrigues, 2015). Na mesma amostra demonstrou-se que 40% dos jovens consomem bebidas energéticas com fins de melhoria da performance. Deste modo, é inegável que além do consumo de medicamentos ou produtos naturais, também este tipo de produtos tem especial importância em contextos performativos (Lopes & Rodrigues, 2015).

No caso dos jovens portugueses retratados por Pegado (2016), existe uma maior legitimação de consumos de performance se estes forem realizados em circunstâncias específicas, nomeadamente em épocas de exames, com finalidade de melhoria de resultados escolares ou produtividade no trabalho. Por outro lado, alguns jovens referem como contra-argumento a injustiça ou concorrência desleal (Pegado, 2016), aspeto que frisamos num ponto anterior aquando nos referimos à justiça equitativa.

Através dos dados destes importantes trabalhos sociológicos realizados em Portugal, podemos confirmar que muitos jovens portugueses, particularmente os estudantes universitários, aparentam possuir um conhecimento considerável da existência de vários produtos de enhancement, não descartando a possibilidade de realizarem consumos de performance.

A análise detalhada dos diversos aspetos relacionados com os consumos de performance por jovens universitários começa a surgir em Portugal. O desenvolvimento do estudo sobre consumos de performance é imprescindível para uma melhor caracterização e compreensão das atitudes do universo estudantil português perante o medicamento, ou outros produtos de saúde, no seu contexto social.

6. Metodologia

Em termos metodológicos, a presente investigação é de natureza quantitativa, tendo como técnica de recolha de dados o inquérito por questionário. A estrutura do questionário foi estabelecida tendo por base os estudos de Lopes & Rodrigues (2015), Clamote (2015), Raposo (2016) e Pegado (2016), realizados sobre a população jovem portuguesa, na sua generalidade, tendo-se considerado adequada aos objetivos do presente trabalho.

A investigação teve parecer positivo por parte da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior (anexo II). O formulário do questionário conteve o Consentimento Informado e uma nota informativa no qual constava uma breve apresentação do trabalho, o objetivo do estudo, a forma de tratamento dos dados das respostas, bem como o endereço mail do mestrando para o esclarecimento de qualquer dúvida ou situação (anexo III). Ao longo do questionário, também foram deixadas notas de esclarecimento aos respondentes acerca de conceitos que se considerou não serem de uso corrente na população estudantil, bem como termos em inglês.

O questionário foi divulgado através de redes sociais – que se consideraram apropriadas dado o contexto pandémico e a população alvo – bem como através do email do Gabinete de Relações Públicas da UBI. Esteve disponível ao preenchimento do dia 28 de novembro de 2021 ao dia 6 de abril de 2022.

Assim, este inquérito foi aplicado, de forma consentida, livre, confidencial e autoadministrada a uma amostra da população de estudantes da Universidade da Beira Interior, $n = 111$ indivíduos, obtida por quotas não proporcional, para um intervalo de confiança de 90% e com um erro amostral $\leq 7\%$. A amostra é não-probabilística acidental.

Esta amostra compõe-se unicamente por estudantes inscritos e que frequentavam, ao momento da aplicação do questionário, a Universidade da Beira Interior, em qualquer ciclo de estudos.

No questionário, foram incluídas questões com o objetivo de explicitar qual a perceção relativa à própria performance dos estudantes inquiridos, a sua vontade de a melhorar, os seus hábitos e práticas de consumo, as fontes de informação que levam à escolha do produto, assim como as circunstâncias de consumo e o posicionamento face ao risco e segurança do mesmo.

Após a recolha dos dados das respostas, os mesmos foram tratados e trabalhados através do software IBM SPSS – Statistical Package for the Social Sciences.

7. Análise e discussão dos dados

A amostra é constituída por 15,3% de alunos da Faculdade de Artes e Letras, 9,9% da Faculdade de Ciências, 28,8% da Faculdade de Ciências da Saúde, 30,6% da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, e 15,3% da Faculdade de Engenharias. Da totalidade da amostra, 11,7% são trabalhadores-estudantes.

Relativamente ao género dos inquiridos, foi-lhes pedido uma autoidentificação por género masculino, feminino ou outro (a indicar pelo respondente). Dos indivíduos da amostra, 66,7% são do género feminino e 33,3% do masculino. As mulheres constituem, assim, a maioria da amostra.

Tabela 1: Distribuição da amostra por Género

	Frequência	Percentagem
Género Feminino	74	66,7
Masculino	37	33,3
Total	111	100

Por fim, 95,5% da amostra é de nacionalidade portuguesa, 3,6% brasileira e 0,9% angolana. Os inquiridos são, então, maioritariamente estudantes portugueses.

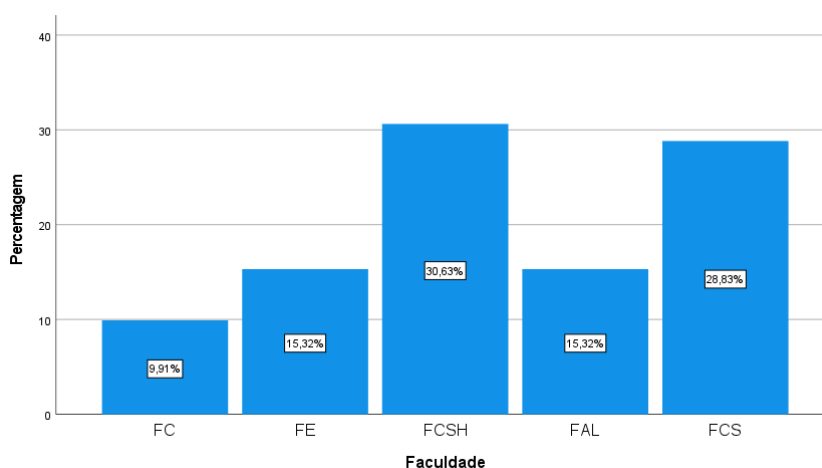


Figura 1: Gráfico representativo da distribuição percentual da amostra pelas faculdades da UBI

Os inquiridos provêm maioritariamente de cursos da Faculdade de Ciências da Saúde e da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (59,4% dos inquiridos conjuntamente). Esta sobre representação destas faculdades pode dever-se tanto ao facto de serem as que têm mais estudantes, como também devido a uma maior proximidade e sensibilidade destes estudantes à participação num estudo cujo objeto de análise tem proximidade tanto com as Ciências Sociais,

como as Ciências da Saúde. Por outro lado, verificamos também uma sobre representação de respondentes do género feminino.

Da análise resulta, também, que 71,2% dos inquiridos frequenta uma Licenciatura ou um Mestrado Integrado, 22,5% frequenta um Mestrado e 6,3% um Doutoramento.

Também se verifica que 11,7% dos inquiridos são trabalhadores-estudantes.

7.1. Prática de desporto e outras atividades extracurriculares

A larga maioria dos inquiridos (69,4%) não praticava desporto ou frequentava algum ginásio aquando da realização do questionário. Verifica-se, desde já, a existência do sedentarismo nos inquiridos.

Dos 30,6% que praticavam desporto ou frequentavam um ginásio, a maioria são homens (55,9%), sendo que apenas 44,1% são mulheres.

Tabela 2-3: Distribuição amostral da prática atual de desporto, na globalidade e por género

		Frequência	Percentagem
Prática desporto atualmente	Sim	34	30,6
	Não	77	69,4
	Total	111	100

		Prática desporto atualmente					
		Sim		Não		Total	
		N	%	N	%	N	%
Género	Feminino	19	55,9	55	71,4	74	66,7
	Masculino	15	44,1	22	28,6	37	33,3
Total		34	100	77	100	111	100

Através do inquérito por questionário, percebe-se que dos estudantes inquiridos que praticavam desporto à altura do inquérito, 47,1%, quase metade, praticava apenas uma a duas vezes por semana.

Curiosamente, a esmagadora maioria dos inquiridos (85,6%) não praticava qualquer atividade extracurricular não desportiva.

Ou seja, a grande maioria dos inquiridos não está envolvido em atividades desportivas ou em atividades extracurriculares, pelo que a sua vivência dentro da UBI está, sobretudo, associada à frequência dos respetivos cursos.

Tabela 4: Distribuição da amostra pela prática de uma atividade extracurricular não-desportiva

		Frequência	Porcentagem
Pratica outra atividade não-desportiva	Sim	16	14,4
	Não	95	85,6
	Total	111	100

Por outro lado, é interessante perceber que metade dos inquiridos que pratica alguma atividade desportiva, pratica também alguma atividade extracurricular.

Tabela 5: Distribuição cruzada da amostra entre praticantes de desporto e praticantes de uma outra atividade extracurricular

		Pratica uma atividade extracurricular atualmente				Total	
		Sim		Não			
		N	%	N	%	N	%
Pratica desporto atualmente	Sim	8	50,0	26	27,4	34	30,6
	Não	8	50,0	69	72,6	77	69,4
Total		16	100	95	100	111	100

Tal como acontece com os inquiridos que praticam desporto, também os que desenvolvem pelo menos uma atividade não desportiva, fazem-no, na sua maioria, apenas uma a duas vezes por semana, como se verifica pela figura 2.

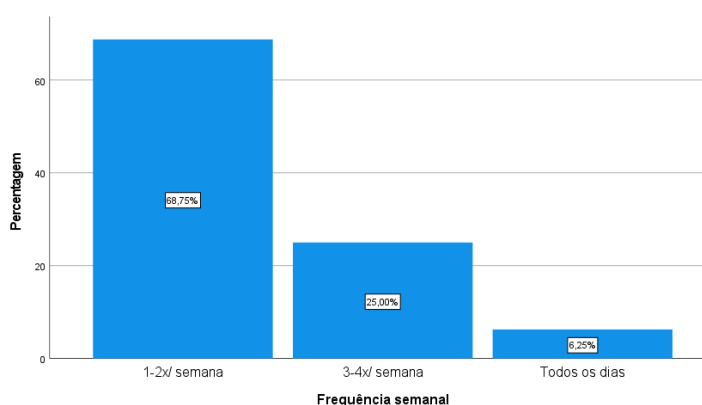


Figura 2: Representação gráfica da distribuição percentual semanal da prática de atividades extracurriculares não desportivas.

7.2. Satisfação com a performance pessoal

No que concerne à performance neuro-cognitiva e intelectual – PNCI – 4,5% dos estudantes inquiridos diz-se insatisfeito, 18,0% pouco satisfeito, 63,1% satisfeito e 14,4% muito satisfeito. Assim, a satisfação pessoal com a performance neuro-cognitiva e intelectual é, na generalidade, positiva.

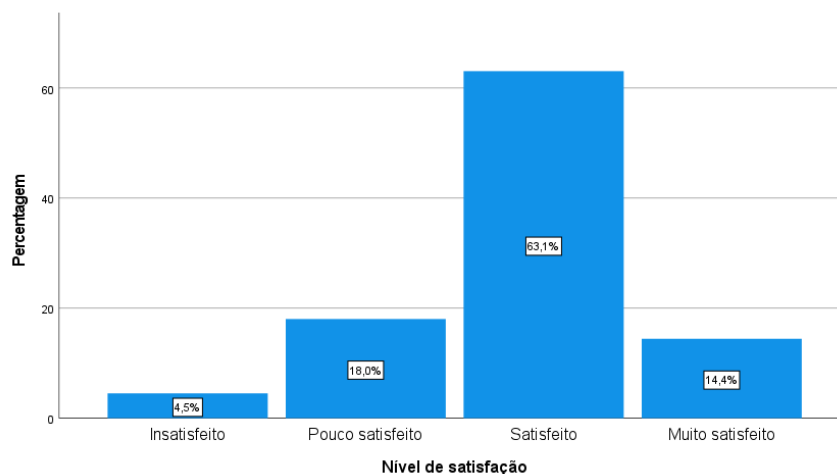


Figura 3: Representação gráfica da distribuição percentual com a satisfação da performance neuro-cognitiva e intelectual.

Tabela 6: Tabela de cruzamento entre a satisfação atual com a performance neuro-cognitiva e intelectual e o género dos inquiridos.

		Género				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
Satisfação atual c/ a PNCI	Insatisfeito	3	4,1	2	5,4	5	4,5
	Pouco satisfeito	16	21,6	4	10,8	20	18,0
	Satisfeito	47	63,5	23	62,2	70	63,1
	Muito satisfeito	8	10,8	8	21,6	16	14,4
Total		74	100	37	100	111	100

No entanto, a satisfação com a performance neuro-cognitiva e intelectual é, na globalidade, superior nos homens, comparativamente com a das mulheres. Propomos aqui que a pressão a que as mulheres estão submetidas se reflete na sua satisfação, e apreciação, do próprio desempenho neuro-cognitivo.

Tabela 7: Médias de respostas da satisfação com a PNCI em função do género, onde 1 corresponde a "Insatisfeito" e 4 a "Muito satisfeito".

Género	Média	N	Desvio Padrão
Feminino	2,8	74	0,676
Masculino	3,0	37	0,745
Total	2,9	111	0,702

Por outro lado, ao olharmos para a relação dessa satisfação com os inquiridos das diferentes faculdades, verificamos que a satisfação com a performance neuro-cognitiva e intelectual é maior nos inquiridos que estudam na Faculdade de Engenharia e inferior nos inquiridos que estudam na Faculdade de Ciências da Saúde.

Isto poderá levar à ponderação dos diferentes tipos de exigências e expectativas em relação aos estudantes de diferentes faculdades. Leva-nos a considerar que o fator faculdade em que se estuda, enquanto fator social, é importante para a autoapreciação dos estudantes, relativamente à própria performance neuro-cognitiva e estudante.

Tabela 8: Cruzamento entre a satisfação com a PNCI e a faculdade dos respetivos inquiridos.

		Faculdade											
		FC		FE		FCSH		FAL		FCS		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Satisfação atual com a performance e NCI	Insatisfeito	0	0,0	0	0,0	1	2,9	1	5,9	3	9,4	5	4,5
	Pouco satisfeito	3	27,3	2	11,8	8	23,5	1	5,9	6	18,8	20	18,0
	Satisfeito	7	63,6	8	47,1	20	58,8	14	82,4	21	65,6	70	63,1
	Muito satisfeito	1	9,1	7	41,2	5	14,7	1	5,9	2	6,3	16	14,4
Total		11	100	17	100	34	100	17	100	32	100	111	100,0

Tabela 9: Média da satisfação com a PNCI consoante os estudantes das diferentes faculdades, em que 1 representa " Insatisfeito" e 4 "Muito satisfeito".

Faculdade	Média	N	Desvio Padrão
FC	2,82	11	,603
FE	3,29	17	,686
FCSH	2,85	34	,702
FAL	2,88	17	,600
FCS	2,69	32	,738
Total	2,87	111	,702

No que diz respeito à performance relacional – PR – 5,4% dos estudantes inquiridos diz-se insatisfeito, 11,7% pouco satisfeito, 56,8% satisfeito e 26,1% muito satisfeito (Figura 4). Assim, a satisfação pessoal com a performance relacional é largamente positiva. Também neste caso, são os homens os mais satisfeitos, no que toca à performance relacional (Tabela 10).

Contrariamente ao que se verifica na satisfação com a performance NC, na performance relacional, são os inquiridos da Faculdade de Engenharia os menos satisfeitos com a sua performance relacional. Os inquiridos da FCSH são, neste caso, os mais satisfeitos (Tabela 11).

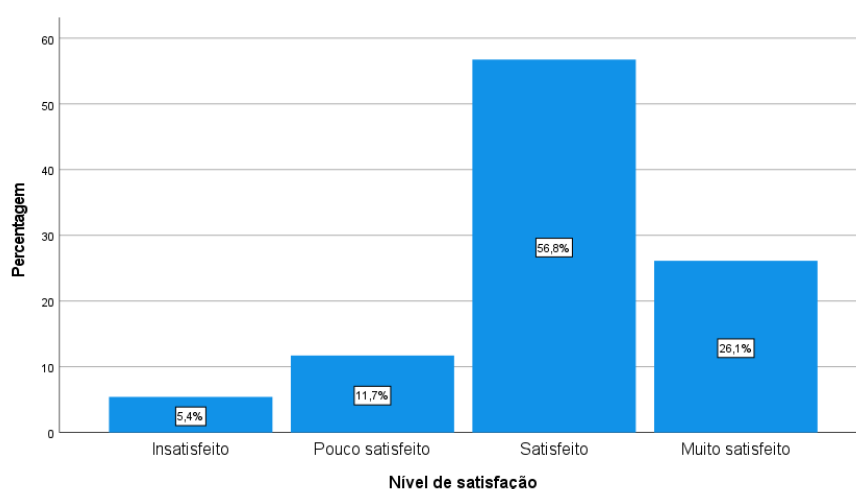


Figura 4: Representação gráfica da percentagem de satisfação dos estudantes inquiridos com a performance relacional.

Tabela 10: Satisfação dos estudantes com a performance relacional consoante o seu género.

Satisfação atual c/ a PR		Género				Total	
		Feminino		Masculino		N	%
		N	%	N	%		
	Insatisfeito	5	6,8	1	2,7	6	5,4
	Pouco satisfeito	8	10,8	5	13,5	13	11,7
	Satisfeito	45	60,8	18	48,6	63	56,8
	Muito satisfeito	16	21,6	13	35,1	29	26,1
	Total	74	100	37	100	111	100

Tabela 11: Médias da satisfação com a PR mediante a faculdade em que estudam os inquiridos, em que 1 representa “Insatisfeito” e 4 “Muito satisfeito”.

Faculdade	Média	N	Desvio Padrão
FC	3,00	11	,447
FE	2,88	17	,857
FCSH	3,09	34	,793
FAL	3,12	17	,781
FCS	3,03	32	,822
Total	3,04	111	,774

A maioria dos inquiridos encontra-se satisfeito com a sua performance física – PF – (45%). No entanto, é relevante sublinhar que estes são seguidos bem de perto pelos estudantes que se sentem pouco satisfeitos (43,2%), e que o valor dos estudantes muito insatisfeitos com a sua performance física (9%) é muito superior aos que se sentem muito satisfeitos (2,7%) (Figura 5).

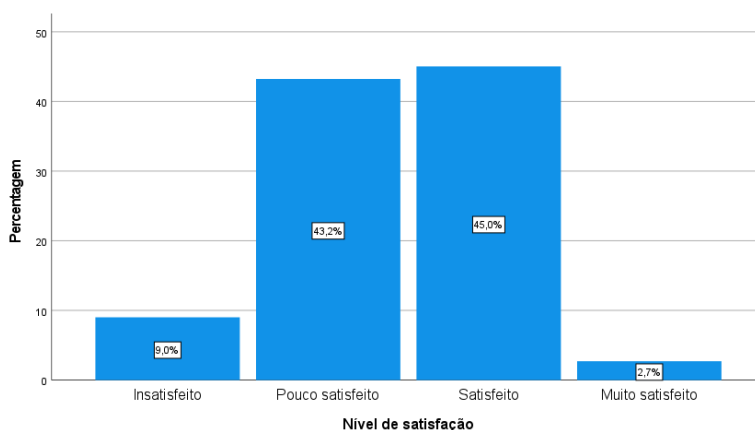


Figura 5: Representação gráfica da percentagem da satisfação dos inquiridos com a sua performance física.

Tabela 12: Satisfação com a performance física mediante o género dos estudantes inquiridos.

		Género				Total	
		Feminino		Masculino		N	%
		N	%	N	%		
Satisfação atual com a PF	Insatisfeito	9	12,2	1	2,7	10	9,0
	Pouco satisfeito	36	48,6	12	32,4	48	43,2
	Satisfeito	27	36,5	23	62,2	50	45,0
	Muito satisfeito	2	2,7	1	2,7	3	2,7
Total		74	100	37	100	111	100

Mais uma vez, é nos homens que encontramos a maior satisfação com a performance física (Tabela 12). Por conseguinte, são os inquiridos da Faculdade de Ciências os mais satisfeitos com a sua performance física, sendo, mais uma vez, no que toca à falta de satisfação, os inquiridos da Faculdade de Ciências da Saúde os menos satisfeitos com a sua performance física (Tabela 13).

Tabela 13: Médias da satisfação com a PF segundos os inquiridos das várias faculdades, em que 1 representa "Insatisfeito" e 4 "Muito satisfeito".

Faculdade	Média	N	Desvio Padrão
FC	2,73	11	,905
FE	2,59	17	,507
FCSH	2,41	34	,609
FAL	2,35	17	,862
FCS	2,25	32	,672
Total	2,41	111	,694

Acresce que os inquiridos que praticam alguma atividade desportiva encontram-se mais satisfeitos com a sua performance física, em comparação com aqueles que não praticam qualquer atividade desportiva ou não frequentam um ginásio (Tabela 14).

Tabela 14: Comparação de médias entre os estudantes praticantes e não praticantes de desporto e a média de satisfação com a sua PF, em que 1 representa "Insatisfeito" e 4 "Muito satisfeito".

Pratica desporto atualmente	Média	N	Desvio Padrão
Sim	2,62	34	,652
Não	2,32	77	,697
Total	2,41	111	,694

No que concerne à satisfação com a performance sexual, verificamos que, na globalidade, as respostas são satisfatórias. 6,3% dos inquiridos estão insatisfeitos com a sua performance sexual, 14,4% pouco satisfeitos, 60,4% satisfeitos e 18,9% muito satisfeitos (Figura 8).

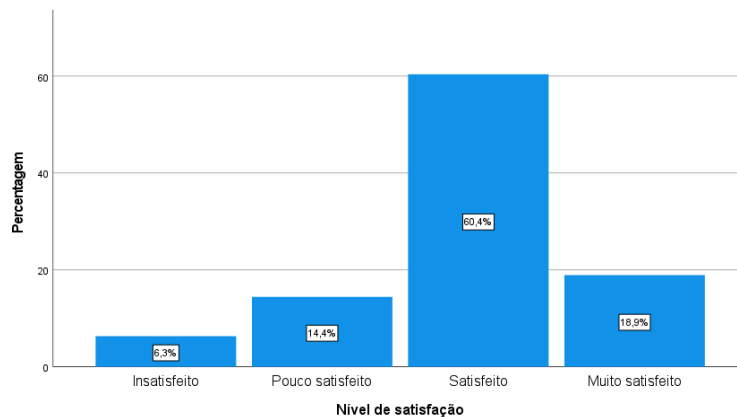


Figura 6: Representação gráfica em percentagem da satisfação atual dos estudantes inquiridos com a sua performance sexual.

Tabela 15: Satisfação com a performance sexual de acordo com o género dos inquiridos.

		Género				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%		
Satisfação atual com a PS	Insatisfeito	4	5,4	3	8,1	7	6,3
	Pouco satisfeito	11	14,9	5	13,5	16	14,4
	Satisfeito	50	67,6	17	45,9	67	60,4
	Muito satisfeito	9	12,2	12	32,4	21	18,9
Total		74	100	37	100	111	100

Tabela 16: Média de satisfação com a performance sexual dos inquiridos mediante o seu sexo, em que 1 representa "Insatisfeito" e 4 "Muito satisfeito".

Género	Média	N	Desvio Padrão
Feminino	2,86	74	,689
Masculino	3,03	37	,897
Total	2,92	111	,764

Verificamos que, de entre os inquiridos, são claramente os estudantes do género masculino os mais satisfeitos com a sua performance sexual (Tabela 15-16).

Mais uma vez, encontramos nos estudantes da Faculdade de Engenharia uma maior satisfação, neste caso, com a performance sexual. E também, de novo, são os inquiridos da FCS os menos satisfeitos (Tabela 17).

Tabela 17: Média de satisfação com a performance sexual dos inquiridos mediante a faculdade em que estudam, em que 1 representa “Insatisfeito” e 4 “Muito satisfeito”.

Faculdade	Média	N	Desvio Padrão
FC	3,09	11	,539
FE	3,12	17	,600
FCSH	2,91	34	,965
FAL	3,18	17	,393
FCS	2,63	32	,751
Total	2,92	111	,764

Por fim, verificamos os dados relativos à satisfação dos estudantes da UBI inquiridos em relação à sua perceção com a imagem corporal.

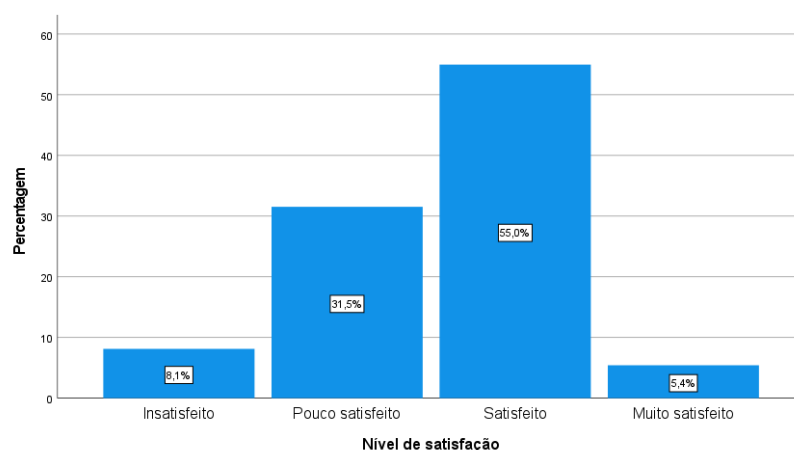


Figura 7: Representação gráfica relativa à satisfação com a imagem pessoal dos estudantes inquiridos.

Na autoapreciação da sua imagem corporal, 8,1% diz-se insatisfeito, 31,5% pouco satisfeito, 55,0% satisfeito e apenas 5,4% muito satisfeito.

Tabela 18: Satisfação com a imagem corporal de acordo com o género dos inquiridos.

		Género				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%		
Satisfação atual com a IC	Insatisfeito	6	8,1	3	8,1	9	8,1
	Pouco satisfeito	27	36,5	8	21,6	35	31,5
	Satisfeito	37	50,0	24	64,9	61	55,0
	Muito satisfeito	4	5,4	2	5,4	6	5,4
Total		74	100	37	100	111	100

Tabela 19: Média de satisfação com a imagem corporal dos inquiridos pelo seu género, em que 1 representa "Insatisfeito" e 4 "Muito satisfeito".

Género	Média	N	Desvio Padrão
Feminino	2,53	74	,726
Masculino	2,68	37	,709
Total	2,58	111	,720

Observamos que os inquiridos do género masculino estão mais satisfeitos com a sua imagem corporal que os do género feminino, ainda que ambos estejam claramente satisfeitos com a sua imagem corporal (Tabela 18-19).

Tabela 20: Média de satisfação com a imagem corporal dos inquiridos distribuídas pelas diferentes faculdades, em que 1 representa "Insatisfeito" e 4 "Muito satisfeito".

Faculdade	Média	N	Desvio Padrão
FC	2,73	11	,905
FE	2,53	17	,624
FCSH	2,59	34	,743
FAL	2,65	17	,862
FCS	2,50	32	,622
Total	2,58	111	,720

Os inquiridos da Faculdade de Ciências são os mais satisfeitos com a sua imagem corporal. Novamente, é na FCS que se verifica o maior nível de insatisfação (Tabela 20).

Verificamos, perante os resultados, que a maior satisfação, quer entre os homens, quer entre as mulheres, é sentida relativamente performance relacional. Do mesmo modo, a maior insatisfação é transversal entre homens e entre mulheres, mas neste caso, em relação à performance física. É curioso que a prática de desporto – largamente mais disseminada entre homens, em comparação às mulheres – parece não se refletir de forma vincada na satisfação

com a performance física dos homens. Sustenta também esta afirmação, o facto de que a insatisfação com a imagem corporal se segue, de forma muito próxima, à da insatisfação com a performance física – em ambos géneros.

Ao nos debruçarmos sobre as faculdades, verificamos que a maior insatisfação é transversal em todas elas, e é relativa à performance física, seguida, de muito perto, pela imagem corporal.

No entanto, no que toca à maior satisfação, o panorama muda. Os estudantes da FE são, de entre todos, os mais satisfeitos com a performance neuro-cognitiva e intelectual – sendo esta a maior satisfação dentro da UBI. Os da FCS e FCSH são os mais satisfeitos com a performance relacional e os da FC e FAL os mais satisfeitos com a performance sexual. O maior nível de insatisfação na UBI encontra-se nos estudantes da FCS, em relação à performance física.

7.3. Vontade de melhorar a performance pessoal e a imagem corporal

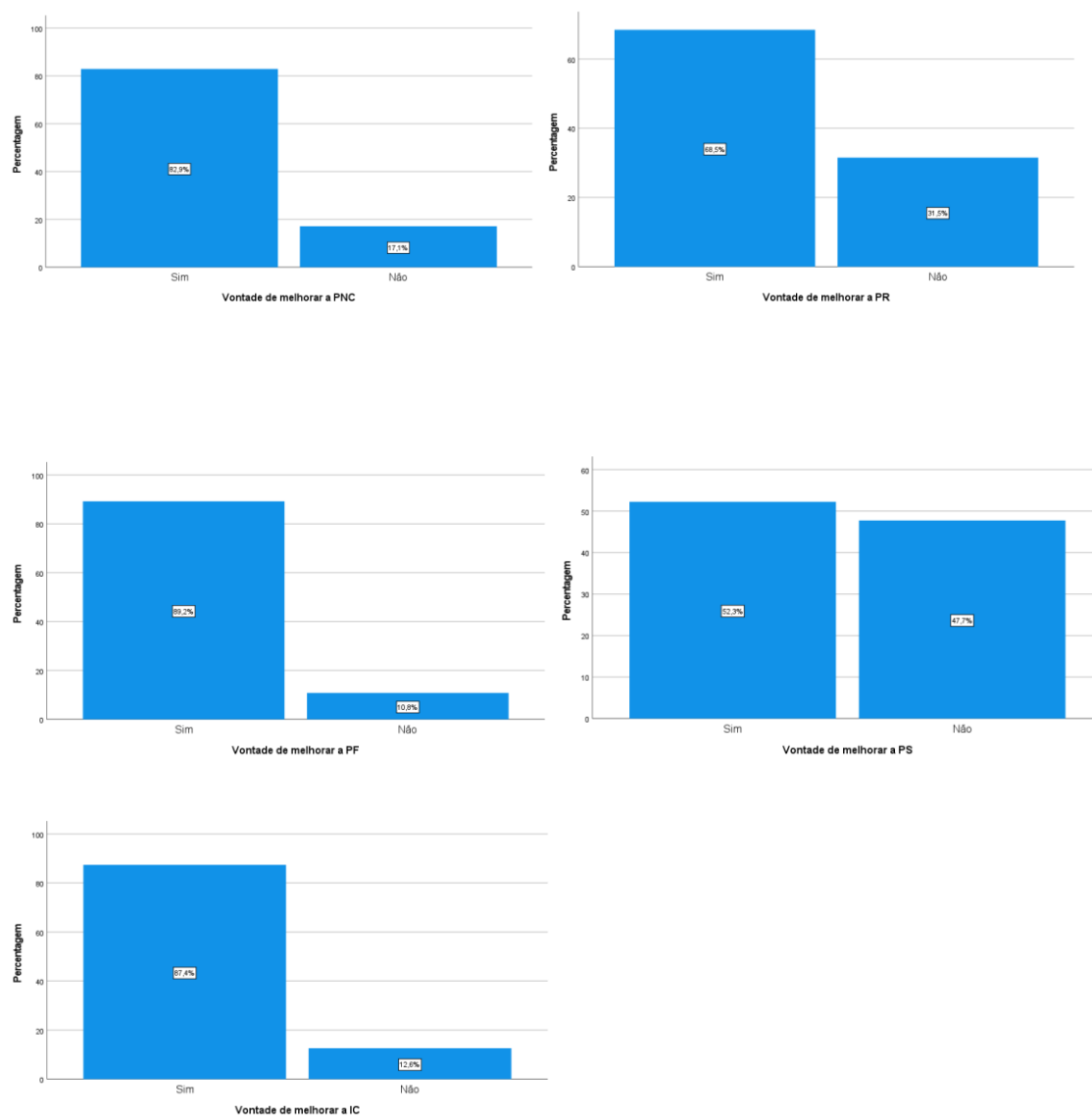


Figura 8: Representações gráficas relativas à vontade de melhorar a PNCI, PR, PF, PS e IC dos estudantes inquiridos.

Os inquiridos expressam, em geral, vontade de melhorar a sua performance global e a sua imagem corporal. No caso da performance sexual, ainda que os inquiridos apresentem maioritariamente vontade de a melhorar, não existe uma discrepância tão grande relativamente àqueles que não a pretendem melhorar, como acontece nos outros tipos de performance.

Tabela 21: Média da vontade de melhorar as diferentes performances e a imagem corporal dos inquiridos distribuídas pelo género, em que 1 representa "Sim" e 2 "Não".

Género		PNCI	PR	PF	PS	IC
Feminino	Média	1,12	1,28	1,07	1,43	1,11
	N	74	74	74	74	74
Masculino	Média	1,27	1,38	1,19	1,57	1,16
	N	37	37	37	37	37
Total	Média	1,17	1,32	1,11	1,48	1,13
	N	111	111	111	111	111

Vimos anteriormente que os inquiridos do género masculino estão, na generalidade, mais satisfeitos com a sua performance e a sua imagem corporal. Daí que não seja surpreendente que sejam as mulheres – as mais insatisfeitas – a expressar uma maior vontade de melhorar a sua performance e a sua imagem corporal. Tal como Pegado (2016), afirmamos que existe uma maior indiferença à otimização da performance nos homens, ao verificarmos que para cada um dos tipos de performance, a vontade de melhorar é sempre inferior nos homens, em relação às mulheres.

Em termos de vontade de melhorar a performance, observa-se nos homens uma maior vontade de melhorar a performance física e a imagem corporal, comparativamente a outros tipos de performance. O mesmo se observa relativamente às mulheres, mas acresce-se igualmente a melhoria da performance neuro-cognitiva e intelectual.

Tabela 22: Média da vontade de melhorar as diferentes performances e a imagem corporal dos inquiridos distribuídas pelas faculdades em que os estudantes se inserem, em que 1 representa "Sim" e 2 "Não".

Faculdade		PNCI	PR	PF	PS	IC
FC	Média	1,18	1,36	1,18	1,82	1,18
	N	11	11	11	11	11
FE	Média	1,18	1,18	1,18	1,53	1,18
	N	17	17	17	17	17
FCSH	Média	1,21	1,38	1,06	1,38	1,09
	N	34	34	34	34	34
FAL	Média	1,18	1,24	1,12	1,53	1,18
	N	17	17	17	17	17
FCS	Média	1,13	1,34	1,09	1,41	1,09
	N	32	32	32	32	32
Total	Média	1,17	1,32	1,11	1,48	1,13
	N	111	111	111	111	111

Numa primeira análise, percebemos os seguintes pontos:

- A vontade de melhorar a performance NCI é maior em inquiridos da FCS e menor nos da FCSH.
- A vontade de melhorar a performance relacional é maior em inquiridos da FE e menor nos da FCSH.
- A vontade de melhorar a performance física é maior em inquiridos da FCSH e menor nos da FE e FC.
- A vontade de melhorar a performance sexual é maior em inquiridos da FCSH e menor nos da FC.
- A vontade de melhorar a imagem corporal é maior em inquiridos da FCS e da FCSH e menor nos da FC, FE e FAL.

Isto poderá levar-nos, desde já, a questionar se os consumos de performance realizados provêm efetivamente daqueles que manifestam a sua vontade em melhorar.

7.4. Práticas de consumo

Dos resultados obtidos, verifica-se que dos estudantes inquiridos, 41,4% já realizaram algum tipo de consumo para melhorar a sua performance, desde que começaram a estudar na UBI (Figura 15). Destes, 43,2% são mulheres e 37,8% são homens (Tabela 23).

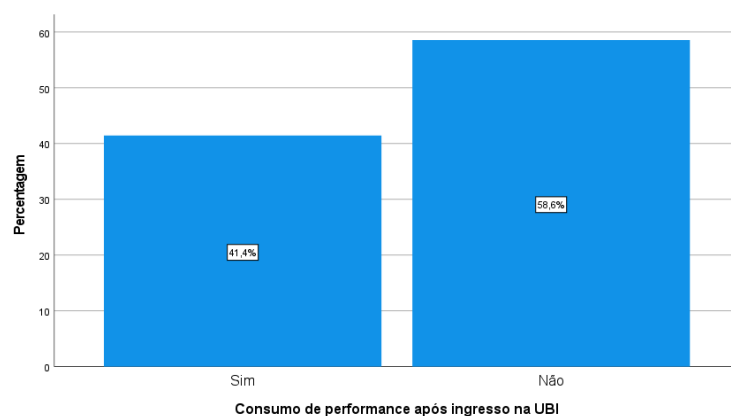


Figura 9: Representação gráfica da efetividade de consumos de performance dos estudantes após o seu ingresso na UBI.

Tabela 23: Distribuição da efetividade de consumos de performance após ingresso na UBI pelo género dos estudantes inquiridos.

		Género				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%		
Consumo após ingresso na UBI	Sim	32	43,2	14	37,8	46	41,4
	Não	42	56,8	23	62,2	65	58,6
Total		74	100	37	100	111	100

Tais consumos foram praticados maioritariamente por estudantes da FCS, seguidos por estudantes da FCSH, FC, FE. São os estudantes da FAL os que menos consumiram algum tipo de medicamento ou produto de performance após ingressar na UBI (Tabela 24). Assim, confirmamos que há maior incidência de consumos em estudantes da área de saúde. Estes dados reproduzem, a nível da UBI, os resultados de uma investigação anterior, relativa aos estudantes universitários em Portugal (Lopes & Rodrigues, 2015).

Tabela 24: Média da efetividade de consumos de performances após o ingresso na UBI dos inquiridos distribuídas pelas faculdades em que os estudantes se inserem, em que 1 representa "Sim" e 2 "Não".

Faculdade	Média	N	Desvio Padrão
FC	1,64	11	,505
FE	1,65	17	,493
FCSH	1,56	34	,504
FAL	1,76	17	,437
FCS	1,47	32	,507
Total	1,59	111	,495

Após esta análise geral, veremos como estes consumos se distribuem pelas principais categorias: consumos para a performance neuro-cognitiva e intelectual, performance relacional, performance física, performance sexual e imagem corporal.

Dos estudantes que consumiram algum tipo de medicamento ou produto de performance desde que ingressaram na UBI, 87% realizou esse consumo tendo em vista a melhoria da performance neuro-cognitiva e intelectual.

Conclui-se também que, na sua maioria, são as mulheres quem mais consome medicamentos ou produtos de performance neuro-cognitiva e intelectual (Tabela 25). Por outro lado, é na FCS que este tipo de consumo é maior (Tabela 27) – tendo sido também estes os inquiridos que manifestaram maior vontade em melhorar este tipo de performance (Tabela 22).

Tabela 25: Consumos de PNCI distribuída pelo género dos estudantes inquiridos.

		Género				Total	
		Feminino		Masculino		N	%
		N	%	N	%		
Consumos de PNCI	Sim	29	90,6	11	78,6	40	87,0
	Não	3	9,4	3	21,4	6	13,0
Total		32	100	14	100	46	100

Tabela 26: Média da efetividade de consumos de PNCI dos inquiridos mediante o seu género, em que 1 representa "Sim" e 2 representa "Não".

Género	Média	N	Desvio Padrão
Feminino	1,09	32	,296
Masculino	1,21	14	,426
Total	1,13	46	,341

Tabela 27: Média da efetividade de consumos de PNCI dos inquiridos mediante a faculdade em que se inserem, em que 1 representa “Sim” e 2 representa “Não”.

Faculdade	Média	N	Desvio Padrão
FC	1,25	4	,500
FE	1,00	6	,000
FCSH	1,27	15	,458
FAL	1,25	4	,500
FCS	1,00	17	,000
Total	1,13	46	,341

Acresce que o consumo nos homens é mais direcionado, quase de forma exclusiva, para produtos sintéticos, em comparação com os produtos naturais (Tabela 28). Verifica-se que é também na FE onde o consumo de fármacos sintéticos é maior, comparando com medicamentos à base de plantas ou produtos naturais (Tabela 29).

Tabela 28: Média dos produtos utilizados para consumos de PNCI dos inquiridos consoante o género, em que 1 representa “Sim” e 2 representa “Não”.

Género		Medicamentos sintéticos	Medicamentos à base de plantas	Produtos naturais
Feminino	Média	1,75	1,62	1,75
	N	28	29	28
	Desvio Padrão	,441	,494	,441
Masculino	Média	1,27	2,00	1,91
	N	11	11	11
	Desvio Padrão	,467	,000	,302
Total	Média	1,62	1,73	1,79
	N	39	40	39
	Desvio Padrão	,493	,452	,409

Tabela 29: Média dos produtos utilizados para consumos de PNCI dos inquiridos consoante a faculdade que frequentam, em que 1 representa “Sim” e 2 representa “Não”.

Faculdade		Medicamentos sintéticos	Medicamentos à base de plantas	Produtos naturais
FC	Média	2,00	1,33	2,00
	N	3	3	3
	Desvio Padrão	,000	,577	,000
FE	Média	1,17	1,83	1,67
	N	6	6	6
	Desvio Padrão	,408	,408	,516
FCSH	Média	1,55	1,82	1,82
	N	11	11	11
	Desvio Padrão	,522	,405	,405
FAL	Média	1,33	2,00	1,67
	N	3	3	3
	Desvio Padrão	,577	,000	,577
FCS	Média	1,81	1,65	1,81
	N	16	17	16
	Desvio Padrão	,403	,493	,403
Total	Média	1,62	1,73	1,79
	N	39	40	39
	Desvio Padrão	,493	,452	,409

Por fim, neste aspeto, na sua maioria – 97,5% –, os inquiridos que alguma vez sentiram vontade de consumir, acabaram por consumir, de facto, medicamentos ou produtos de performance neuro-cognitiva após ingressarem na UBI (Tabela 30).

Tabela 30: Cruzamento das respostas dos estudantes que mostraram ou não vontade de melhorar a sua PNCI com a efetividade desses mesmos consumos.

		Consumos de PNCI na UBI				Total	
		Sim		Não		N	%
		N	%	N	%		
Vontade de melhorar a PNCI	Sim	39	97,5	3	50,0	42	91,3
	Não	1	2,5	3	50,0	4	8,7
Total		40	100	6	100	46	100

Noutro domínio, dos estudantes que consumiram algum tipo de medicamento ou produto de performance desde que ingressaram na UBI, apenas 13% consumiu algum tipo de produto tendo em vista a melhoria a performance relacional (Tabela 31).

Tabela 31: Frequências dos consumos de performance relacional pelos estudantes após ingressarem na UBI.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Consumo de PR após ingressar na UBI	Sim	6	5,4	13,0
	Não	40	36,0	87,0
Total		46	41,4	100
Omisso	Sistema	65	58,6	
Total		111	100	

Assim, os consumos tendo em vista a performance relacional não têm tanta expressão como os outros, mas são mais notáveis nos inquiridos da FCSH (Tabela 33), aqueles que, curiosamente, mostraram menos vontade em melhorar a sua performance neste aspeto (Tabela 22).

Tabela 32: Média da efetividade de consumos de performance relacional distribuída pelo género, em que 1 representa “Sim” e 2 representa “Não”.

Género	Média	N	Desvio Padrão
Feminino	1,88	32	,336
Masculino	1,86	14	,363
Total	1,87	46	,341

Tabela 33: Frequência da efetividade dos consumos de performance relacional distribuídos pelos estudantes das diferentes faculdades

		Sim		Não			
		N	%	N	%	N	%
Faculdade	FC	1	16,7	3	7,5	4	8,7
	FE	0	0,0	6	15,0	6	13,0
	FCSH	3	50,0	12	30,0	15	32,6
	FAL	1	16,7	3	7,5	4	8,7
	FCS	1	16,7	16	40,0	17	37,0
Total		6	100	40	100	46	100

Noutro nível, os consumos de performance física ocorreram em 34,8% dos inquiridos, após ingressarem na UBI (Tabela 34).

Tabela 34: Frequências dos consumos de performance física pelos estudantes após ingressarem na UBI.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Consumo de PF após ingressar na UBI	Sim	16	14,4	34,8
	Não	30	27,0	65,2
	Total	46	41,4	100
Omisso	Sistema	65	58,6	
Total		111	100	

Tabela 35: Média da efetividade de consumos de performance física distribuída pelo género, em que 1 representa “Sim” e 2 representa “Não”.

Género	Média	N	Desvio Padrão
Feminino	1,72	32	,457
Masculino	1,50	14	,519
Total	1,65	46	,482

Tabela 36: Média da efetividade de consumos de PF dos inquiridos mediante a faculdade em que se inserem, em que 1 representa “Sim” e 2 representa “Não”.

Faculdade	Média	N	Desvio Padrão
FC	1,50	4	,577
FE	1,50	6	,548
FCSH	1,53	15	,516
FAL	1,50	4	,577
FCS	1,88	17	,332
Total	1,65	46	,482

É nos inquiridos da FCS que ocorreram menos consumos de performance física (Tabela 36), sendo, no entanto, estes os menos satisfeitos com a sua performance física (Tabela 13).

Estes consumos ocorrem maioritariamente em inquiridos do género masculino (Tabela 35), que são, curiosamente, dentro da categoria género, os mais satisfeitos com a sua performance física (Tabela 12). Isto vem dar força à afirmação de que a performance física, associada à estética corporal, é uma preocupação real entre os jovens (Pegado, 2016), estando estes impregnados nas chamadas culturas corporais (Lopes et al., 2012).

A nível dos produtos consumidos, verificamos que primam os suplementos alimentares. Também aqui, mais uma vez, as mulheres tendem a recorrer mais a produtos naturais do que os homens (Tabela 37).

Tabela 37: Média dos produtos utilizados para consumos de PF dos inquiridos consoante o género, em que 1 representa “Sim” e 2 representa “Não”.

Género		Medicamentos sintéticos	Medicamentos à base de plantas	Produtos naturais	Suplementos alimentares	Bebidas energéticas
Feminino	Média	1,78	1,89	1,78	1,22	1,89
	N	9	9	9	9	9
	Desvio Padrão	,441	,333	,441	,441	,333
Masculino	Média	1,71	2,00	2,00	1,14	1,57
	N	7	7	7	7	7
	Desvio Padrão	,488	,000	,000	,378	,535
Total	Média	1,75	1,94	1,87	1,19	1,75
	N	16	16	16	16	16
	Desvio Padrão	,447	,250	,342	,403	,447

Como refletem os dados presentes na Tabela 37, o uso de bebidas energéticas com o intuito de melhorar a performance física é especialmente signficante, quando comparado com o uso de medicamentos à base de plantas e produtos naturais. Este facto, vai no sentido de resultados obtidos por estudos anteriores, a nível nacional, nomeadamente o estudo realizado por Noémia Lopes, em que a autora destaca o papel do consumo deste tipo de bebidas com fins performativos (Lopes & Rodrigues, 2015).

Curiosamente, no que concerne à performance sexual, nenhum dos inquiridos realizou qualquer consumo com intuito de melhorar este tipo de performance (Tabela 38).

Tabela 38: Frequência da efetividade de consumos de performance sexual.

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Consumo de PS após ingressar na UBI	Não	46	41,4	100
Omisso	Sistema	65	58,6	
Total		111	100	

Debruçando-nos sobre os resultados dos consumos tendo em vista a melhoria da imagem corporal, 10,9% dos inquiridos que realizaram consumos de performance, consumiram produtos para melhorar a sua imagem corporal (Tabela 39).

Tabela 39: Frequência da efetividade de consumos tendo em vista a melhoria da imagem corporal

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida
Consumo de melhoria da imagem corporal	Sim	5	4,5	10,9
	Não	41	36,9	89,1
	Total	46	41,4	100
Omisso	Sistema	65	58,6	
Total		111	100	

Tabela 40: Distribuição dos consumos tendo em vista a melhoria da imagem corporal de acordo com o género dos inquiridos.

Género		Sim		Não		Total	
		N	%	N	%	N	%
Feminino		2	40,0	30	73,2	32	69,6
	Masculino	3	60,0	11	26,8	14	30,4
Total		5	100	41	100	46	100

Tabela 41: Média da efetividade de consumos de melhoria da IC dos inquiridos mediante a faculdade em que se inserem, em que 1 representa “Sim” e 2 representa “Não”.

Faculdade	Média	N	Desvio Padrão
FC	1,75	4	,500
FE	1,83	6	,408
FCSH	1,87	15	,352
FAL	1,75	4	,500
FCS	2,00	17	,000
Total	1,89	46	,315

Dos consumidores inquiridos, temos que a maioria são do género masculino (Tabela 40) e pertencentes à FC e à FAL (Tabela 41). A FCS apresenta-se, neste, caso como aquela cujos inquiridos consomem menos, sendo, no entanto, mais uma vez, os estudantes da FCS os mais insatisfeitos com a sua imagem corporal (Tabela 20) e dos que mais vontade têm em melhorar a sua imagem corporal (Tabela 22).

O consumo para a melhoria da imagem corporal é também maior nos estudantes que praticam desporto ou frequentam o ginásio (Tabela 42), o que de certo modo pode estar relacionado com uma cultura do corpo perfeito, que tende a estar associada a estes meios.

Tabela 42: Médias de consumos para melhoria da imagem corporal em praticantes de desporto/ atividade desportiva, em que 1 representa “Sim” e 2 representa “Não”.

Pratica desporto				
atualmente	Média	N	Desvio Padrão	
Sim	1,78	18	,428	
Não	1,96	28	,189	
Total	1,89	46	,315	

Neste tipo de consumos, os suplementos alimentares são mais consumidos pelos homens, enquanto as mulheres consomem mais medicamentos e outros produtos, quer sejam sintéticos ou naturais (Tabela 43).

Tabela 43: Média dos produtos utilizados para consumos de melhoria de imagem corporal dos inquiridos consoante o género, em que 1 representa “Sim” e 2 representa “Não”.

Género		Medicamentos sintéticos	Medicamentos à base de plantas	Produtos naturais	Suplementos alimentares	Bebidas energéticas
Feminino	Média	1,50	1,50	1,50	1,50	2,00
	N	2	2	2	2	2
	Desvio Padrão	,707	,707	,707	,707	,000
Masculino	Média	1,67	1,67	2,00	1,33	2,00
	N	3	3	3	3	3
	Desvio Padrão	,577	,577	,000	,577	,000
Total	Média	1,60	1,60	1,80	1,40	2,00
	N	5	5	5	5	5
	Desvio Padrão	,548	,548	,447	,548	,000

Focando em práticas de consumo gerais dos estudantes inquiridos, obtiveram-se os seguintes resultados:

Quando comparadas com homens, as mulheres:

- Consomem mais medicamentos e produtos naturais para dormir.
- Consomem menos medicamentos para a concentração/memória, mas consomem mais produtos naturais para o mesmo efeito.
- Consomem mais medicamentos e produtos calmantes.
- Consomem mais medicamentos e produtos para aumentar a energia física (ainda que raramente), mas menos bebidas energéticas.

- Consomem mais produtos para emagrecer, mas menos produtos para aumentar a massa muscular – o que se poderá associar à diferença entre o corpo ideal feminino e o corpo ideal masculino, o primeiro, associado à magreza, o segundo, à massa muscular. Verificamos aqui a existência do fenómeno de corporeidade descrito em Ferreira (2011, p. 258).

Estes resultados vêm demonstrar que o consumo de medicamentos não se reduz à procura pelas suas propriedades terapêuticas, mas reponde, sim, a estímulos sociais (Cohen et al., 2001), dos quais se destaca a necessidade por ultrapassar as próprias capacidades, bastante patente na modernidade.

7.5. Risco e suas dimensões

Na dimensão de risco, podemos afirmar que, globalmente, os inquiridos raramente ou nunca sentiram efeitos negativos após realizarem consumos de performance. 69,8% nunca sentiu qualquer efeito negativo após ter realizado um consumo de performance.

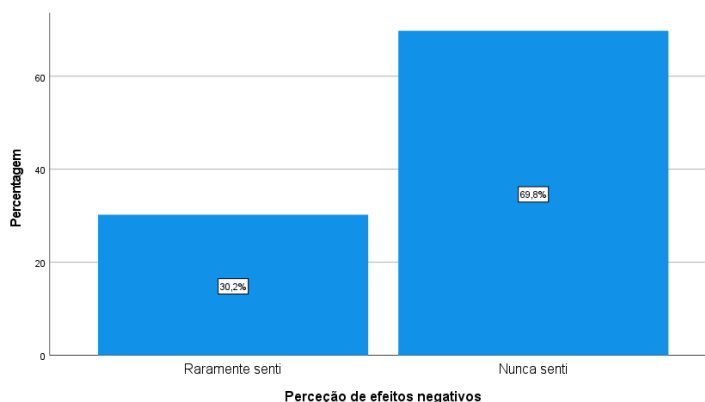


Figura 10: Gráfico ilustrativo da percentagem de inquiridos que sentiu ou não sentiu efeitos negativos após consumos de performance.

Através de uma série de afirmações – abaixo transcritas – questionou-se a concordância dos inquiridos com as mesmas, obtendo-se os resultados traduzidos na Tabela 44.

- A) Só se deve tomar medicamentos/produtos de performance se estivermos seguros de que não há riscos
- B) Só se justifica pensar na possibilidade de haver riscos associados ao consumo de medicamentos/produtos de performance no caso de surgir algum problema.
- C) O consumo de medicamentos/produtos de performance só não é mais generalizado porque eles podem causar grandes efeitos negativos.

- D) Se os resultados dos medicamentos/produtos de performance compensarem, vale a pena assumir alguns riscos.
- E) As experiências anteriores de consumo de medicamentos/produtos de performance são suficientes para lidar eficazmente com os seus riscos.
- F) As pessoas que têm um conhecimento aprofundado sobre medicamentos/produtos de performance conseguem usá-los de forma segura e eficaz.
- G) Os produtos cedidos na farmácia são mais seguros e acarretam menos riscos que aqueles que são comercializados nos supermercados ou vendidos através da Internet.
- H) Os medicamentos/produtos naturais são mais seguros e acarretam menos riscos do que medicamentos/produtos de origem sintética.
- I) Consumir medicamentos ou produtos de performance simultaneamente com medicamentos para o tratamento de uma doença poderá aumentar o risco de efeitos adversos.

Tabela 44: Média do nível de concordância com as afirmações transcritas consoante o género dos inquiridos, em que 1 representa “Discordo totalmente”, 2 “Discordo parcialmente, 3 “Concordo parcialmente” e 4 “Concordo totalmente”.

Género		A	B	C	D	E	F	G	H	I
Feminino	Média	3,53	1,59	2,36	2,03	1,92	2,49	2,84	2,34	3,32
	N	74	74	74	74	74	74	74	74	74
	Desvio Padrão	,707	,826	,900	,844	,772	,880	,828	,940	,724
Masculino	Média	3,43	1,35	2,46	2,05	1,89	2,27	2,95	2,59	3,19
	N	37	37	37	37	37	37	37	37	37
	Desvio Padrão	,835	,676	,900	,970	,936	,932	,911	,927	,776
Total	Média	3,50	1,51	2,40	2,04	1,91	2,41	2,87	2,42	3,28
	N	111	111	111	111	111	111	111	111	111
	Desvio Padrão	,749	,785	,897	,883	,826	,899	,854	,940	,741

Das respostas, podemos depreender que, quando comparadas com homens, as mulheres:

- Têm uma maior consideração da presença de risco de consumo, fator essencial para a efetivação do próprio consumo.
- Ainda que não muito significativamente, ao considerarem o risco maior que os benefícios, descartam a efetividade do consumo – mais que os homens.
- Confiam mais nas experiências anteriores de consumo para lidar com o risco.
- Consideram que o conhecimento especializado de alguém relativo a algum produto de performance torna o consumo dessa pessoa mais seguro.
- Não possuem tanta confiança, no que concerne à segurança, em produtos adquiridos em farmácias, comparando com aqueles adquiridos na Internet.
- Consideram os medicamentos ou produtos naturais ou de origem natural mais seguros de que os sintéticos – tal como os homens, mas estes, ainda assim, em maior proporção.

Sabemos que a perceção de risco é, sem dúvida, influenciada por questões sociais e culturais (Lopes et al., 2017). Ora, verificamos que, como esperado, a perceção de risco em relação ao consumo de produtos naturais é inferior quando comparado ao risco do consumo de produtos sintéticos, reproduzindo-se os resultados do estudo de Lopes & Rodrigues (2015).

Por outro lado, no que toca ao género, vemos o género masculino com uma atitude mais desafiadora em relação aos riscos do consumo. Desta forma, as mulheres comportam uma atitude mais defensiva em relação ao consumo, sob o ponto de vista da avaliação do risco.

Porém, vale referir, a título de exemplo, que 90% das mulheres consumiram produtos com o intuito de melhorar a performance NCI. Isto leva-nos a ponderar se de facto a conceção de risco está bem estabelecida nos estudantes, dada a discrepância entre as suas perceções de risco e as práticas de consumo.

8. Conclusões, limitações e considerações finais

Concluimos, desde logo, que os consumos de performance ocorrem, sem dúvida, entre os estudantes da UBI, que correspondem, no nosso caso, a 41,1% dos inquiridos. Destes, a maioria ou são mulheres ou são estudantes da área da saúde.

Outra conclusão de relevo é que 97,5% dos estudantes que efetivaram consumos de performance apresentavam essa vontade de consumir.

São as mulheres estudantes, de longe, as que mais consomem com vista a melhorar a sua performance neuro cognitiva e intelectual. No que respeita á pertença a faculdades, são os estudantes da Faculdade de Ciências da Saúde quem mais realiza este tipo de consumo. Contudo, são também estes estudantes os que menos consomem no sentido de melhorar a sua performance física, mesmo sendo eles os menos satisfeitos com a sua performance neste âmbito.

Nestes consumos, os homens tendem a consumir medicamentos sintéticos, enquanto as mulheres tendem a consumir medicamentos ou produtos naturais – ainda que estas não achem, curiosamente, que o consumo do natural acarrete menos riscos em relação ao consumo de medicamentos sintéticos.

Por outro lado, de uma forma geral, são os homens que tendem a assumir uma maior exposição ao risco, denotando-se aqui uma clara afirmação da ideia de masculinidade, baseada em ideais de coragem, bravura, associados à estereotipada na imagem do ser masculino. Acresce que, e não deixa de ser interessante, os homens estudantes considerem mais seguro o consumo de produtos naturais, mas consumam, na sua maioria, produtos e medicamentos de origem sintética.

Num outro domínio da performance, ainda que não houvesse um único inquirido que tenha realizado um consumo para melhorar a sua performance sexual, cerca de 50% de todos os inquiridos tinham vontade de a melhorar. Isto mostra que não obstante a sua vontade de melhorar, esta não os levou a procurar nos medicamentos ou noutros produtos de saúde uma resposta que resolvesse essa sua aspiração. De mencionar que embora quase 80% de todos os inquiridos se dissesse satisfeito com a sua performance sexual, não deixa de ser interessante que 50% a quisesse melhorar. Isto poderá levar-nos a questionar o quão alta estará a fasquia do que será uma boa performance sexual para os estudantes desta universidade, provavelmente como resultado do modo como

se constrói socialmente este tipo de desempenho, numa sociedade hipersexualizada, o que deixa portas abertas a outro estudo neste sentido.

Voltando às mulheres estudantes, são elas também as que mais consomem medicamentos e produtos para dormir ou calmantes e as que mais consomem produtos naturais para a concentração e memória. Estes consumos não devem ser entendidos como estando desconectados da pressão existente sobre as mulheres, mesmo no âmbito da sua performance académica. Este seria um ponto de partida para um estudo mais específico e aprofundado nesta matéria. O porquê de as mulheres estudantes sentirem uma necessidade maior, quando comparadas aos homens, de realizar consumos de performance ?

Num outro sentido, o consumo de bebidas energéticas com o intuito de melhorar a performance fica aquém do que seria de esperar, tendo em conta os estudos de Lopes & Rodrigues, em que o consumo destes produtos tem especial expressão entre os jovens universitários (Lopes & Rodrigues, 2015).

Resumidamente, o nosso estudo confirma que os consumos de performance são de facto uma realidade nos estudantes universitários, mas, aqui e ali, existem particularidades interessantes e distintas em relação a estudos nacionais levados a cabo neste âmbito. De referir, como diferenciadores, o caso dos consumos para a performance sexual ou o caso do consumo das bebidas energéticas na UBI.

Não obstante os esforços realizados, o presente estudo tem limitações, começando pelo tamanho da amostra, que é relativamente reduzido, tendo em conta o elevado número de estudantes da UBI. No entanto, dada a quantidade de estudos realizados nesta Universidade que solicitam respostas a inquéritos, e no nosso caso, um algo exaustivo, é compreensível o número de respostas, que ainda assim nos surpreendeu pela positiva.

Teria sido interessante, também, a realização de *focus-groups*, os quais permitiriam recolher dados de natureza mais qualitativa, e que, com certeza, aprofundariam o conhecimento e esclarecimento de algumas questões, nomeadamente sobre as próprias perceções pessoais dos estudantes em relação à sua performance e aos seus consumos. Isto não foi possível, dada não só a limitação de tempo, mas também o contexto pandémico em que este estudo foi realizado.

Acreditamos, ainda assim, que este estudo possa abrir portas a outros, nomeadamente na procura e análise dos porquês que ficaram por responder. Porque é que os consumos de performance estão mais associados às mulheres estudantes e aos estudantes da FCS?

Quais são as verdadeiras preocupações destes estudantes? E mais importante: com que pressões sociais estes estudantes se confrontam em relação a colegas de outras faculdades?

Bibliografia

Amineh, R. J., & Asl, H. D. (2015). Review of constructivism and social constructivism. *Journal of Social Sciences, Literature and Languages*, 1(1), 9–16.

Anheyer, D., Frawley, J., Koch, A. K., Lauche, R., Langhorst, J., Dobos, G., & Cramer, H. (2017). Herbal medicines for gastrointestinal disorders in children and adolescents: A systematic review. In *Pediatrics* (Vol. 139, Issue 6). American Academy of Pediatrics. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0062>

Antunes, R., & Correia, T. (2009). Sociologia da saúde em Portugal: Contextos, temas e protagonistas. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 61(1987), 101–125.

Bagnol, B., & Mariano, E. (2009). Cuidados consigo mesma, sexualidade e erotismo na Província de Tete, Moçambique. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(2), 387–404. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312009000200008>

Barros, J. A. (2002). Pensando o processo Saúde Doença: A que responde o moelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67–84.

Bârsu, C. (2017). History of medicine between tradition and modernity. *Clujul Medical*, 90(2), 243–245.

Bauman, Z. (1999). *Globalização: As conseqüências humanas* (J. Zahar (ed.); 1a Edição).

Bauman, Z. (2000). *Liquid Modernity* (Polity (ed.). Polity.

Beck, C. G., & Cunha, L. (2017). As múltiplas faces da comodificação e a constituição da crítica acerca das práticas de consumo contemporâneas The multiple forms of commodification and the criticism of. *Ciências Sociais Unisinos*, 53(1), 136–147.

Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: Exploring some elusive concepts. *Medical Humanities*, 26(1), 9–17. <https://doi.org/10.1136/mh.26.1.9>

Buyx, A. (2015). Smart drugs: Ethical Issues. In J. Clausen & N. Levy (Eds.), *Handbook of Neuroethics* (pp. 1191–1206). Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-4707-4>

Carapinheiro, G. (1986). *A saúde no contexto da sociologia*.

Carvalho, G. S. De, Gonçalves, A., Rodrigues, V., & Albuquerque, C. (2008). O modelo biomédico e a abordagem de promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco. *Health Education*. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7640>

Clamote, T. C. (2015). Reverberações da medicalização : paisagens e trajetórias informacionais em consumos de performance. *Sociologia*, 29, 35–58.

Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K., & Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194. <https://doi.org/10.2307/1519765>

Clarke, A. E., Mamo, L., Fosket, R., Fishman, J. R., & Crabu, S. (2008). Biomedicalization. *Technoscience, Health, and Illness in the U.S. Tecnoscienza*, 2(2), 119–123.

Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J., & Pérodeau, G. (2001). Medications as social phenomena. *Health*, 5(4), 441–469.

Conrad, P., & Schneider, J. (1992). Deviance and medicalization: from badness to sickness: with a new afterword by the authors. In Books.Google.Com. <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=1of2zyhaLMkC&oi=fnd&pg=PR1&dq=abortion+policy&ots=LE68v2m8mC&sig=UrgL5nwZJ2qoc-2ps-hGimnWUTO>

Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46(1), 3–14. <https://doi.org/10.1177/002214650504600102>

Conrad, Peter. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 209–232. <https://doi.org/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>

Coveney, C., & Bjønness, J. (2019). Making sense of pharmaceutical cognitive enhancement: taking stock and looking forward. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(4), 293–300. <https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1618025>

Coveney, C., Williams, S. J., & Gabe, J. (2019). Enhancement imaginaries: exploring public understandings of pharmaceutical cognitive enhancing drugs. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 26(4), 319–328. <https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1593318>

Coveney, C., Williams, S., & Gabe, J. (2011). The sociology of cognitive enhancement: Medicalisation and beyond. *Health Sociology Review*, November, 372–384. <https://doi.org/10.5172/hesr.2011.372>

Czarnecka, B., & Schivinski, B. (2019). Do Consumers Acculturated to Global Consumer Culture Buy More Impulsively? The Moderating Role of Attitudes towards and Beliefs about Do

Consumers Acculturated to Global Consumer Culture Buy More Impulsively? The Moderating Role of Attitudes towards and. *Journal of Global Marketing*, 0(0), 1–20.

Dantas, J. B. (2009). Tecnificação da vida: Uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. *Revista de Psicologia*, 21(3), 563–580.

de Camargo, K. R. (2013). Medicalization, pharmaceuticalization, and health imperialism. *Cadernos de Saude Publica*, 29(5), 844–846. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2013000500002>

Ferreira, V. S. (2011). Dar corpo à juventude: o corpo jovem e os jovens nos seus corpos. In *Jovens e Rumos* (1a Edição, pp. 257–275). Imprensa de Ciências Sociais.

Food and Drug Administration. (2020). Human Drugs. Acessado a 7 de fevereiro de 2021 em: <https://www.fda.gov/industry/regulated-products/human-drugs#drug>

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educacion Medica y Salud*, 11(1), 3–25.

Goldstein, I., Lue, T. F., Padma-Nathan, H., Rosen, R. C., Steers, W. D., & Wicker, P. A. (2002). Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. 1998. *The Journal of Urology*, 167(2 Pt 2). [https://doi.org/10.1016/s0022-5347\(02\)80386-x](https://doi.org/10.1016/s0022-5347(02)80386-x)

Gonçalves, C. de S., & Pedro, R. M. L. R. (2015). ST9 : Medicalização e suas distintas facetas ST9 : Medicalização e suas distintas facetas. *Seminário Temáticos*, 1–32.

Greely, H., Sahakian, B., Harris, J., Kessler, R. C., Gazzaniga, M., Campbell, P., & Farah, M. J. (2008). Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy. *Nature*, 456(7223), 702–705. <https://doi.org/10.1038/456702a>

Illich, I. (1975). *Nemesis da Medicina: A Expropriação da Saúde* (3a Edição). Editora Nova Fronteira.

Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (2016). *Produtos-fronteira entre Suplementos Alimentares e Medicamentos*. In República Portuguesa.

Infarmed. (2010). *Utilização de medicamentos Off-label*. In Infarmed (p. 1).

Infarmed. (2016). *Operação internacional de combate a medicamentos falsificados*. Nota de Imprensa.

Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22(1), 119–128. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>

Kramer, S. N. (1956). *Medicina: a primeira Farmacopeia*. In *A História começa na Suméria*. Publicações Europa-América.

Krueger, J. M., Frank, M. G., Wisor, J. P., & Roy, S. (2016). Sleep function: Toward elucidating an enigma. *Sleep Medicine Reviews*, 28, 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.08.005>

Lopes, N. M., & Rodrigues, C. F. (2015). Medicamentos, consumos de performance e culturas terapêuticas em mudança. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 78, 9–28. <https://doi.org/10.7458/SPP2015784018>

Lopes, N., Clamote, T., Raposo, H., Pegado, E., & Rodrigues, C. (2012). O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa. *Saúde e Tecnologia*, 8, 5–17.

Lopes, N., Pegado, E., & Zózimo, J. R. (2017). Ageing and memory medication: social rationales and consumption practices. *Sociology of Health and Illness*, 39(7), 1273–1287. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12586>

Luiz, L. T. (2005). A Ideologia Do Consumismo. *Colloquium Humanarum*, 3(2), 39–44.

Meneu, R. (2018). Life medicalization and the recent appearance of “pharmaceuticalization.” *Farmacia Hospitalaria*, 42(4), 174–179. <https://doi.org/10.7399/fh.11064>

Menezes, R. F. D. E. (2005). Da História da Farmácia e dos Medicamentos. In *Historia da Quimica*.

Miah, A. (2011). Physical Enhancement: The State of the Art. In J. Savulescu, R. T. Meulen, & G. Kahane (Eds.), *Enhancing Human Capacities* (pp. 266–273). Blackwell Publishing.

Mignot, E. J. M. (2012). A Practical Guide to the Therapy of Narcolepsy and Hypersomnia Syndromes. *Neurotherapeutics*, 9(4), 739–752. <https://doi.org/10.1007/s13311-012-0150-9>

Miraj, S., & Alesaeidi, S. (2016). A systematic review study of therapeutic effects of *Matricaria recuita* chamomile (chamomile). *Electronic Physician*, 8(9), 3024–3031. <https://doi.org/10.19082/3024>

Nascimento, M. C. (2005). Medicamentos, comunicação e cultura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10, 179–193.

Nicholson, P., Mayho, G., & Sharp, C. (2015). Cognitive enhancing drugs and the workplace. *British Medical Association*, August.

- Parens, E. (2013). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27(1), 28–35. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x>
- Pegado, E. (2016). A gestão da performance nas culturas juvenis Performance management in youth cultures. *Forum Sociológico*, 29. <https://doi.org/10.4000/sociologico.1481>
- Pita, J. R. (1998). *História da Farmácia (2a Edição)*. Minerva.
- Quirke, V., & Gaudillière, J. P. (2008). The era of biomedicine: Science, medicine, and public health in Britain and France after the Second World War. *Medical History*, 52(4), 441–452. <https://doi.org/10.1017/S002572730000017X>
- Raposo, H. (2016). O risco e os consumos de performance na população jovem: entre as conceções e as práticas. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 34(2), 186–195. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.05.003>
- Renovato, R. D. (2008). O uso de medicamentos no Brasil: uma revisão crítica. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, 89(1), 64–69. http://rbfarma.org.br/files/pag_64a69_uso_medicamentos.pdf
- Rezende Pinto, M., & Batinga, G. (2016). O Consumo Consciente no Contexto do Consumismo Moderno: Algumas Reflexões. *Gestão.Org*, 14(Spe), 30–43.
- Rodrigues, C., Lopes, N., & Hardon, A. (2019). Beyond health: medicines, food supplements, energetics and the commodification of self-performance in Maputo. *Sociology of Health and Illness*, 41(6), 1005–1022. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12880>
- Rodríguez López, B. (2020). Performance Enhancement and the Spirit of the Dance. *Non Zero Sum. Philosophies*, 5(4), 46. <https://doi.org/10.3390/philosophies5040046>
- Singh, I., & Kelleher, K. J. (2010). Neuroenhancement in Young People: Proposal for Research, Policy, and Clinical Management. *AJOB Neuroscience*, 1(1), 3–16. <https://doi.org/10.1073/pnas.0810650105>
- Skrbo, A., & Masic, I. (2017). Influence of Arabian Pharmacy on Diseases Treatment During Ottoman's Period in Bosnia and Herzegovina. *Medical Archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 71(3), 219–225.
- Stiegler, B. (2011). Distrust and the pharmacology of transformational technologies. *Quantum Engagements: Social Reflections of Nanoscience and Emerging Technologies*, 27–39.
- Van der Geest, S., Whyte, S. R., & Hardon, A. (1996). The anthropology of pharmaceuticals: A Biographical Approach. *Annual Review of Anthropology*, 25(1), 153–178.

Vargo, E. J., & Petróczi, A. (2016). “It was me on a good day”: Exploring the smart drug use phenomenon in England. *Frontiers in Psychology*, 7(MAY), 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00779>

Williams, S. J., Gabe, J., & Davis, P. (2008). The sociology of pharmaceuticals: Progress and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 30(6), 813–824. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01123.x>

Williams, S. J., Martin, P., & Gabe, J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health and Illness*, 33(5), 710–725.

Legislação consultada

Decreto-Lei no 145/2009, de 17 de junho. Diário da República nº 115/2009, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto. Diário da República n.º 167/2006, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

Decreto-Lei no 189/2008, de 24 de setembro. Diário da República n.º 185/2008, Série I. Lisboa: Ministério da Saúde.

Directiva 2002/46/CE, de 10 de junho de 2002. Jornal Oficial das Comunidades Europeias 51/2002. Parlamento Europeu e do Conselho.

Parte II – Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

1. Introdução

A prática farmacêutica é fundamental na melhoria do acesso a cuidados de saúde. Enquanto profissional de saúde, o farmacêutico, através da sua prática especializada em torno do medicamento, é a ponte entre a terapêutica e a comunidade, mas também um verdadeiro promotor de saúde.

Neste sentido, a Farmácia Comunitária pauta-se pela mediação entre o farmacêutico e a sociedade e, num sentido estrito, entre o farmacêutico e cada um dos utentes em particular. O farmacêutico dirige a sua atividade para o medicamento e produtos de saúde, mas também para a saúde e o bem-estar de cada um dos indivíduos da comunidade. É da sua responsabilidade, de entre outras, a obtenção, armazenamento, conservação e a dispensa de medicamentos aos cidadãos. De salientar que dentre estas atividades, o aconselhamento, o acompanhamento terapêutico e qualquer outra prática que promova a saúde e previna a doença estão sempre presentes.

É desta forma que o farmacêutico é, também ele, idealmente, um promotor do diálogo com o utente, tendo em vista promover a adoção de comportamentos, por parte deste, que melhorem a sua saúde e previnam a doença.

O Estágio Curricular em Farmácia Comunitária surge no culminar do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas. O momento de fazer uso de conhecimentos e competências adquiridas ao longo da formação A sua aplicação prática e o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências permitem assim, através do próprio estágio, o início de uma disposição ao serviço da saúde e do doente.

O Estágio Curricular, do qual resulta este relatório, sob orientação da Dra. Rita Oliveira, teve lugar entre o dia 13 de setembro de 2021 e o dia 4 de fevereiro de 2022, na Farmácia Social Mutualista Covilhanense.

2. Caracterização e organização da Farmácia

2.1. A Farmácia Social Mutualista Covilhanense: orientação, localização, horário de funcionamento e aspetos legais

A Farmácia Social Mutualista Covilhanense (FSMC) situa-se na zona alta da cidade da Covilhã, na Beira Interior. Pertencente a uma instituição de cariz de solidariedade social, a Associação de Socorros Mútuos “Mutualista Covilhanense” (ASMMC), a FSMC situa-se no interior das suas instalações. Deste modo, a ASMMC é a legal proprietária da farmácia, em conformidade legal com o artigo décimo quarto do Decreto-Lei nº 307/2007, de 31 de agosto, e desta forma, todas as disposições no Decreto-Lei referido aplicam-se à Farmácia Social Mutualista Covilhanense.

Por outro lado, a FSMC está não só à disposição de associados, que usufruem de descontos na aquisição de medicamentos ou produtos de saúde dado o carácter social da farmácia em questão, mas também à disposição da população em geral. Acresce que os associados não beneficiam de qualquer desconto nos produtos abrangidos pela Portaria nº 35/2016, de 1 de março, ou seja, reagentes para determinação de glicemia, agulhas, seringas e lancetas destinadas a diabéticos. No entanto, não podem ser dispensados Medicamentos Sujeitos a Receita Médica (MSRM) a utentes não associados.

Posto isto, o funcionamento da FSMC, associada da AFP (Associação de Farmácias de Portugal) pauta-se não apenas pelo cumprimento de todas as normas e boas práticas em vigor, mas também por uma filosofia orientada para a solidariedade. Os seus utentes, provenientes de variados escalões sociais, são, na sua maioria, idosos. Tendo em conta as características socioeconómicas da região da Cova da Beira em que a farmácia se insere, a população geriátrica é naturalmente uma população extremamente necessitada em termos de cuidados de saúde, especialmente no concelho da Covilhã onde, devido aos acessos, as populações rurais do concelho têm extrema dificuldade de deslocação a farmácias, centros de saúde e hospitais. Deste modo, a FSMC oferece serviços que procuram colmatar essas dificuldades, como a entrega de medicamentos ao domicílio, bem como a outras instituições.

Sem dúvida que o contacto com esta realidade, a da existência de populações realmente necessitadas a nível dos cuidados de saúde e atenção farmacêutica, permitiu que desenvolvesse, ao longo do tempo de estágio, uma consciência social mais apurada, nomeadamente no impacto que o farmacêutico pode ter em populações mais vulneráveis.

Por fim, relativamente ao horário de funcionamento, a FSMC encontra-se aberta de segunda a sexta-feira das nove horas da manhã às dezanove horas da tarde, e ao sábado, das nove horas da manhã às treze horas da tarde ao serviço da população.

2.2. Espaço exterior e espaço interior

Não obstante à sua localização no interior das instalações da ASMMC, a Farmácia Social Mutualista Covilhanense é acessível a partir da rua a qualquer cidadão, incluindo portadores de deficiências motoras. Ainda que se encontre dentro de um edifício contendo outras valências, como um lar de idosos ou um centro clínico, a FSMC possui uma porta própria para a entrada dos utentes.

Exteriormente, está identificada a sua existência através de uma cruz verde, luminosa e com a designação “Farmácia”, na fachada do edifício da ASMMC. À porta do edifício, bem como no seu interior, estão afixados o nome da farmácia, o seu horário de funcionamento e o nome da diretora técnica. Também estão afixados à entrada a escala das farmácias de serviço, o número de contacto da Polícia de Segurança Pública, o aviso da existência de Livro de Reclamações e de câmara de segurança, bem como o aviso de uso obrigatório de máscara, devido à pandemia da COVID-19.

Relativamente ao espaço interior, a FSMC possui uma sala de atendimento ao público, um gabinete de atendimento personalizado (GAP), um armazém, um laboratório, um gabinete, um espaço de receção de encomendas, bem como um espaço para arrumação de objetos pessoais e outros bens do pessoal da farmácia.

Cada espaço interior possui, durante todo o funcionamento da farmácia, iluminação, ventilação e temperatura adequadas.

A sala de atendimento possui dois balcões de atendimento, disjuntos, de forma a garantir a privacidade durante o atendimento, e um assento de espera. Também nesta sala, encontram-se prateleiras de exposição contendo medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), suplementos alimentares, dispositivos médicos e outros produtos de saúde. Os produtos são organizados consoante o grupo a que se adequam: produtos destinados a crianças – produtos de higiene, de lactação ou chupetas –, produtos de cosmética e dermofarmácia, produtos dentífricos, de higiene oral e higiene geral, preservativos, equipamento de proteção individual, produtos veterinários, produtos e medicamentos antigripais, antitússicos, oftálmicos e otológicos de venda livre, entre outros.

Atrás dos balcões, armazenados num cockpit, existem medicamentos sujeitos a receita médica cuja via de administração é, na sua maioria, não oral, onde se destacam colírios, pomadas e

inaladores. No entanto, também neste cockpit, estão armazenados produtos destinados a diabéticos – agulhas e tiras de teste –, produtos e dispositivos de primeiros socorros, produtos e medicamentos ginecológicos, de terapêutica hormonal e Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia (MNSRM-EF).

É lateralmente a este cockpit de armazenamento que se encontra uma porta que permite o acesso ao GAP. Nesta porta estão afixados os preços bem como os serviços prestados pela FSMC. Atualmente, e devido ao facto de no interior do edifício da ASSMC se encontrar um centro clínico, com um gabinete médico e gabinetes de enfermagem, o único serviço prestado aos utentes pela FSMC é a Preparação Individualizada de Medicação (PIM). Desta forma, o GAP tem como principal funcionalidade garantir uma maior privacidade caso esta seja solicitada por parte de algum utente, servindo também de sala de apoio relativamente à entrega de medicação ao domicílio por parte da própria farmácia, conforme veremos posteriormente.

Esta sala dá acesso ao gabinete da diretora técnica, um espaço com acessibilidade ao sistema informático, e onde estão armazenados, em local próprio, toda a documentação e fontes de informação necessárias ao bom funcionamento da farmácia. Neste local ocorre a maioria do trabalho administrativo, por parte da diretora técnica.

Através deste gabinete, que possui uma parede envidraçada, que permite um maior fluxo de luminosidade ao longo de todo o espaço interior da farmácia e uma constante proximidade entre o pessoal da farmácia, acede-se ao espaço de receção de encomendas. Este espaço é caracterizado por uma ampla secretária, bem como um computador com acesso ao sistema informático, permitindo assim uma receção de encomendas eficaz. Neste espaço também existe um monitor que transmite a captação da câmara de segurança instalada na sala de atendimento. Isto permite que, durante o seu horário de funcionamento, facilmente seja detetada a entrada de algum utente por parte dos profissionais.

O espaço de receção de encomendas é um espaço central na FSMC, o qual permite o acesso à sala de atendimento através do armazém secundário, onde se armazenam todos os medicamentos sujeitos a receita médica cuja forma farmacêutica é pó, granulado, comprimido, cápsula, xarope e soluções – orais e cutâneas. Estes medicamentos são organizados alfabeticamente por substância ativa e dosagem. Neste armário de gavetas existem gavetas destinadas a reservas de medicação, bem como uma gaveta selada destinada a medicamentos psicotrópicos e estupefacientes.

Também existe neste espaço um frigorífico destinado a medicamentos que necessitem das suas condições de armazenamento, bem como um pequeno espaço com prateleiras para stock de medicamentos e produtos de maior procura.

É através do espaço de receção de encomendas que se acede ao armazém de stock – armazém primário –, onde os medicamentos e produtos de saúde são devidamente organizados por forma

farmacêutica e por ordem alfabética. Anexado a este armazém de stock, existe um espaço adequado destinado aos pertences de todo o pessoal da farmácia.

O laboratório, é por sua vez, também acedido através do espaço de receção de encomendas. A sala onde se encontra instalado o laboratório possui todo o material destinado à preparação de medicamentos manipulados, constante no Anexo da Deliberação nº 1500/2004, de 7 de dezembro. O laboratório possui uma bancada de arrumação, onde se encontra o lavatório e uma balança. É também neste espaço que ocorre a Preparação Individualizada de Medicação, conforme a Norma Geral sobre Preparação Individualizada de Medicação nº 30-NGE-00-010-02.

Por fim, existe uma porta de acesso da sala de receção de encomendas para o interior do edifício, tendo acesso direto às instalações sanitárias e ao centro clínico. Esta porta é exclusivamente utilizada por pessoal da farmácia e pelas profissionais encarregadas da limpeza e higienização da farmácia.

2.3. Recursos humanos

De acordo com o número 1, do artigo 23º do Decreto-Lei 307/2007, de 31 de agosto, as farmácias devem possuir, pelo menos, um diretor técnico e outro farmacêutico. O número 3 do mesmo artigo dita que são os farmacêuticos que devem constituir, tendencialmente, a maioria de trabalhadores numa farmácia. A FSMC cumpre, sem dúvida, estes requisitos mínimos, uma vez que todo o quadro de pessoal que ali exerce funções é farmacêutico.

Assim, inicialmente, este quadro era constituído por quatro elementos: a Dra. Rita Oliveira, diretora técnica; a Dra. Carolina Gonçalves, farmacêutica substituta; a Dra. Leticia Esteves e o Dr. João Matias, farmacêuticos, estando o último encarregado da gestão de vendas. No início de janeiro, procedeu-se a uma alteração no quadro do pessoal. Assim, a Dra. Carolina saiu do quadro, passando a Dra. Leticia a exercer o cargo de farmacêutica substituta. Todo o pessoal encontra-se devidamente identificado conforme o artigo 32º, do Decreto-Lei 307/2007, de 31 de agosto.

A diretora-técnica, conforme o artigo 21º do Decreto-Lei acima referido, alterado pelo artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 171/2012, de 1 de agosto, assume as várias e definidas responsabilidades, deveres e verificações, entre as quais a promoção do uso racional de medicamentos e o cumprimento de todas as regras estabelecidas legalmente para o bom e normal funcionamento da farmácia.

Na FSMC, todos os farmacêuticos zelam pela sua contínua formação e desenvolvimento científico, participando em várias formações no âmbito da saúde, cumprindo assim as boas práticas farmacêuticas definidas.

2.4. Equipamentos da farmácia

A FSMC encontra-se equipada com cinco computadores que servem de base a todo o processo de encomenda, receção e dispensa de medicamentos; pesquisa e consulta de informação disponível em sítios da Internet, nomeadamente o site do INFARMED ou de fornecedores; trabalho administrativo e burocrático. Em todos estes computadores corre o sistema informático utilizado na FSMC – o 4DigitalCare.

O 4DigitalCare permite a realização de todos os processos inerentes ao funcionamento da farmácia, da gestão de stocks ao atendimento, da consulta de faturação à rastreabilidade dos medicamentos.

Todos os quatro computadores têm conexão com outros equipamentos complementares e necessários, onde se incluem leitores óticos, uma impressora, uma impressora de códigos de barras, impressoras de talões de faturas e talões de reservas, cinco termohigrómetros e dois telefones.

Relativamente ao armazenamento de medicamentos, a FSMC possui um móvel de gavetões extensíveis e um frigorífico para os medicamentos e produtos que necessitem de ser armazenados em condições de frio, além de armários de gavetas. Todos eles estão inacessíveis e interditos ao público, uma vez serem armazenados neles, maioritariamente, MSRM.

No que respeita ao Laboratório, a FSMC possui os equipamentos mínimos definidos pelo Anexo da Deliberação nº 1500/2004, de 7 de dezembro. Configuram assim no Laboratório da farmácia todos os equipamentos, acrescentando um lavatório, como referido anteriormente.

2.5. Sistema informático, documentação e fontes de informação

O sistema informático utilizado na FSMC é o 4DigitalCare. Instalado em todos os computadores da farmácia, cada colaborador possui um nome de utilizador e palavra-passe com que acede ao programa. O 4DigitalCare possui várias funcionalidades, entre as quais se inclui uma área de atendimento, onde todo o processo de atendimento é acompanhado através do sistema

informático. Através da área de atendimento pode também aceder-se às fichas e históricos de todos os utentes sócios da FSMC, assim como a todos os produtos registados na farmácia. Deste último ponto pode aceder-se diretamente, por exemplo, aos Resumos das Características dos Medicamentos (RCM).

O programa 4DigitalCare permite também realizar todos os processos de gestão de encomendas, de devoluções e de stock. Processos relativos à faturação e gestão de caixa também podem ser realizados através do 4DigitalCare.

No que concerne à documentação e fontes de informação, conforme os documentos legais em vigor (Decreto-Lei n.º 307/2007, 2007) e a Norma Geral sobre as Infraestruturas e Equipamentos (Ordem dos Farmacêuticos, 2015), a FSMC possui de forma acessível toda a documentação obrigatória: a Farmacopeia Portuguesa, o Prontuário Terapêutico, os RCM e toda a Legislação e documentação oficial destinada à prática em Farmácia Comunitária.

3. Medicamentos e produtos de saúde

3.1. Definições de conceitos

Desenvolvendo-se a atividade do farmacêutico, particularmente do farmacêutico comunitário, em torno do medicamento e produtos de saúde, é deveras importante a definição de conceitos que envolvem os mesmos. Isto porque, e como tive oportunidade de verificar ao longo do meu estágio na FSMC, os produtos utilizados na promoção e manutenção da saúde são variadíssimos, onde se incluem, além dos medicamentos, suplementos alimentares e produtos de alimentação especial, produtos naturais e fitoterapêuticos, produtos dermocosméticos e dispositivos médicos. Todos estes produtos, desde que aprovados pelo INFARMED, podem ser dispensados em farmácias comunitárias, de acordo com a legislação em vigor (Decreto-Lei n.º 307/2007, 2007).

Pode-se, então, começar por definir medicamento como “toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (Decreto-Lei n.º 176/2006, 2006).

Dentro dos produtos de saúde, importa definir dispositivo médico e produto cosmético. Assim, define-se dispositivo médico como “qualquer instrumento, aparelho, equipamento, software, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o software destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença; diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência; estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico; controlo da concepção” (Decreto-Lei n.º 145/2009, 2009).

Por outro lado, define-se como produto cosmético “qualquer substância ou mistura destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais” (Decreto-Lei n.º 189/2008, 2008).

Sendo também os suplementos alimentares um dos produtos disponíveis em farmácias, define-se os mesmos como “os géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar

o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, estemes ou combinadas, comercializadas em forma doseada, tais como cápsulas, pastilhas, comprimidos, pílulas e outras formas semelhantes, saquetas de pó, ampolas de líquido, frascos com conta-gotas e outras formas similares de líquidos ou pós que se destinam a ser tomados em unidades medidas de quantidade reduzida” (Decreto-Lei nº 136/2003, 2003).

3.2. Classificações de medicamentos

Relativamente ao medicamento, que representa o grosso da dispensa em farmácia comunitária, o mesmo pode ser um medicamento de referência, ou seja, um “medicamento que foi autorizado com base em documentação completa, incluindo resultados de ensaios farmacêuticos, pré-clínicos e clínicos” ou um medicamento essencialmente similar, correspondendo este a um “medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, sob a mesma forma farmacêutica e para o qual, sempre que necessário, foi demonstrada bioequivalência com o medicamento de referência, com base em estudos de biodisponibilidade apropriados. O medicamento genérico difere do essencialmente similar na medida em que a sua “bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados” (Decreto-Lei nº 176/2006, 2006).

Durante todo o estágio tive um contato próximo com cada um destes tipos de medicamentos, sendo, curiosamente, os medicamentos genéricos os dispensados em grande maioria.

Convém também uma referência especial, dadas as suas singularidades, refletidas na existência de uma legislação particular, a medicamentos psicotrópicos e estupefacientes. Estes atuam diretamente no sistema nervoso central, são utilizados no tratamento de diversas doenças e têm várias aplicações em variadas situações clínicas. No entanto, além das suas propriedades benéficas, estas substâncias apresentam riscos, podendo induzir habituação e dependência física e/ou psíquica (INFARMED, Psicotrópicos e Estupefacientes, 2010).

Em farmácia comunitária estão também disponíveis para dispensa medicamentos à base de plantas, caracterizados por possuírem “exclusivamente como substâncias ativas uma ou mais substâncias derivadas de plantas, uma ou mais preparações à base de plantas ou uma ou mais substâncias derivadas de plantas em associação com uma ou mais preparações à base de plantas” (Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto, 2006).

Além dos medicamentos disponíveis para dispensa, é possível realizar a produção de medicamentos na comumente designada Farmácia de Oficina – medicamentos manipulados. Estes, constituem “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico” (Portaria nº 594/2004, 2004).

No entanto, não só medicamentos de uso humano podem ser dispensados em Farmácia Comunitária. A dispensa de medicamentos de uso veterinário é possível neste âmbito, sendo estes “toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (Decreto-Lei nº 314/2009, 2009).

Os medicamentos podem ainda ser classificados mediante a categoria farmacoterapêutica em que os mesmos se inserem. Assim, em Portugal, através do Despacho nº 4742/2014, de 21 de março, adotou-se também a classificação Anatomical Therapeutic Chemical Code (ATC) adotada pela Organização Mundial da Saúde (Despacho nº 4742/2014, 2014). Esta classificação congrega 20 grupos gerais as várias famílias medicamentosas. Cada grupo corresponde de uma forma geral a um sistema humano ou local de ação do fármaco.

4. Aprovisionamento e Armazenamento

De forma a garantir o provisionamento de medicamentos e produtos de saúde à população, é fundamental garantir que a farmácia se abastece dos mesmos, segura e adequadamente. Neste sentido, o aprovisionamento e o armazenamento são etapas fundamentais na gestão de uma farmácia comunitária. Pela sua importância, as primeiras três semanas de estágio foram quase inteiramente dedicadas à aprendizagem e à realização de todos os processos associados e inerentes ao aprovisionamento e armazenamento de medicamentos e produtos de saúde na FSMC.

4.1. Fornecedores e critérios de seleção

As farmácias comunitárias apenas podem fazer a sua aquisição de produtos a distribuidores grossistas devidamente autorizados (Decreto-Lei n.º 307/2007, 2007). Os distribuidores grossistas têm, então, a função de garantir o aprovisionamento das farmácias mediante as necessidades e requisitos destas. São, por isso, os intermediários entre os laboratórios e as farmácias.

A FSMC possui três principais distribuidores grossistas com os quais colabora mutuamente: a Alliance Healthcare, a Empifarma e a Cooprofar. No entanto, a FSMC também recorre a outros armazenistas, no caso de que pela compra de produtos específicos provenha maior rentabilidade.

Dos três distribuidores grossistas, também eles armazenistas, a Alliance Healthcare ocupa lugar de privilégio devido às condições que oferece, à sua localização e pelo facto de que de entre os três enunciados, ser aquele que fornece a farmácia duas vezes por dia – pela manhã e a meio da tarde – enquanto que tanto a Empifarma como a Cooprofar apenas fornecem a FSMC pela manhã.

Porém, existem outros aspetos e critérios a ter em conta na seleção do fornecedor. A disponibilidade do produto requisitado é um critério primário. Esta informação pode ser consultada pelo sistema informático 4DigitalCare, como através de chamada telefónica.

O preço do produto, também ele disponibilizado pelo sistema informático, é sem dúvida um critério de seleção e de exclusão de fornecedor, assim como as bonificações e descontos oferecidos pelos mesmos. Devido a acordos tripartidos entre laboratórios, distribuidores e a farmácia, um produto específico pode ser por si só um fator de escolha do distribuidor ao qual se fará a encomenda do mesmo.

Todos estes critérios de seleção são definidos e ajustados pelo Dr. João e pela diretora-técnica, que se assegura de que todo o pessoal da farmácia os cumpra, de forma que a elaboração de encomendas na FSMC seja metódica e criteriosa.

4.2. Encomendas: elaboração e conferência

Definidos os critérios de seleção do fornecedor, segue-se a elaboração da encomenda propriamente dita. Na FSMC realizam-se quatro tipos de encomendas: a encomenda diária, a encomenda direta – via sistema informático ou chamada telefónica –, a encomenda via verde e a encomenda via e-mail.

Na FSMC realiza-se uma encomenda diária ao fim da tarde, e por vezes uma outra ao fim da manhã, caso durante a manhã tenha havido uma saída substancial de medicamentos e produtos da farmácia. A encomenda diária de final de tarde é a de maior importância devido ao volume de produtos envolvidos. Através do 4DigitalCare é possível aceder à página de Gestão de Encomendas. A partir daqui o sistema lista todos aqueles produtos cujo stock se encontra abaixo do stock mínimo definido pela farmácia.

Ora, ainda que não seja sujeita a uma norma que se possa dizer linear, a saída de um produto é influenciada por uma série de fatores, nomeadamente, a “escolha” médica em voga, a época sazonal, um utente específico. É através, não só, mas também, destes fatores que na FSMC está definido o stock máximo e um stock mínimo de cada produto a haver na farmácia.

É por meio da definição deste intervalo de stock, aliada à quantidade vendida e dispensada no dia, na farmácia, que o 4DigitalCare lista e sugere os produtos e encomendar. De forma geral, na FSMC encomenda-se diariamente até ao dia quinze de cada mês para o stock máximo definido. Do dia quinze ao último dia do mês encomenda-se para o stock mínimo. Posto isto, seleciona-se o fornecedor mediante os critérios já descritos.

No entanto, nem sempre este processo é estrito. Através da página onde se elabora a encomenda diária é disponibilizada informação sobre a saída de cada um dos produtos. Acontece, que, por vezes, um produto que não tem stock mínimo nem máximo definido, é sugerido na encomenda porque teve saída na farmácia nesse dia. Aqui é importante interpretar a informação das saídas desse produto, e se realmente é necessário, ou não, realizar a encomenda do mesmo.

A encomenda instantânea ocorre caso se verifique a não existência de um medicamento ou produto durante o atendimento a um utente. Ela ocorre através do 4Digitalcare ou por via telefónica. Por diversas vezes, durante o estágio, ocorreu que o 4DigitalCare informava que a disponibilidade do produto em questão estava sujeita a confirmação. Nestes casos, e outros

semelhantes, a requisição foi realizada por chamada telefónica ao armazenista, sendo esta a forma mais eficaz de garantir o aprovisionamento.

A encomenda via-verde é feita através do 4DigitalCare para os medicamentos que constam na Circular Informativa do INFARMED sobre o Projeto Via Verde do Medicamento e no Protocolo de Colaboração no mesmo âmbito (INFARMED, 2015), mediante uma receita médica válida. Durante o estágio, tive a oportunidade de recorrer a este tipo de encomenda, particularmente na encomenda de Pentasa® 1000 mg, comprimido de libertação prolongada, blister de 60 unidades, um dos medicamentos constante na lista publicada em anexo do Projeto Via Verde do Medicamento.

A encomenda via e-mail é realizada em casos específicos, geralmente de forma direta a laboratórios ou fornecedores, e normalmente pela diretora-técnica ou pelo farmacêutico encarregado de gerir as vendas.

4.2.1. Receção de encomendas

Os medicamentos e produtos de saúde encomendados são, então, entregues pelos distribuidores e armazenistas selecionados para o efeito. Estes produtos vêm acondicionados em caixas de plástico seladas, comumente conhecidas por “banheiras”. Ao serem abertas, verifica-se se os produtos vêm acompanhados da respetiva fatura ou guia de remessa. Caso algum destes esteja em falta, é imediatamente contactado o distribuidor e armazenista em causa.

Através do 4DigitalCare acede-se ao separador “Gestão de Encomendas”, verifica-se na fatura o número da encomenda, caso ele exista, seleciona-se esse número no sistema informático e finaliza-se na opção “Receber”. Caso o número de encomenda não exista – como é caso nas encomendas realizadas telefonicamente –, é realizada uma “receção direta”, que se efetua exatamente do mesmo modo que a primeira.

É feita então a leitura ótica de todos os produtos listados na encomenda a rececionar. Durante essa leitura ótica, é verificada a validade de cada um dos produtos, sendo norma na FSMC a não aceitação de MSRM com validade inferior a 6 meses a partir do dia da receção. A validade só é definida no sistema caso o medicamento ou produto não exista em stock, ou se a validade for inferior à validade dos mesmos produtos existentes em stock. Também é verificado o acondicionamento dos medicamentos e produtos rececionados, e se os mesmos não se encontram danificados.

Após a leitura ótica dos produtos, é verificado se o número de unidades rececionadas é o mesmo que consta na fatura. É então verificado o Preço de Venda à Farmácia (PVF) de cada um dos produtos, bem como o Preço de Venda ao Público (PVP). Caso o preço no sistema informático não coincida com o preço que consta na fatura, é alterado no sistema para este último e

comunica-se ao armazém. Verifica-se, então, no final se o valor total apresentado pelo sistema informático coincide com o descrito na fatura.

A receção de encomendas é finalizada com a introdução do número de fatura no sistema. A fatura original é arquivada e destinada a procedimentos de contabilidade, enquanto uma cópia é guardada em dossier próprio na farmácia.

Na FSMC, após a receção de encomenda, é possível satisfazer as reservas de produtos que não existiam na farmácia e informar via mensagem telefónica os utentes que os reservaram. Finalmente, verifica-se os preços e margens de comercialização dos medicamentos e produtos de venda livre – como veremos de seguida – procedendo depois à sua devida etiquetagem. Dá-se neste ponto por concluído o processo de receção de encomenda.

4.3. Preços e margens de comercialização

Uma etapa importante durante e após a receção de encomendas é a verificação de preços. Uma vez que tanto os MSRM como os MNSRM participados têm o seu preço estipulado por Decreto-Lei, de acordo com o número um do 103º artigo do (Decreto-Lei nº 176/2006, 2006), estes preços vêm inscritos nas respetivas embalagens sob a denominação de PVP.

Para os restantes medicamentos e produtos, na FSMC está estipulada uma margem de comercialização para cada produto tendo em conta o PVF, assim como o Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA). Após este ajuste, realizado em cada receção de encomenda que contenha produtos de venda livre, o PVP é, então, impresso numa etiqueta própria, sendo afixada na embalagem do produto.

4.4. Armazenamento

Após a receção dos medicamentos e produtos de saúde, os mesmos são armazenados. Os produtos de saúde e de cosmética são expostos, sendo o excedente armazenado em prateleiras situadas no armazém secundário. O mesmo acontece com os MNSRM, mas sendo, neste caso, expostos em locais onde o público não tem acesso físico – i.e. atrás do balcão de atendimento. Os medicamentos e produtos que são armazenados no já referido cockpit atrás do balcão são organizados alfabeticamente pelo seu nome comercial.

Os medicamentos e produtos de saúde que necessitam de condições de frio são armazenados no frigorífico existente no armazém secundário, havendo uma prateleira dedicada inteiramente a insulinas, outra a injetáveis e uma terceira a medicamentos e produtos de uso ocular e

ginecológicos, todos eles ordenados alfabeticamente pelo seu nome comercial. Existe, ainda, uma outra prateleira destinada a medicamentos e produtos de saúde reservados por utentes.

No armazém secundário existe também o móvel de gavetões extensíveis. Aqui são armazenados a grande maioria de MSRM. Aqueles cuja forma farmacêutica é comprimido ou cápsula, que ocupam a maior parte deste local de armazenamento, são ordenados alfabeticamente pelo nome da substância ativa e ordenados, dentro da mesma substância ativa, por dose, forma farmacêutica e unidades da embalagem.

Neste móvel de gavetões, os xaropes, pós, granulados, soluções cutâneas e soluções orais, são armazenados nos respetivos gavetões e ordenados, de igual forma, alfabeticamente. Há, também, neste móvel uma gaveta selada destinada ao armazenamento de psicotrópicos e estupefacientes.

Por fim, existem ainda mais três gavetas destinadas a medicamentos e produtos reservados por utentes, que não necessitem de frio. Uma para as reservas faturadas pagas, outra para as reservas faturadas não pagas e a terceira destinada a reservas não faturadas. Esta organização é extremamente favorável à organização da farmácia e à eficácia durante atendimento.

O armazém primário, num local distinto do armazém secundário, é o local de armazenamento do stock excedente do móvel de gavetas, bem como das matérias-primas, produtos de saúde e dispositivos médicos. Neste armazém, existe um móvel de prateleiras destinada a produtos a aguardarem destruição, estando separados dos demais existentes na farmácia, com a validade prestes a expirar, e os que aguardam recolha pelo fornecedor. A reposição de stock, isto é, a retirada de medicamentos e produtos de saúde do armazém primário para o armazém secundário, cockpit e prateleiras é realizada uma ou duas vezes por semana, dependendo da quantidade de movimentos de saída de produtos.

Em qualquer dos locais descritos, estipulou-se e observa-se a regra conhecida como “first expired, first out”. Por esta regra, aqueles produtos cuja validade termina primeiramente são dispensados primeiro, estando por isso todos os produtos, dentro da mesma categoria, organizados também por validade. Acresce que, de forma extremamente organizada, cada um dos locais de armazenamento está devidamente identificado.

Durante o estágio tive a oportunidade de intervir nesta organização, nomeadamente na realização de novo separadores de identificação de medicamentos armazenados no móvel de gavetões extensíveis.

4.4.1. Controlo de Temperatura e Humidade

De forma a garantir as condições de conservação de todos os medicamentos e produtos, durante o seu armazenamento, é realizado um controlo da temperatura e da humidade nos locais de

armazenamento. Uma vez por semana, por norma à sexta-feira, é elaborado um mapa onde constam os valores de temperatura e humidade medidos entre intervalos regulares ao longo de cada dia da semana. Para a medição destes valores são usados cinco termohigrómetros dispostos em diferentes áreas de armazenamento: no armazém primário, no armazém secundário, na área de atendimento, no frigorífico e no laboratório. Estes termohigrómetros realizam três medições diárias.

Através do mapa obtido, com os valores medidos, é verificado se os valores obtidos, tanto de temperatura como de humidade, se encontram dentro dos limites estabelecidos. Para a temperatura ambiente assume-se como estando dentro do limite temperaturas compreendidas entre 15°C e 25°C; para a temperatura em condições de frio, ou seja, no frigorífico, entre um mínimo de 2°C e um máximo de 8°C; para a humidade assume-se como estando dentro do limite uma medição que não ultrapasse os 65% de humidade relativa.

Posto isto, são, então, impressos os gráficos e tabelas correspondentes aos valores medidos por cada termohigrómetro, todas as semanas, sendo estes analisados e arquivados em dossier próprio. Caso as medições não estejam de acordo com os limites, é anotado e justificado, caso se tenha percebido a razão, e imediatamente é feito o ajuste da temperatura ambiente. De forma a garantir a fiabilidade das medições, todos os termohigrómetros são calibrados uma vez por ano, sendo o registo das calibrações, também ele, arquivado.

4.4.2. Controlo de prazos de validade

No que concerne a prazos de validade, os mesmos são sujeitos a um controlo diário e mensal. Diário, na medida em que a cada receção de encomenda é verificada, e introduzida no sistema sempre que no momento da receção não exista o produto rececionado na farmácia, a validade do produto. Ademais, mensalmente é retirada e analisada uma lista de todos os medicamentos e produtos de saúde cuja validade expire nos quatro meses seguintes. Este duplo controlo garante que não seja dispensado, ou vendido, qualquer produto cuja validade tenha terminado ou possa terminar antes de se garantir o seu consumo ou administração.

Ao ser verificado que existem produtos armazenados cuja validade expire durante os próximos quatro meses, a partir do momento do controlo mensal, esses mesmos são colocados em local próprio, à parte de todos os outros, no armazém primário. Assim, é possível corrigir a validade que consta no sistema informático para a validade real do produto. Estes produtos são posteriormente recolhidos e destruídos.

4.5. Devoluções e reclamações – critérios e processo

Ao ser rececionada a encomenda, caso se verifique a danificação de alguma embalagem, a mesma é devolvida ao fornecedor. Para isto, é emitida uma nota de devolução onde se indica o número da fatura do envio do produto à farmácia, o CNP (Código Nacional de Produto), a quantidade, o lote do produto e o motivo de devolução. O processo é o mesmo caso tenha havido um erro no pedido por parte da FSMC.

A nota, ou guia, de devolução é impressa em triplicado, sendo o original e duplicado destinado ao fornecedor e o triplicado a ser arquivado na farmácia após registo por parte do motorista da entidade fornecedora.

Por outro lado, caso um produto tenha sido enviado, mas não faturado, é reimpressa e enviada a fatura ao fornecedor, após ser avisado telefonicamente, nomeando qual o produto que, erroneamente, foi enviado e não faturado, conjuntamente com o produto em questão.

Uma recolha por circular implica também a devolução de um produto. Nesse caso, as embalagens cujos lotes vêm discriminados na circular são devolvidos ao titular de AIM – Autorização de Introdução no Mercado – através do fornecedor caso não apresentem qualquer dano.

Em todas as devoluções praticadas, o acondicionamento dos produtos é sempre realizado devidamente, ou seja, caso um produto necessite de conservação no frio, o mesmo é armazenado à parte no frigorífico e só no momento da recolha é colocado num recipiente térmico próprio para transporte ao armazenista. Ao ser aceite pelo fornecedor, este emite uma Nota de Crédito, um produto com validade diferente – caso o produto previamente enviado à farmácia não cumpra os critérios de validade, por exemplo – ou um outro produto. Se por alguma razão o produto não for aceite pelo armazenista, o mesmo é devolvido à farmácia, podendo ser reintegrado no stock, ou não.

Uma outra situação implica a faturação de um produto que não tenha sido enviado pelo fornecedor. Neste caso, é feita uma reclamação ao call-center do armazenista. Esta reclamação é devidamente registada e arquivada na farmácia. Nesta reclamação é solicitado o envio do referido produto ou uma nota de crédito.

Durante o estágio, tive a oportunidade de realizar todos estes processos de reclamação e devolução, nomeadamente, a recolha pela circular nº 101/CD/550.20.001 do INFARMED (INFARMED, 2021) – disponibilizada em anexo.

5. Dispensa de medicamentos e produtos de saúde

A dispensa de medicamentos e/ou produtos de saúde é uma das principais responsabilidades de um farmacêutico no âmbito da Farmácia Comunitária. No que respeita aos medicamentos, a sua dispensa difere caso esta incida em MSRM ou em MNSRM.

Estão sujeitos a receita médica todos os medicamentos que possam constituir um risco para a saúde do doente, mesmo quando usados para o fim a que se destinam, caso sejam utilizados sem vigilância médica ou com frequência e em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam. São ainda MSRM aqueles que contenham substâncias, cuja atividade ou reações adversas seja indispensável aprofundar, bem como aqueles que se destinem a ser administrados por via parentérica (Decreto-Lei nº 176/2006, 2006).

Todos os medicamentos sobre os quais não recaia nenhuma das condições anteriormente referidas, são considerados MNSRM.

5.1. Dispensa de medicamentos não-sujeitos a receita médica: aconselhamento farmacêutico nas situações passíveis de automedicação

A utilização de MNSRM, responsabilmente, corresponde ao que se designa de “automedicação”. Assim, a automedicação é lícita caso vise o alívio ou o tratamento de situações de saúde ligeiras e sem gravidade, não descuidando a assistência ou aconselhamento de um profissional de saúde. Neste sentido, as situações passíveis de automedicação são descritas pelo INFARMED no Despacho nº 17690/2007, de 23 de julho (Despacho nº 17690/2007, 2007).

Desta forma, verifiquei ao longo do estágio, que é recorrente o recurso ao aconselhamento farmacêutico, por parte de utentes, que procuram automedicar-se para situações passageiras, como por exemplo, uma picada de inseto ou desconforto gástrico. Nestas situações, procura-se excluir causas de maior gravidade, através da explicação dos sintomas por parte do utente, e a apresentação, por parte do farmacêutico, das melhores opções terapêuticas que recaiam sobre os MNSRM.

Ao longo do estágio, em todas as situações passíveis de automedicação, procurei, deste modo, excluir qualquer causa que necessitasse de intervenção médica – quando não se podia cumprir este requisito, alertava o utente para a necessidade de recorrer a ajuda médica – e depois, procurava selecionar as opções disponíveis, conversando com o utente sobre as suas diferenças,

formas de administração, posologia e duração recomendada do tratamento. Não raras as vezes, os utentes demonstravam desde logo preferência por um medicamento específico, derivado da sua experiência e credibilidade em relação ao mesmo.

Dada a altura sazonal – outono/inverno – a automedicação para o alívio de sintomas gripais foi recorrente. No ato da dispensa de MNSRM, também foi sempre importante alertar o utente para medidas não farmacológicas que poderiam aliviar os seus sintomas.

5.2. Dispensa de medicamentos sujeitos a receita médica

5.2.1. Verificação e validação da receita médica

Após a apresentação de uma receita médica, a mesma deve ser verificada e validada. Assim sendo, é importante clarificar o termo “receita médica” bem como as formas/tipos em que a mesma existe. A receita médica configura, então, o meio de prescrição de medicamentos. Esta, deve ser feita de forma eletrónica conforme a Portaria nº 224/2015, de 27 de julho. Excepcionalmente, em termos definidos na lei pela Portaria referida, pode ser realizada a prescrição manualmente (Portaria nº 224/2015 , 2015).

Assim, existem três tipos de receitas médicas: a receita eletrónica desmaterializada; a receita eletrónica materializada; a receita manual. Este último tipo de receita, como exceção, é válida em caso de falência informática, no caso de inadaptação do prescriptor ao uso da via eletrónica ou caso a prescrição ocorra no domicílio. Estas exceções devem ser assinaladas na própria receita, havendo também um limite máximo de quarenta receitas prescritas manualmente por prescriptor (Portaria nº 224/2015 , 2015).

Por outro lado, a apresentação de uma receita manual requer uma validação especialmente atenta por parte do farmacêutico. Este deve verificar o número da receita, o local de prescrição, a identificação do médico prescriptor, a identificação do utente – e respetiva identificação do regime especial de participação, caso exista –, da entidade participante e do medicamento; a posologia e duração do tratamento; a data de prescrição; a validade.

A identificação do medicamento deve ser realizada por Denominação Comum Internacional (DCI) ou por marca/nome comercial. No primeiro caso, acresce a clarificação da forma farmacêutica, dosagem, apresentação da embalagem e o Código Nacional para a Prescrição Eletrónica de Medicamentos (CNPEM) que identifica agrupando todos os termos referidos.

A prescrição através da marca/nome comercial do medicamento pode realizar-se caso não haja medicamento genérico participado ou caso a existência do medicamento de marca seja o único no mercado, dentro da mesma substância ativa e forma farmacêutica; devido a

propriedades industriais específicas ou salvo justificação por parte do prescritor para a não substituição do medicamento prescrito. Estas justificações devem estar expressas na receita médica em questão. Nelas se incluem a existência de uma margem ou índice terapêutico estreito, uma reação adversa prévia – desde que reportada ao INFARMED – ou uma continuidade de tratamento superior a 28 dias (Portaria nº 224/2015 , 2015).

Além destes aspetos gerais descritos, cada tipo de receita tem as suas particularidades, que por sua vez necessitam de ser ou podem ser verificadas antes do ato de dispensa. No caso da receita eletrónica materializada é feita a referência ao tipo de receita (e.g.: RN para receita normal; MM para prescrição de medicamentos manipulados), mas também à via, que pode ir até três, correspondendo a cada uma delas um número de receita distinto.

Relativamente à validade e ao número de embalagens da prescrição, neste tipo de receitas, a validade corresponde ao período de 30 dias após a data de emissão – podendo ser renovável com uma validade de 6 meses. Por sua vez, o número de embalagens pode corresponder até um total de quatro, podendo corresponder a quatro medicamentos distintos, mas nunca ultrapassando duas embalagens por medicamento. Exceção feita caso um medicamento se apresentar em forma unitária. Neste tipo de receitas, a assinatura do médico prescritor é obrigatória. Às receitas manuais aplicam-se as mesmas regras de prescrição, que devem ser rigorosamente verificadas antes da dispensa.

Respeitante às receitas eletrónicas desmaterializadas, estas refletem esforços do avanço tecnológico na área da saúde, bem como a uniformização global do processo de prescrição-dispensa. Porém, ao longo do estágio pude constatar a dificuldade e confusão que, por vezes, esta forma de prescrição cria em pessoas mais idosas ou oriundas de um meio ruralizado.

Nestas receitas, cada linha de prescrição corresponde a um medicamento ou produto de saúde, podendo ele ser identificado diretamente pelo CNPEM correspondente ou um outro código identificador. Contrariamente às receitas manuais e eletrónicas materializadas, as receitas eletrónicas desmaterializadas podem conter em cada linha de prescrição duas ou até seis embalagens, dependendo do tempo de duração do tratamento, correspondendo a cada um dos casos uma validade específica. Isto é, 60 dias para tratamentos de curta/média duração, seis meses para tratamentos de longa duração (Portaria nº 224/2015 , 2015).

Excecionam-se as regras acima caso a forma do medicamento seja unitária, ou através de fundamentação médica inscrita no processo clínico do utente.

5.2.2. A interação farmacêutico-utente no ato de dispensa

Feita a verificação e validação da receita, cabe ao farmacêutico que procede ao atendimento do utente, completar a dispensa. Para isso deve confirmar com o utente os medicamentos prescritos e perceber se todos eles se adequam à situação clínica do utente, bem como confirmar

informações adicionais dadas ao utente no processo de prescrição. Qualquer dúvida que surja neste processo deverá ser esclarecida, ultimando-se com o contato com o médico prescritor, se necessário. Deve, também, ser fornecida a informação ao utente, sempre que aplicável, do seu direito de opção, isto é, do direito de escolha por um medicamento similar que possua um menor preço.

Na dispensa de medicamentos é, e foi, desde sempre, importante reforçar ao utente a posologia e a forma de administração, bem como interações ou efeitos adversos que possam ocorrer, especialmente no caso destes poderem ocorrer com maior frequência na população em que o utente se insere.

Por fim, se a dispensa se efetuou mediante uma receita manual ou uma receita eletrónica materializada, esta é impressa, assinada pelo utente – confirmando a dispensa efetuada ao próprio –, assinada pelo farmacêutico, carimbada e datada no seu verso, sendo por fim arquivada numa gaveta própria para efeitos de posterior verificação e faturação.

5.2.3. Receituário, faturação e regimes de participação

A verificação do receituário arquivado é feita mensalmente. As receitas manuais e as receitas eletrónicas materializadas são organizadas consoante o organismo responsável pela participação dos medicamentos em questão. Para a cobrança dos valores relativos à participação, as receitas são agrupadas de acordo com as suas características e enviadas para o Centro de Controlo e Monitorização do SNS (CCM SNS). Este envio é feito por correio registado, no caso de receitas manuais ou materializadas, ou de forma automática, no caso de receitas eletrónicas desmaterializadas, até ao dia 10 do mês seguinte ao mês sobre o qual incide a participação.

Além do envio do receituário, são enviadas também a fatura eletrónica mensal correspondente ao valor da participação do Estado no PVP dos medicamentos dispensados, e notas de débito ou de crédito – isto se houver alguma retificação de inconformidades detetadas em faturas anteriores. Envia-se também a relação resumo de lotes e os seus verbetes de identificação (Portaria nº 223/2015, 2015).

Relativamente à já referida organização das receitas, estas são organizadas em lotes. Deste modo, agrupa-se até no máximo trinta receitas por cada lote. A título de exemplo, podemos referir o lote 30 – agrupa as receitas de pensionistas da indústria de lanifícios – ou o lote 17 – correspondente a receitas de migrantes. De realçar que dada a história socioeconómica da região em que a FSMC se insere, são bastantes as receitas com participação especial a pensionistas da indústria dos lanifícios.

Para efeitos de cobrança a outras entidades que não o Estado, ou particularmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) o processo é realizado de forma semelhante, mas a informação é

enviada à AFP que dá seguimento ao processo de participação, fazendo o envio para cada uma das entidades complementares.

5.3. Dispensa de psicotrópicos e estupefacientes

Os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes possuem algumas particularidades no que concerne à sua dispensa. Como indicam as Normas Relativas à Dispensa de Medicamentos, do INFARMED (INFARMED, 2019), deve ser verificada se, no caso de receitas manuais ou eletrónicas materializadas, a prescrição deste tipo de medicamentos foi feita isoladamente em receita do tipo RE. As receitas manuais são fotocopiadas e a cópia é arquivada em local próprio. Segundo o mesmo documento, todas as regras aplicáveis à dispensa de MSRM são aplicáveis aos medicamentos psicotrópicos e estupefacientes.

No sistema informático, ao finalizar a dispensa, é, no entanto, necessário registar dados relativos à pessoa à qual foi realizada a dispensa, nomeadamente através do número de identificação civil e identificação da prescrição. Terminando a dispensa, é impresso um talão, através do qual se pode obter informação acerca do prescriptor, do utente, do adquirente e do medicamento dispensado. Este talão é arquivado em gaveta própria.

Atá ao dia 8 de cada mês são enviados ao INFARMED as cópias das receitas manuais do tipo RE, assim como os talões de dispensa. Anualmente, até ao término do mês de janeiro, é enviado ao INFARMED o registo de entradas e saídas, da farmácia, de todos os medicamentos psicotrópicos e estupefacientes (INFARMED, 2015). Como referido num capítulo anterior, na FSMC, é feito semanalmente um controlo interno de confirmação de stock dos medicamentos psicotrópicos e estupefacientes.

Tanto as cópias das receitas manuais e materializadas, como os talões de dispensa e mapas de balanço de entradas e saídas destes medicamentos, são arquivados num dossier por um período de 3 anos.

5.4. Dispensa de medicamentos de uso veterinário

O controlo da procriação ou preocupações em torno de infeções parasitárias nos animais são temas trazidos por utentes da farmácia. É de notar, que, pelo menos daquilo que pude experienciar, surgem durante o atendimento e dispensa de medicamentos para o próprio utente. No entanto, poderão revelar alguma preocupação e necessidade de aconselhamento dos utentes relativamente a assuntos relacionados com os seus animais de estimação.

Assim, as pílulas anticoncepcionais para gatos, assim como as coleiras desparasitantes, são produtos procurados, nomeadamente, e conforme pude constatar, por utentes de zonas bastante ruralizadas. Esta procura poderá constituir uma oportunidade perfeita para o farmacêutico promover não só a saúde do utente, mas também da saúde do utente em conjunto com o seu animal de estimação, e simultaneamente, promover o bem-estar animal.

5.5. Dispensa de medicamentos hospitalares

Na FSMC procede-se por vezes à dispensa de medicamentos hospitalares, a pedido de alguns utentes, ao abrigo legal do Despacho nº 4270-C/2020, de 7 de abril. Em contexto pandémico, tornou-se possível, por via deste despacho do gabinete da senhora Ministra da Saúde, dispensar em farmácia comunitária medicamentos provenientes do âmbito hospitalar (Despacho nº 4270-C/2020, 2020).

Assim, após a receção dos medicamentos enviados pelo hospital, é feita a verificação da medicação enviada e agendada com o utente a dispensa. No ato da dispensa, confirma-se com o utente se não existem sinais ou sintomas sugestivos de efeitos adversos. Caso existam, é boa prática entrar em contato com o farmacêutico hospitalar, cujo contato é também disponibilizado aquando do envio da medicação para a farmácia comunitária. Ainda no ato da dispensa é registada no sistema informático a realização da mesma.

Durante o estágio, tive a oportunidade de proceder uma vez a este tipo de dispensa, e de observar umas outras três. Dado o volume de dispensa ao balcão característica da FSMC, pude constatar que este protocolo permitiu a que o utente não saísse prejudicado devido às restrições impostas provindas do contexto pandémico.

5.6. Dispensa de produtos de saúde

Além de medicamentos, na FSMC são dispensados, por vezes derivado do próprio aconselhamento farmacêutico, outros produtos de saúde. No entanto, a dispensa deste tipo de produtos ocorre maioritariamente pela procura por parte do utente.

Salientar que devido à vasta gama existente, acompanhada por uma forte cultura de marketing em torno de alguns destes produtos, a aprendizagem do farmacêutico é constante e extremamente exigente neste campo.

5.6.1. Dispensa de dispositivos médicos

Além da definição dada num capítulo anterior, os dispositivos médicos são classificados em classes – I, IIa, IIb e III – consoante a “vulnerabilidade do corpo humano e atendendo aos potenciais riscos decorrentes da conceção técnica e do fabrico” (Decreto-Lei nº 145/2009, 2009).

Dentro da primeira classe, são inseridos os sacos para ostomia e sacos coletores de urina. Estes dispositivos são comparticipados caso sejam prescritos via eletrónica – cumprindo-se mais uma vez a necessidade de que ao serem prescritos por receita manual ou materializada, o sejam isoladamente (INFARMED, 2019).

Nesta classe também se inserem os pensos e fraldas de incontinência, tendo estes dispositivos médicos bastante saída na FSMC – relembrando o contexto social em que a farmácia se insere e a faixa demográfica que maioritariamente serve. Existindo vários tamanhos no mercado, foi sempre importante perceber junto dos utentes a quem se destinavam, uma vez que não poucas vezes se destinavam a pessoas acamadas. Neste sentido, procurou-se sempre dar o melhor aconselhamento, não só devido aos tamanhos, mas também aos formatos disponíveis atualmente no mercado.

Em contexto pandémico, a dispensa de autotestes de antigénio do SARS-Cov-2, um dispositivo médico para diagnóstico in vitro, foi bastante relevante dada a elevadíssima. Pela importância deste tipo de rastreio, reforçada pelas autoridades de saúde, foi sempre prática, na FSMC, perceber junto do utente se tinha conhecimento ou experiência em realizar este tipo de testes. Em caso negativo, o processo foi explicado detalhadamente. Simultaneamente, procurou-se sempre esclarecer todos os utentes, aos quais foi cedido autoteste, sobre dúvidas ou questões acerca do vírus causador da COVID-19, bem como a promoção das medidas de higiene e segurança em prática e em vigor.

5.6.1.1 Dispensa de produtos relacionados à diabetes mellitus

As lancetas e agulhas destinadas ao processo de medição de glicemia incluem-se também na categoria de dispositivos médicos, correspondendo a uma parte importante deste tipo de produtos dispensados em farmácia comunitária, particularmente na FSMC.

Uma vez que a verificação dos níveis de glicose no sangue é fundamental na autogestão do controlo da glicemia, produtos destinados a este controlo são abrangidos por uma comparticipação especial por parte do Estado. Assim, em receitas manuais ou eletrónicas materializadas, este tipo de produtos e dispositivos devem ser prescritos isoladamente em receitas identificadas por MDB, e LMDB em receitas eletrónicas desmaterializadas, como referido nas Normas Relativas à Dispensa de Medicamentos (INFARMED, 2019).

Ao abrigo desta comparticipação especial, as tiras-teste e sensores para determinação da glicose são comparticipados a 85%. Por sua vez, as agulhas, seringas e lancetas são comparticipadas a

100% pelo SNS (Portaria n.º 35/2016, 2016). Tal como os MSRM, também estes dispositivos médicos possuem impressos nas suas embalagens o PVP sobre o qual incide a comparticipação.

5.6.2. Dispensa de produtos de dermofarmácia, cosmética e higiene

Na FSMC, existe uma preocupação pela disponibilização de produtos de dermofarmácia, nomeadamente de produtos de marcas altamente conceituadas no mercado cosmético. A procura por produtos de hidratação e antirrugas foi diário, sendo procedente, de modo usual, de uma população feminina e pós-menopausa.

Também era esta população que por vezes procurava aconselhamento relativamente à sua higiene íntima. Havendo produtos no mercado farmacêutico destinados às características fisiológicas e anatómicas desta população, como por exemplo a secura vaginal, eram estes vivamente aconselhados. Em conversa com as utentes, foi perceptível o desconhecimento de necessidades especiais de higiene na pós-menopausa, o que muitas vezes se refletia no desconforto no seu dia-a-dia.

Nos produtos de higiene incluem-se também aqueles destinados à higiene oral – como as pastas de dentes.

Porém, é de realçar que a maioria dos utentes, de forma rotineira, recorria à farmácia na procura de um produto específico, com o qual já estavam familiarizados. Neste seguimento, é nos produtos cosméticos e de higiene que, da minha experiência ao longo do estágio, pude verificar uma maior desconfiança por parte dos utentes do aconselhamento farmacêutico. A familiarização, o uso e o consumo de determinada marca desde há muito é um fator bastante preponderante na escolha do utente de um produto de dermofarmácia.

5.6.3. Dispensa de fitoterapia, suplementos alimentares e produtos dietéticos

A fitoterapia corresponde ao uso de produtos e medicamentos à base de plantas com fins terapêuticos, e estes são por vezes procurados na medida em que o seu consumo é associado a um menor risco. Como qualquer produto ou medicamento dispensado em farmácia, é feito sempre um aconselhamento ao utente sobre a posologia recomendada, interações medicamentosas e efeitos secundários possíveis. De entre os produtos mais procurados estão aqueles que se destinam ao controlo da ansiedade e insónias, ou laxantes – destacando produtos à base de valeriana e à base do sene, respetivamente.

Relativamente aos suplementos alimentares, estes tinham elevada procura, particularmente em pessoas que sentiam diminuição na sua capacidade cognitiva. Devido à imensidão, no que toca à semelhança dos seus componentes constituintes, bem como ao tipo destes produtos, creio que não poucas vezes dificultar-se-á o aconselhamento. No entanto, na FSMC, a própria organização

do espaço e da exposição destes produtos permite de forma exemplar a apresentação dos produtos, bem como o esclarecimento de quaisquer dúvidas relativas à sua composição.

Mais uma vez, tal como nos produtos cosméticos, os utentes procuravam muita vez um suplemento alimentar específico, ou devido à já familiarização, ou devido ao papel eficaz do marketing, nomeadamente televisivo. Assim, procurou-se sempre, junto do utente, perceber se existia realmente a necessidade da toma do suplemento, e em caso afirmativo tentou-se apresentar todos os disponíveis para determinada condição, bem como a diferença – ainda que por vezes ténue – entre a sua composição.

Relativamente a produtos dietéticos, os mais procurados na FSMC são aqueles destinados a uma possível subnutrição ou dificuldade na deglutição dos géneros alimentícios. Perceber a causa da má alimentação ou da própria subnutrição é sempre importante, e é feito o encaminhamento médico, caso este não tenha sido feito anteriormente.

No que concerne ao aconselhamento dos produtos dietéticos, o mesmo depende da causa, de fatores condicionantes e do tipo de utente a que se destina. Isto, tendo em conta a variada gama de produtos, o que permite de facto que este tipo de alimentação cumpra com as necessidades do utente, particularmente as nutricionais. A escolha de uma textura ou sabor específico pode por vezes ajudar, e muito, à observância desta forma especial de alimentação.

6. Preparação de medicamentos e serviços farmacêuticos

6.1. Preparação Individualizada de Medicação

A FSMC é responsável pela Preparação Individualizada da Medicação (PIM) a determinados utentes da Associação de Socorros Mútuos – Mutualista Covilhanense inscritos no Centro de Dia da instituição. Também é da sua responsabilidade elaborar PIM para os utentes de outras duas instituições: Lar do Centro de Assistência Social do Dominguiso e Lar do Centro Social Paroquial do Sarzedo. Estas últimas localizadas em duas freguesias do concelho da Covilhã.

Inseridas no quadro legal pela (Portaria nº 97/2018, 2018), as PIM são um serviço farmacêutico realizado no laboratório, e em todo o momento em conformidade com a Norma Geral: Preparação Individualizada de Medicação, definida pela Ordem dos Farmacêuticos. Assim, é um serviço centrado na organização da medicação do utente num dispositivo de múltiplos compartimentos. “O processo de reacondicionamento” envolve “retirar o medicamento do seu acondicionamento primário, salvo situações específicas devidamente identificadas em secção própria” (Ordem dos Farmacêuticos, 2018).

Na FSMC, a Dra. Leticia Esteves é a farmacêutica e principal responsável pela preparação do dispositivo de PIM. A primeira verificação do processo é realizada por esta farmacêutica, ocorrendo uma verificação final – dupla verificação – por outro farmacêutico de serviço.

Todo o processo relativo à sua preparação é registado em tabelas próprias e em permanente contacto com os enfermeiros das instituições, que confirmam a receção ou alertam sobre qualquer problema que, entretanto, possa surgir, nomeadamente a alteração de medicação pelo médico prescriptor da instituição a que se refere. A preparação é feita a prazos semanais e a sua distribuição é responsabilidade da FSMC, estando, desta forma, desde o início, todo o processo sobre vigia e controlo do farmacêutico (Ordem dos Farmacêuticos, 2018).

Todos os documentos necessários – receitas médicas, ficha terapêutica do utente e mapas de entrega – estão arquivados na farmácia. Também na farmácia existe um local próprio para o armazenamento e conservação da medicação excedente à preparação das caixas dispensadoras, ficando encerradas num armário com acesso restrito, no laboratório. Em todo o momento são garantidas as condições de temperatura, humidade e higiene.

Durante o estágio tive a oportunidade de observar e executar a preparação de um dispositivo, considerando este um serviço que exige um alto nível de concentração por parte do farmacêutico. Por outro lado, o controlo farmacoterapêutico dos utentes torna-se, desta forma, bastante rigoroso, minimizando possíveis erros de medicação e problemas relacionados com a

medicação – PRM – (Ordem dos Farmacêuticos, 2018), dada a coordenação entre os profissionais de saúde envolvidos e o utente.

6.2. Preparações extemporâneas

Na FSMC não são preparados medicamentos manipulados, ainda que a farmácia possua todo o material necessário, mas que devido ao desuso deste tipo de medicamentos, não justifica a compra de matérias-primas destinadas à produção dos mesmos. No entanto, pode realizar uma preparação extemporânea durante o estágio.

Neste caso, pude proceder à preparação de uma suspensão oral de Amoxicilina, destinada a uma utente da população pediátrica. Todo o processo foi realizado no laboratório da FSMC. No ato da dispensa, alertou-se o utente a que se dispensou o medicamento da importância de agitar o frasco antes da administração, bem como acerca da necessidade de conservação em frio.

6.3. Entrega de medicamentos e produtos de saúde

6.3.1. Entrega a instituições e entrega ao domicílio

A FSMC incumbe-se da dispensa e entrega de medicação a instituições como o Estabelecimento Prisional da Covilhã, Casa do Menino Jesus – Lar de Crianças e Jovens –, Casa de Acolhimento de Refugiados/ Casa Moura e Lar da Santa Casa da Misericórdia de Belmonte.

Neste caso, a preparação da medicação fica a cargo dos profissionais de saúde dessas mesmas instituições, como por exemplo os enfermeiros de serviço, cabendo à FSMC a receção do pedido, verificação das receitas, proceder à dispensa e à sua entrega – sempre por um farmacêutico.

Devido ao contexto pandémico, a FSMC iniciou também a entrega de medicamentos ao domicílio na cidade da Covilhã, sendo atualmente uma das formas de garantir o acesso ao medicamento e produtos de saúde a utentes, que não só pela pandemia, mas também pela dificuldade de mobilidade, principalmente numa cidade cuja situação orográfica não é particularmente favorável, têm dificuldade de se deslocar à farmácia.

A FSMC assegura também a entrega de medicação a localidades rurais do concelho, dado o isolamento dessa população, nomeadamente, as aldeias do couto mineiro da Panasqueira.

A Portaria nº 1427/2007, de 2 de novembro, serve de base legal a todo o procedimento: do pedido de dispensa à entrega. Os pedidos são rececionados via telefone ou email e a dispensa é

feita de igual modo à dispensa presencial – através do sistema informático (Portaria nº 1427/2007, 2007). É então acordada com o utente, ou com a instituição, a hora da entrega, sendo esta na FSMC normalmente diária e sempre realizada por um farmacêutico.

7. O papel integral do farmacêutico

7.1. Farmacovigilância

Sendo a Farmacovigilância o campo das Ciências Farmacêuticas que visa “melhorar a segurança dos medicamentos, em defesa do utente e da Saúde Pública, através da deteção, avaliação e prevenção de reações adversas” pelo uso de medicamentos (INFARMED, 2016), é esta uma das responsabilidades de um farmacêutico em Farmácia Comunitária (Decreto-Lei n.º 307/2007, 2007).

Assim, em 1992 criou-se o Sistema Nacional de Farmacovigilância – SNF – composto por dez unidades regionais com o dever de promover “ações de formação junto dos notificadores” e avaliar as “notificações de reações adversas a medicamentos – RAM – ocorridas nas áreas geográficas dos respetivos concelhos” (INFARMED, 2016). As RAM são, por sua vez, uma resposta nociva e não intencional a um ou mais medicamentos (INFARMED, 2016).

As RAM podem ser notificadas através de um portal online, quer pelo utente, quer pelo profissional de saúde. Esta notificação é integrada no SNF. Na notificação são explicitados os sinais e sintomas que tenham surgido após a administração do medicamento suspeito de ser o causador, o lote, a via de administração, a indicação terapêutica, bem como a toma de concomitante de outros medicamentos (INFARMED, 2016).

É importante o farmacêutico ter um papel ativo e atento, tanto no alerta para o surgimento de um potencial efeito adverso, como para a importância da sua notificação.

7.2. Recolha de medicamentos fora de uso – o VALORMED

Com o consumo e uso de medicamentos originam-se resíduos de embalagens de medicamentos de uso humano e de uso veterinário, contendo ou não restos de medicamentos e produtos veterinários para animais domésticos. Assim, instituiu-se, em 1999, um sistema de gestão destes resíduos – o VALORMED (VALORMED, Quem Somos, 2022).

Neste sentido, a FSMC possui nas suas instituições, ao acesso do público, na área de atendimento, um contentor destinado a estes resíduos. A educação do utente, por parte dos farmacêuticos, para a importância de gerir estes resíduos de forma correta, através do VALORMED, tem-se refletido na sua resposta a depositar os mesmos nos contentores disponíveis. Na verdade, foram várias as vezes que utentes se dirigiram à farmácia para unicamente proceder ao despejo dos resíduos em sua posse.

Após serem selados, os contentores são entregues aos distribuidores de medicamentos – no caso da FSCM, a Alliance Healthcare. Estes contentores são depois transportados para um Centro de Triagem e os seus resíduos separados e classificados para o seu devido tratamento (VALORMED, 2022).

7.3. A educação do utente e a promoção da Saúde em Farmácia Comunitária

“O Farmacêutico tem como principal dever contribuir para a saúde e o bem-estar da pessoa em geral e, em particular, no contexto de saúde” (Regulamento nº 1015/2021, 2021). Esta citação, inserida no Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, reflete, na sua generalidade, a principal função e responsabilidade do farmacêutico. Durante todo o momento, cabe ao farmacêutico primar pela educação do doente. Através de todos os meios à sua disposição, nomeadamente através do aconselhamento, o farmacêutico deve ter uma atitude promotora da saúde.

Neste contexto, a farmácia, enquanto espaço físico, não representa um mero local de transação de mercadoria, mas também um local de transação de conhecimento. Como descrevemos ao longo deste relatório, as funções do farmacêutico, em farmácia comunitária, são, sem dúvida, um serviço ao utente, ao doente. Um serviço que ultrapassa a dispensa de medicamentos, pois implica, além de outros produtos de saúde, a promoção do uso correto e racional dos mesmos.

Através do aconselhamento farmacêutico, durante o atendimento, o utente passa a dispor em sua posse de uma série de informações que poderão afetar, positivamente, o seu bem-estar e a sua relação com o medicamento, e por consequência, com a sua saúde. Por outro lado, em atividades como a otimização do regime terapêutico, a avaliação da dose e regime posológico, frequência, contraindicações e a própria Farmacovigilância (Regulamento nº 1015/2021, de 20 de dezembro), as responsabilidades do farmacêutico centram-se, portanto, no doente.

Do armazenamento, à gestão, da organização da farmácia à entrega de medicamentos, ao contato com a população, o farmacêutico é, integralmente, um agente ativo na promoção e educação para a saúde. A Farmácia Comunitária engloba, e pode resumir-se, por isso, a este esforço contínuo do serviço do farmacêutico em prol da saúde e do bem-estar da comunidade.

9. Conclusão

Como resultado das 40 semanas de estágio, tive a oportunidade de observar e vivenciar o serviço de um farmacêutico em Farmácia Comunitária. Deste modo, foi possível aplicar conhecimentos adquiridos durante o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, recordar tantos outros e aprender muitos mais.

Pude testemunhar em primeira pessoa, e realizar, todas as tarefas destinadas ao farmacêutico, particularmente na FSMC. Do armazenamento ao atendimento, da aprendizagem sobre novos produtos farmacêuticos ao contato com populações rurais e idosas.

Focando neste último ponto, foi talvez a experiência mais enriquecedora a nível humano. Por sua vez, esta tornou possível um aprofundamento científico sobre as necessidades reais da população geriátrica, principalmente no que concerne às suas necessidades terapêuticas. Foram os utentes da FSMC que permitiram que pudesse aplicar e desenvolver os conhecimentos no vasto campo das Ciências Farmacêuticas.

No entanto, esta aprendizagem deveu-se, sem qualquer dúvida, em larga parte à equipa jovem e dinâmica da FSMC. A orientação, a empatia e o elevado rigor técnico-científico de todos eles permitiram que desenvolvesse, nas 40 semanas, o espírito e as básicas capacidades necessárias à profissão farmacêutica. A integração, ainda que temporária, na sua equipa mostrou a clara necessidade de colaboração de todos os profissionais de saúde com um único objetivo – o benefício do utente.

Sendo o culminar de todo um processo de aprendizagem, iniciado em setembro de 2015, o fim do estágio curricular é indubitavelmente o início de uma nova etapa, para a qual parto com novos, e tão importantes, conhecimentos.

Bibliografia e Legislação

Decreto-Lei n.º 171/2012. (2012). Diário da República n.º 148/2012, Série I de 2012-08-01. Obtido em 05 de fevereiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/171-2012-179072>

Decreto-Lei n.º 307/2007. (2007). Diário da República n.º 168/2007, Série I. Obtido em 05 de fevereiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2007-75425909>

Decreto-Lei n.º 136/2003. (2003). Diário da República n.º 147/2003, Série I-A de 2003-06-28. Obtido em 28 de janeiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2003-67572458>

Decreto-Lei n.º 145/2009. (2009). Diário da República n.º 115/2009, Série I de 2009-06-17. Obtido em 28 de janeiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/decreto-lei/2009-34519175>

Decreto-Lei n.º 176/2006. (2006). Diário da República n.º 167/2006, Série I de 2006-08-30, pp. 6297-6383. Obtido em 29 de janeiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/176-2006-540387>

Decreto-Lei n.º 189/2008. (2008). Diário da República n.º 185/2008, Série I de 2008-09-24, pp. 6826-6905. Obtido em 28 de janeiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/189-2008-452215>

Decreto-Lei n.º 314/2009. (2009). Diário da República n.º 209/2009, Série I de 2009-10-28,, pp. 8106-8215. Obtido em 31 de janeiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/314-2009-483106>

Deliberação n.º 1500/2004. (2004). Diário da República n.º 303/2004, Série II de 2004-12-29, pp. 19288-19288. Obtido em 06 de fevereiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/deliberacao/1500-2004-3185393>

Deliberação n.º 1502/2014. (2014). Diário da República n.º 145/2014, Série II de 2014-07-30, pp. 19445-19446. Obtido em 05 de fevereiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/deliberacao/1502-2014-55031018>

Despacho n.º 17690/2007. (2007). Diário da República n.º 154/2007, Série II de 2007-08-10. Obtido em 29 de setembro de 2021, de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/17690-2007-3189825>

Despacho nº 4270-C/2020. (2020). Diário da República n.º 69/2020, 3º Suplemento, Série II de 2020-04-07. Obtido em 11 de fevereiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/4270-c-2020-131246680>

Despacho nº 4742/2014. (2014). Diário da República n.º 65/2014, Série II de 2014-04-02. Obtido em 24 de janeiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/4742-2014-25681511>

INFARMED. (2010). Psicotrópicos e Estupefacientes. Saiba mais sobre. Obtido em 30 de janeiro de 2022, de https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/22_Psicotropicos_Estupefacientes.pdf

INFARMED. (2015). Circular Informativa nº 166/CD/100.20.200. Obtido em 12 de fevereiro de 2022, de <https://www.infarmed.pt/documents/15786/1559752/Circular+Informativa+n.%C2%BA+166+CD/e60290ca-ee74-56a0-674b-f3f3ed1bb654>

INFARMED. (2016). Perguntas Frequentes: Farmacovigilância. Obtido em 13 de fevereiro de 2022, de INFARMED: https://www.infarmed.pt/web/infarmed/perguntas-frequentes-area-transversal/medicamentos_uso_humano/farmacovigilancia

INFARMED. (2019). Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde. Obtido em 12 de fevereiro de 2022, de https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispena/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790

INFARMED. (2021). Circular Informativa nº 101/CD/550.20.001. Obtido em 16 de setembro de 2021, de <https://www.infarmed.pt/documents/15786/4183408/Recolha+volunt%C3%A1ria+de+34+lotes+dos+medicamentos+Losartan+Ratiopharm/42a65e49-75a0-330e-443d-2d09c2711bfb>

Ordem dos Farmacêuticos. (2015). Norma geral sobre as infraestruturas e equipamentos OF.C-NO01-00. Ordem dos Farmacêuticos. Obtido em 02 de fevereiro de 2022, de https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/norma_geral_sobre_as_infraestruturas_e_equipamentos_20240917255ab147e12498f.pdf

Ordem dos Farmacêuticos. (2018). Norma Geral sobre Preparação Individualizada de Medicação nº 30-NGE-00-010-02. Ordem dos Farmacêuticos. Obtido em 30 de janeiro de 2022, de https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/norma_pim_vfinal_30_nge_00_010_02_1834827175bf58d479434f.pdf

Portaria n.º 35/2016. (2016). Diário da República n.º 42/2016, Série I de 2016-03-01. Obtido em 05 de fevereiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/legislacao-consolidada/portaria/2016-114509695>

Portaria n.º 1427/2007. (2007). Diário da República n.º 211/2007, Série I de 2007-11-02. Obtido em 02 de fevereiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/1427-2007-629431>

Portaria n.º 223/2015. (2015). Diário da República n.º 144/2015, Série I de 2015-07-27. Obtido em 08 de fevereiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/223-2015-69879390>

Portaria n.º 224/2015 . (2015). Diário da República n.º 144/2015, Série I de 2015-07-27. Obtido em 07 de fevereiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/224-2015-69879391>

Portaria n.º 594/2004. (2004). Diário da República n.º 129/2004, Série I-B de 2004-06-02, pp. 3441-3445. Obtido em 28 de janeiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/594-2004-261875>

Portaria n.º 97/2018. (2018). Diário da República n.º 69/2018, Série I de 2018-04-09. Obtido em 28 de janeiro de 2022, de <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/97-2018-115006162>

Regulamento n.º 1015/2021. (2021). Diário da República n.º 244/2021, Série II de 2021-12-20, p. 146. Obtido em 02 de janeiro de 2022, de <https://files.dre.pt/2s/2021/12/244000000/0014300159.pdf>

VALORMED. (2022). Processo. Obtido em 16 de fevereiro de 2022, de VALORMED: <http://www.valormed.pt/paginas/8/processo>

VALORMED. (2022). Quem Somos. Obtido em 16 de fevereiro de 2022, de VALORMED: <http://www.valormed.pt/paginas/2/quem-somos/>

Anexos

Anexo I – Circular Informativa n.º 101/CD/550.20.001 do INFARMED

Circular Informativa

N.º 101/CD/550.20.001

Data: 09/09/2021

Assunto: **Recolha voluntária de 34 lotes dos medicamentos Losartan Ratiopharm, 50 mg e 100 mg, Losartan Mepha/Teva 50 mg e 100 mg, Losartan/Hidroclorotiazida Ratiopharm 50+12,5 mg e 100+25 mg, Losartan/Hidroclorotiazida Teva 50+12,5 mg e 100+25 mg, comprimido revestido por película**

Para: Divulgação geral

Medicamento	Nº Registo	Lotes	Titular de AIM
Losartan Mepha/Losartan Teva 50 mg, comprimido revestido por película, 56 unidades	5406012	0280520, 0310219, 0370520, 0701118, 0721219	Teva B.V.
Losartan Ratiopharm 50 mg, comprimido revestido por película, 56 unidades	5089602	0100320, 0310219, 0370520, 0601020, 0621018, 0711118, 0721219, 0790120, 0820120	Ratiopharm - Comércio e Indústria de Produtos Farmacêuticos, Lda
Losartan Mepha/Losartan Teva 100 mg, comprimido revestido por película, 56 unidades	5409313	1061118, 1110520, 1600918, 1691018, 1770319, 1100520, 1740319	Teva B.V.
Losartan Ratiopharm 100 mg, comprimido revestido por película, 56 unidades	5089628	1110520, 1120520, 1121218, 1460820, 1600918, 1691018, 1770319	Ratiopharm - Comércio e Indústria de Produtos Farmacêuticos, Lda
Losartan/Hidroclorotiazida Teva 50+12,5 mg, comprimido revestido por película, 20 unidades	5100938	2010121	Teva B.V.
Losartan/Hidroclorotiazida Teva 50+12,5 mg, comprimido revestido por película, 60 unidades	5100946	2010121	Teva B.V.

Medicamento	Nº Registo	Lotes	Titular de AIM
Losartan/Hidroclorotiazida Ratiopharm 50+12,5 mg, comprimido revestido por película, 20 unidades	5410006	2010121	Ratiopharm - Comércio e Indústria de Produtos Farmacêuticos, Lda
Losartan/Hidroclorotiazida Ratiopharm 50+12,5 mg, comprimido revestido por película, 60 unidades	5410022	2010121	Ratiopharm - Comércio e Indústria de Produtos Farmacêuticos, Lda
Losartan/Hidroclorotiazida Ratiopharm 100+25 mg, comprimido revestido por película, 30 unidades	5410071	3050221	Ratiopharm - Comércio e Indústria de Produtos Farmacêuticos, Lda
Losartan/Hidroclorotiazida Teva 100+25 mg, comprimido revestido por película, 30 unidades	5163779	3060221	Teva B.V.

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética relativamente ao inquérito por questionário para o estudo em questão



Comissão de Ética
Universidade do Beira Interior
comissaoeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2021-062:ID1099

Na sua reunião de 16 de novembro de 2021, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto "Consumo de medicamentos e produtos de performance nos estudantes da Universidade da Beira Interior", do proponente Eduardo Abrantes Machado, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2021-062.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS SANTOS
Num. de Identificação: B1112741975
Data: 2021.11.22 15:57:41 -00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)
(Professora Auxiliar)

Anexo III – Inquérito por questionário utilizado para a realização do estudo

Consumo de medicamentos e produtos de performance nos estudantes da Universidade da Beira Interior

Caro(a) participante,

O meu nome é Eduardo Machado e este inquérito surge no âmbito da minha dissertação do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, sob orientação da Prof.^a Doutora Amélia Augusto e do Prof. Doutor Nuno Augusto, com o objetivo de estudar o consumo de medicamentos e outros produtos que visam a melhoria da performance, ou desempenho, nos estudantes da Universidade da Beira Interior.

Assim, este questionário destina-se a todo e qualquer aluno(a) inscrito na Universidade da Beira Interior.

Consentimento Informado

Leia atentamente o seguinte:

O meu nome é Eduardo Machado e este inquérito surge no âmbito da minha dissertação do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, sob orientação da Prof.^a Doutora Amélia Augusto e do Prof. Doutor Nuno Augusto, com o objetivo de estudar o consumo de medicamentos e outros produtos que visam a melhoria da performance, ou desempenho, nos estudantes da Universidade da Beira Interior.

Assim, este questionário destina-se a todo e qualquer aluno(a) inscrito(a) na Universidade da Beira Interior.

Todas as respostas a este inquérito são anónimas, confidenciais e dadas de forma voluntária. Os dados recolhidos serão acessados apenas pelos três autores deste estudo, referidos anteriormente. Todos os dados recolhidos destinam-se única e exclusivamente a este estudo, sendo estes agregados e trabalhados através da plataforma SPSS (Statistical Package for the Social Sciences).

Não haverá qualquer registo de dados que identifique direta ou indiretamente o(a) participante.

Caso necessite de alguma informação ou esclarecimento, envie, por favor, email para:

eduardo.machado@ubi.pt

Li e consinto livremente, e de forma informada, participar voluntariamente neste estudo de acordo com os termos acima propostos:

Marcar apenas uma opção

o Sim o Não

Aspetos individuais e sociodemográficos

Esta secção destina-se a recolher dados relativos a aspetos individuais e sociodemográficos.

Relembramos que nenhum destes dados servirão para identificar o(a) participante.

1 – Género:

o Feminino o Masculino o Outro: _____

2 – Faixa etária:

o 17-19 anos o 20-22 anos o 23-25 anos o 25-27 anos o 27-29 anos o Mais de 29 anos

3 – Nacionalidade:

4 – Faculdade que frequentas:

o Faculdade de Ciências o Faculdade de Engenharia o Faculdade de Ciências Sociais e Humanas
o Faculdade de Artes e Letras o Faculdade de Ciências da Saúde

5 – Ciclo de estudos que frequentas:

o Licenciatura/1º ciclo ou Mestrado Integrado

o Mestrado/ 2º ciclo

o Doutoramento/3º ciclo

o Pós-Graduação ou Pós-Doutoramento

6 – Curso que frequentas:

7 – Ano que frequentas:

Considera aquele em que estás inscrito a mais créditos ECTS.

o 1º ano o 2º ano o 3º ano o 4º ano o 5º ano o 6º ano o Não aplicável

8 – És trabalhador-estudante:

Sim Não

9 – Atualmente, praticas alguma atividade desportiva ou frequentas algum ginásio?

Sim Não

9.1 – Se sim, qual a frequência semanal?

- Uma a duas vezes/ semana Três a quatro vezes/ semana Cinco a seis vezes/ semana Todos os dias
-

10 – Atualmente, praticas alguma atividade extralectiva que NÃO se enquadre na prática desportiva?

Sim Não

10.1 – Se sim, qual?

10.2 – Se sim, qual a frequência semanal?

- Uma a duas vezes/ semana Três a quatro vezes/ semana Cinco a seis vezes/ semana
- Todos os dias

Perceção relativamente à performance pessoal

As próximas questões destinam-se a conhecer a tua perceção relativamente à tua performance, ou desempenho, pessoal.

NOTA:

A performance neuro-cognitiva ou intelectual refere-se ao teu desempenho ao nível da concentração, memória, capacidade linguística ou perceção sensitiva. A performance relacional refere-se à tua capacidade de relacionamento com os outros.

A performance física refere-se ao teu desempenho ao nível da atividade física ou desportiva.

A performance sexual refere-se ao teu desempenho ao nível da relação sexual. A imagem corporal refere-se à perceção do teu aspeto ou estética corporal.

1 – Atualmente, qual é o teu nível de satisfação com a tua:

	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Performance neuro- cognitiva ou intelectual				
Performance relacional				
Performance física				
Performance sexual				
Imagem corporal				

2 – Alguma vez sentiste vontade ou necessidade de melhorar a tua:

	Sim	Não
1 - Performance neurocognitiva ou intelectual		
2 - Performance relacional		
3 - Performance física		
4 - Performance sexual		
5 - Imagem corporal		

2.1 – Se sim, porquê?

Caso tenhas respondido "sim" em mais do que uma opção, indica, por favor, o número correspondente a cada justificação.

3 - Conheces algum ou alguns exemplos de medicamentos ou produtos para a melhoria da performance?

o Sim o Não

3.1 – Se sim, indica qual ou quais:

4 – Antes de ingressares na UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua performance neuro-cognitiva ou intelectual (*ao nível da concentração, memória, capacidade linguística ou percepção sensitiva*)?

Sim Não

4.1 – Se sim, assinala qual ou quais (podes escolher mais do que uma opção):

- Medicamentos/ fármacos sintéticos Medicamentos à base de plantas Produtos naturais (chá, ervas, especiarias, etc.)
- Suplementos alimentares
- Bebidas energéticas Outra: _____

5 – Antes de ingressares na UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua performance relacional (*desempenho ou capacidade de relacionamento com os outros*)?

- Sim
- Não

5.1 – Se sim, assinala qual ou quais (podes escolher mais do que uma opção):

- Medicamentos/ fármacos sintéticos Medicamentos à base de plantas Produtos naturais (chá, ervas, especiarias, etc.)
- Suplementos alimentares Bebidas energéticas Outra:

6 – Antes de ingressares na UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua performance física (*desempenho ao nível da tua forma ou atividade físico-desportiva, bem como a tua energia física*)?

- Sim
- Não

6.1 – Se sim, assinala qual ou quais (podes escolher mais do que uma opção):

- Medicamentos/ fármacos sintéticos o Medicamentos à base de plantas o Produtos naturais (chá, ervas, especiarias, etc.)
- Suplementos alimentares o Bebidas energéticas o Outra:

7 – Antes de ingressares na UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua performance sexual?

- Sim
- Não

7.1 – Se sim, assinala qual ou quais (podes escolher mais do que uma opção):

- Medicamentos/ fármacos sintéticos o Medicamentos à base de plantas o Produtos naturais (chá, ervas, especiarias, etc.)
- Suplementos alimentares
- Bebidas energéticas o Outra: _____

8 – Antes de ingressares na UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua imagem corporal?

- Sim
- Não

8.1 – Se sim, assinala qual ou quais (podes escolher mais do que uma opção):

- Medicamentos/ fármacos sintéticos o Medicamentos à base de plantas o Produtos naturais (chá, ervas, especiarias, etc.)
- Suplementos alimentares o Bebidas energéticas o Outra:

9 – Desde que começaste a estudar na UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua performance?

Sim Não

Práticas de consumo I

As próximas questões referem-se APENAS a práticas de consumo APÓS INGRESSARES NA UBI.

I. Performance neuro-cognitiva ou intelectual

Desempenho ao nível da concentração, memória, capacidade linguística ou percepção sensitiva.

1 – Desde que frequentas a UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua performance neuro-cognitiva ou intelectual?

o Sim o Não

1.1 – Se sim, assinala qual ou quais (podes escolher mais do que uma opção):

- Medicamentos/ fármacos sintéticos o Medicamentos à base de plantas o Produtos naturais (chá, ervas, especiarias, etc.)
- Suplementos alimentares o Bebidas energéticas o Outra:

1.2 – Se sim, qual é a regularidade do teu consumo?

- Diariamente
- Semanalmente
- Apenas em situações pontuais (avaliações, etc.)

1.3 – Se sim, consideras que houve melhoria da tua performance após realizares o consumo de medicamentos ou produtos de performance?

- Nenhuma melhoria o Pouca melhoria o Alguma melhoria o Muita melhoria

II. Performance relacional

Desempenho ou capacidade de relacionamento com os outros.

2 – Desde que frequentas a UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua performance relacional?

- Sim
- Não

2.1– Se sim, assinala qual ou quais (podes escolher mais do que uma opção):

- Medicamentos/ fármacos sintéticos o Medicamentos à base de plantas o Produtos naturais (chá, ervas, especiarias, etc.)
- Suplementos alimentares o Bebidas energéticas o Outra:

2.2 – Se sim, qual é a regularidade do teu consumo?

- Diariamente
- Semanalmente
- Apenas em situações pontuais (saídas à noite, festas académicas, etc.)

2.3 – Se sim, consideras que houve melhoria da tua performance após realizares o consumo de medicamentos ou produtos de performance?

- Nenhuma melhoria o Pouca melhoria o Alguma melhoria o Muita melhoria

III. Performance física

Desempenho ao nível da tua forma ou atividade físico-desportiva, bem como a tua energia física.

3 – Desde que frequentas a UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua performance física?

- Sim
- Não

3.1– Se sim, assinala qual ou quais (podes escolher mais do que uma opção):

- Medicamentos/ fármacos sintéticos o Medicamentos à base de plantas o Produtos naturais (chá, ervas, especiarias, etc.)

- Suplementos alimentares o Bebidas energéticas o Outra:

- 3.2 – Se sim, qual é a regularidade do teu consumo?
 - Diariamente o Semanalmente o Apenas em situações pontuais
- 3.3 – Se sim, consideras que houve melhoria da tua performance após realizares o consumo de medicamentos ou produtos de performance?
 - Nenhuma melhoria o Pouca melhoria o Alguma melhoria o Muita melhoria

IV. Performance sexual

Desempenho ao nível da relação sexual ou de capacidades num contexto sexual.

- 4 – Desde que frequentas a UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua performance sexual?
 - Sim
 - Não
- 4.1 – Se sim, assinala qual ou quais (podes escolher mais do que uma opção):
 - Medicamentos/ fármacos sintéticos o Medicamentos à base de plantas o Produtos naturais (chá, ervas, especiarias, etc.)
 - Suplementos alimentares
 - Bebidas energéticas o Outra: _____
- 4.2 – Se sim, qual é a regularidade do teu consumo?
 - Diariamente o Semanalmente o Apenas em situações pontuais
- 4.3 – Se sim, consideras que houve melhoria da tua performance após realizares o consumo de medicamentos ou produtos de performance?
 - Nenhuma melhoria o Pouca melhoria o Alguma melhoria o Muita melhoria

V. Imagem corporal

Perceção do teu aspeto ou estética corporal.

5 – Desde que frequentas a UBI, alguma vez consumiste algum medicamento ou produto para melhorar a tua imagem corporal?

- Sim
- Não

5.1 – Se sim, assinala qual ou quais:

- Medicamentos/ fármacos sintéticos o Medicamentos à base de plantas o Produtos naturais (chá, ervas, especiarias, etc.)
- Suplementos alimentares o Bebidas energéticas o Outra:

5.2 – Se sim, qual é a regularidade do teu consumo?

- Diariamente o Semanalmente o Apenas em situações pontuais

5.3 – Se sim, consideras que houve melhoria da tua performance após realizares o consumo de medicamentos ou produtos de performance?

- Nenhuma melhoria o Pouca melhoria o Alguma melhoria o Muita melhoria

Práticas de consumo II

1 – Assinala cada um dos seguintes exemplos de acordo com a tua prática de consumo:

	Nunca consumi	Nunca consumi, mas não afasto essa possibilidade	Já consumi, não consumo atualmente	Já consumi e mantenho o consumo
Fármacos para dormir (e.g.: Alprazolam/Xanax®;				

Diazepam/Valium®; Doxilamina/Dormidina®)				
Produtos naturais para dormir (e.g.: Valeriana/Valdispert®)				
Fármacos para a concentração/memória (e.g.: Metilfenidato/Ritalina®, Concerta®, Rubifen®; Atomoxetina/Strattera®)				
Produtos naturais para a concentração (e.g.: Ginkgo biloba; Ginseng)				
Fármacos para acalmar (e.g.: Alprazolam/Xanax®; Diazepam/Valium®)				
Produtos naturais para acalmar (e.g.: Camomila; Valeriana; Hipericão)				
Fármacos para aumentar a energia física (e.g.: Sargenor 5®)				
Produtos naturais para aumentar a energia física (e.g.: Guaraná)				

Bebidas energéticas para aumentar o estado de alerta (e.g.: Red Bull®)				
Fármacos para emagrecer (e.g.: Orlistato)				
Produtos naturais ou suplementos alimentares para emagrecer (e.g.: Depuralina®)				
Fármacos para aumentar a massa muscular (e.g.: Medicamentos derivados de esteróides ou esteróides anabolizantes)				
Produtos naturais ou suplementos alimentares para aumentar a massa muscular (e.g.: Protifar®)				
Fármacos para melhorar o desempenho sexual (e.g.: Sildenafil/Viagra®; Poppers)				
Produtos naturais ou suplementos alimentares para melhorar o desempenho sexual (e.g.: Prelox®)				

1.1 - Caso tenhas consumido recentemente ou consumas atualmente outro(s) produto(s), indica qual ou quais:

2 – Alguma vez experienciaste algum (ou alguns) efeitos negativos após o consumo de medicamentos ou produtos para a melhoria da performance?

o Sempre senti o Quase sempre senti o Raramente senti o Nunca senti

2.1– Se alguma vez sentiste, indica qual ou quais foram esses efeitos:

2.2 – Se alguma vez sentiste:

	Sim	Não
Consultaste algum médico?		
Consultaste algum farmacêutico?		
Houve interrupção do consumo?		

Fontes de informação e escolha do produto

As seguintes questões incidem sobre a forma como obtiveste informação sobre os medicamentos ou produtos para a melhoria de performance, assim como os atributos que pesaram na tua escolha e local de aquisição.

1 – Indica o nível de importância que tem, para ti, cada uma das seguintes situações ANTES DE SE INICIAR O CONSUMO de algum medicamento ou produto para a melhoria da performance:

	Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante
Consultar ou informarme junto de algum profissional de saúde.				
Haver indicação de um determinado produto por parte de um profissional de saúde				
Consultar ou informarme junto de algum colega, amigo ou familiar.				
Recomendação de colegas, amigos ou familiares.				
Consultar ou informarme através da Internet.				
Facilidade de acesso ao medicamento ou produto.				
Preço do medicamento ou produto.				
Curiosidade pelo consumo de um certo medicamento ou produto.				
Ser um produto químico e				

sintético				
Ser um produto natural				

2 – Qual o local onde realizas, mais frequentemente, a aquisição de medicamentos ou produtos de performance?

- Farmácia o Parafarmácia o Supermercado o Via Internet o Cedido por familiares
- Cedido por colegas ou amigos o Outra: _____

Circunstâncias de consumo

1 – Para cada uma das seguintes situações, indica qual o teu nível de concordância:

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Em épocas de frequências e exames, justifica-se o consumo de medicamentos ou outros produtos para a melhoria da performance neuro-cognitiva ou intelectual.				
O consumo de medicamentos ou outros produtos para melhorar os resultados académicos equivale a fazer batota.				
O consumo de medicamentos ou outros produtos para melhorar os resultados académicos é injusto em relação a colegas que não consumam.				
O consumo de medicamentos ou outros produtos para a melhoria da performance física é aceitável em certas atividades desportivas.				
O consumo de medicamentos ou outros produtos com o intuito de diminuir a ansiedade é aceitável.				
O consumo de medicamentos ou outros produtos que podem potenciar a nossa performance sexual é aceitável, desde que seja pontual.				

Posicionamento face ao risco e à segurança

As próximas questões focam-se na tua perceção de risco e de segurança em relação a práticas e experiências de consumo de medicamentos ou produtos para a melhoria da performance.

1 – Posiciona-te face ao risco em cada uma das seguintes situações:

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
Só se deve tomar medicamentos/produtos para a melhoria da performance se estivermos seguros de que não há riscos.				
Só se justifica pensar na possibilidade de haver riscos associados aos medicamentos/produtos para a melhoria da performance no caso de surgir algum problema.				
O consumo de medicamentos/produtos para a melhoria da performance só não é mais generalizado porque eles podem causar grandes efeitos negativos.				
Se os resultados dos medicamentos/produtos para a melhoria da performance compensarem, vale a pena assumir alguns riscos.				
As experiências anteriores de consumo de medicamentos/produtos para a melhoria da performance são suficientes para lidar eficazmente com os seus riscos.				
As pessoas que têm um conhecimento aprofundado sobre medicamentos/produtos para a melhoria da performance conseguem usá-los de forma segura e eficaz.				
Os produtos cedidos na farmácia são mais seguros e acarretam menos riscos que aqueles que são comercializados nos supermercados ou vendidos através da Internet.				
Os medicamentos/produtos naturais são mais seguros e acarretam menos riscos do que medicamentos/produtos de origem sintética.				
Consumir medicamentos ou produtos para a melhoria da performance simultaneamente com medicamentos para o tratamento de uma doença poderá aumentar o risco de efeitos adversos.				

2 – Atribui a cada um dos seguintes grupos de medicamentos ou produtos o risco que percecionas estar associado ao seu consumo:

	Nenhum risco	Pouco risco	Algum risco	Muito risco
Fármacos para dormir (e.g.: Alprazolam/Xanax®; Diazepam/Valium®; Doxilamina/Dormidina®)				
Produtos naturais para dormir (e.g.: Valeriana/Valdispert®)				
Fármacos para a concentração/memória (e.g.: Metilfenidato/Ritalina®, Concerta®, Rubifen®; Atomoxetina/Strattera®)				
Produtos naturais para a concentração (e.g.: Ginkgo biloba; Ginseng)				
Fármacos para acalmar (e.g.: Alprazolam/Xanax®;				

Diazepam/Valium®)				
Produtos naturais para acalmar (e.g.: Camomila; Valeriana; Hipericão)				
Fármacos para aumentar a energia física (e.g.: Sargenor 5®)				
Produtos naturais para aumentar a energia física (e.g.: Guaraná)				
Bebidas energéticas para aumentar o estado de alerta (e.g.: Red Bull®)				
Fármacos para emagrecer (e.g.: Orlistato)				
Produtos naturais ou suplementos alimentares para emagrecer (e.g.: Depuralina®)				
Fármacos para aumentar a massa muscular (e.g.: Medicamentos derivados de esteróides ou esteróides anabolizantes)				
Produtos naturais ou suplementos alimentares para aumentar a massa muscular (e.g.: Protifar®)				
Fármacos para melhorar o desempenho sexual (e.g.: Sildenafil/Viagra®; Poppers)				

Produtos naturais ou suplementos alimentares para melhorar o desempenho sexual (e.g.: Prelox®)				
--	--	--	--	--

FIM

Obrigado pela sua resposta.