



CIES e-Working Paper N.º 200/2015

Alimentos Funcionais: Enquadramento sociológico e hábitos de consumo

Paulo Monteiro

Paulo Monteiro é doutorando em Sociologia no ISCTE-IUL/CIES-IUL, mestre em Sociologia da Saúde e da Doença pelo ISCTE-IUL e possui MBA em International Business, pela Universidade de East London (UEL). Tem 20 anos de experiência em funções de gestão na indústria farmacêutica, incluindo carreira internacional, e os últimos 10 anos como diretor do Departamento de Nutrição, Saúde e Bem-Estar de uma insígnia da Distribuição Moderna.

Resumo

Os alimentos funcionais constituem um produto da ciência e do marketing e alimentam um *ethos* consumista alavancado por uma crescente reflexividade, conhecimento e activismo por parte dos consumidores dos cuidados de saúde. Em Portugal são quase inexistentes os dados quantitativos e qualitativos sobre esta temática e a investigação em curso cruzará os resultados de um grande inquérito nacional, com 1200 inquiridos e que inclui uma secção específica sobre os AF, com a análise de uma base de dados de 500.000 transacções, na tentativa de construir perfis de consumo dos AF em Portugal. Pesquisa qualitativa posterior, por meio de grupos focais, tentará revelar as lógicas e modos de adesão dos consumidores a esta opção da modernidade reflexiva, de fronteira entre o alimento e o medicamento.

Palavras-chave: alimento funcional, medicalização, hábitos de consumo, recurso terapêutico, marketing

Abstract

Functional foods are a product of the food science and the marketing, fuelling a consumerist *ethos* leveraged by a growing reflexivity, knowledge and activism by the healthcare consumers. In Portugal quantitative and qualitative data are almost inexistent, and my current research as a PhD student will cross the results of the first national food and nutrition survey, with 1200 respondents, with the analysis of half a million transactions, from a hypermarket chain's loyalty cardholder database, to produce the portrait of profiles and consumer habits of functional foods by the Portuguese population. Further qualitative research through Focus Groups will try to uncover the logics of consumer's adhesion to such reflexive's modernity option, in the frontier of food and drug.

Keywords: functional food, medicalization, consumer habits, therapeutic resource, marketing

Nota Inicial

Este artigo inscreve-se na investigação preliminar em curso, no âmbito do Doutoramento em Sociologia, tendo como filiação institucional o ISCTE-IUL e CIES-IUL e que tem como tema: “O alimento funcional como recurso terapêutico: percepções e desafios sociais”.

Introdução

A relação do homem com o alimento testemunha, em cada época, como se intersectam a cultura a tecnologia e o marketing. Conceitos como comida, alimento e nutriente, mais do que variantes lexicais reflectem a ideologia dominante e de como a mesma é incorporada pelos diversos actores sociais. E quando a busca do bem-estar e da longevidade se cruzam com uma diminuída tolerância à doença e a valorização do ‘natural’ se alia às políticas públicas de combate e contenção às doenças de raiz alimentar como a obesidade ou diabetes, então o alimento veicula novas esperanças e promessas e oferece-se em novas apresentações e formatos. No contexto do que alguns autores designam de pluralismo terapêutico (Lopes, 2010) nas sociedades modernas, e apesar do aparente paradoxo entre uma ciência alimentar sofisticada e a expansão das doenças relacionadas com o regime alimentar, o alimento tem vindo a cumprir um papel progressivamente compósito: função instrumental de fornecedor de nutrientes para garantir o ciclo biológico e, em muitos contextos, recurso terapêutico isolado ou complementar visando benefícios de curto (ex. iogurte com a bactéria ‘amiga’ *Bifidus* na regulação do trânsito intestinal) ou longo prazo (ex. leite enriquecido com ómega 3 para a prevenção cardiovascular). Apesar de durante o século XX ter crescido a evidência de uma relação, muitas vezes directa, entre o acto alimentar e o surgimento e desenvolvimento de doenças, foi na 2ª metade do século que a ciência alimentar evoluiu do conceito de nutrição ‘adequada’ para nutrição ‘óptima’ e, em paralelo, do objectivo do incremento da esperança de vida para a melhoria da qualidade de vida ou por outras palavras, o bem-estar (Aiello, 2011). As ciências médica e alimentar produziram, de forma isolada ou combinada, uma rígida ortodoxia alimentar corporizada em inúmeras orientações (“Guidelines”) quanto a regimes alimentares ideais, as quais estão actualmente sob viva polémica porque, por um lado, crescem nas sociedades ocidentais as doenças com componente alimentar como a obesidade e a diabetes e porque, por outro, a investigação científica, mais recente, apresenta resultados controversos, dos quais se indicam alguns exemplos:

- Se por um lado a ingestão elevada de ácidos gordos polinsaturados e baixa ingestão de carne e bebidas açucaradas se associa com um baixo risco de desenvolvimento de

DPOC¹ em homens e mulheres (Varraso, et al., 2015), por outro, o consumo elevado de leite é associado a elevada mortalidade e incidência de fracturas (Michaëlsson, et al., 2014);

- Se por um lado uma redução da ingestão de sal, mesmo modesta, durante 4 ou mais semanas resulta na diminuição da pressão arterial em doentes hipertensos (He, Li, & MacGregor, 2013), por outro, a evidência não suporta de forma clara as actuais orientações de prevenção cardiovascular que encorajam elevado consumo de ácidos gordos polinsaturados e consumo reduzido de gorduras saturadas (Chowdhury, R. et al., 2014).

Como refere Michael Pollan (2009:18): “a maioria das orientações alimentares que recebemos ao longo da última metade do século (...) tornou-nos, na verdade, menos saudáveis e consideravelmente mais gordos”. Segundo alguns autores vivemos numa sociedade progressivamente biónica em que a biologia e a genética se afirmam como as principais forças motrizes que afectam a vida humana, relegando os factores sociais para um plano secundário (Maturó, 2012). Neste pressuposto a jurisdição técnico-pericial coloniza todos as dimensões do nosso quotidiano com especial relevo para o binómio alimento-doença, disponibilizando produtos na fronteira entre saúde e bem-estar como as vitaminas, as quais assumem a simbologia de talismãs ou amuletos quotidianos (Cohen et al., 2001), e mobilizando novos instrumentos operativos como é o caso dos alimentos funcionais os quais constituem um produto da ciência alimentar e do marketing da indústria agro-alimentar tendo como propósito melhorar a saúde e o bem-estar, assim como prevenir a doença futura. O presente texto pretende dar conta do *work in progress* relativo ao estudo dos perfis de consumo dos alimentos funcionais em Portugal, os quais já ocupam um significativo lugar no leque das opções alimentares dos Portugueses, mobilizando, para tal, conceitos e grelhas analíticas do arsenal epistemológico da Sociologia da Saúde e Sociologia do Consumo, enquadrando aquele consumo na expansão do fenómeno da medicalização das práticas alimentares.

Alimentos funcionais

As inseguranças e incertezas associadas aos crescentes riscos alimentares, o foco na prevenção das doenças crónicas pela adopção de estilos de vida saudáveis, a individualização da responsabilização do estado de saúde, os desenvolvimentos tecnológicos e as identidades culturais e as dinâmicas profissionais de nutricionistas e dietistas, vieram sublinhar os

¹ DPOC-Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

significados simbólicos associados a cada opção alimentar (Ward, Coveney, & Henderson, 2010). Se até 1995 a indústria agro-alimentar se focou sobretudo na redução de ingredientes ‘menos saudáveis’, como gorduras saturadas e açúcares, posteriormente a ciência alimentar tem procurado identificar e manipular os componentes biologicamente activos, com potencial para intervenção terapêutica e conseqüente integração nos alimentos mais comuns (Crowe & Francis, 2013), recebendo significativos apoios financeiros como é o caso da Comissão Europeia que apoiou 47 projectos num total de 150 milhões de euros (European Commission, 2010) com particular incidência nos designados alimentos funcionais (AF). O mercado global deste tipo de produtos, na forma de alimento ou bebida, obteve em 2013 vendas estimadas em 43,27 mil milhões de dólares, representando um incremento de 26,7% comparativamente com 2009 (Nutraceuticals World, 2015). Apesar da magnitude destes números o mercado cresceu a taxas inferiores aquelas verificadas no início do século devido aos efeitos conjugados da crise económica global e dos constrangimentos regulamentares e legais já que, em muitos países, os fabricantes são pressionados a apresentar sólida evidência científica que suporte as alegações de saúde veiculadas pelos respectivos produtos. Alguns dos sectores mais relevantes são a saúde digestiva (16 mil milhões de dólares) e a protecção cardiovascular (13,75 mil milhões de dólares) reflectindo estes valores uma migração de consumos resultante de um afastamento, por parte dos consumidores, das crescentes fragilidades (contestada evidência científica) apresentadas pelos suplementos alimentares, em muitos países a opção até agora preferencial (Nutraceuticals World, 2015). Ainda hoje não existe uma definição *standard* para os AF (Siró et al., 2008) já que muitos alimentos na sua forma natural têm efeitos fisiológicos para além do fornecimento de nutrientes. Entende-se como ‘funcional’ um alimento ao qual um componente tenha sido adicionado ou removido por meios tecnológicos ou biotecnológicos, produzindo um efeito benéfico no estado físico dos indivíduos (Stein & Rodriguez-Cerezo, 2008:13). Segundo a EC Concerted Action on Functional Food Science in Europe (FUFOSE), alimento funcional é aquele que afecta benéficamente uma ou mais funções no organismo, para além dos seus benefícios nutricionais, de forma a contribuir para um melhor estado de saúde e bem-estar e/ou para a redução do risco de doenças; Deve integrar um padrão alimentar normal e não compreende comprimidos, cápsulas ou qualquer outra forma de suplemento dietético (EC, 2010). Os alimentos comercializados como funcionais agrupam-se em 3 grandes categorias: convencionais, modificados e sintetizados (Crowe & Francis, 2013) como esquematizado na Fig. 1.

	CONVENCIONAIS	MODIFICADOS	SINTETIZADOS
DEFINIÇÃO	Alimentos que contêm componentes naturalmente bioactivos tais como muitos vegetais, fruta, cereais integrais, lácteos, peixe e fruta	Alimentos enriquecidos ou fortificados com nutrientes/componentes bioactivos	Componentes sintetizados industrialmente, como os hidratos de carbono não digeríveis
EXEMPLOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vitaminas antioxidantes no sumo de laranja ▪ Isoflavonas nos produtos à base de soja ▪ Pré-bióticos e probióticos nos iogurtes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Margarinas e ovos enriquecidos com Ómega 3 ▪ Cereais de pequeno-almoço fortificados com vitaminas e minerais 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amido resistente ▪ Fruto oligossacáridos (FOS) com acção pré-biótica

Figura 1. Adaptado de Crowe & Francis, 2013

Os AF tiveram a sua génese no Japão na década de 80, tendo na sua origem estudos sobre a designada ‘função terciária dos alimentos’² entendida esta como a capacidade de modular os sistemas fisiológicos humanos (imunitário, endócrino, nervoso, circulatório e digestivo) tendo sido objecto de regulamentação especial, no que respeitam alegações de saúde, em 1991 (Ohama, Ikeda, & Moriyama, 2006) e categorizados como FOSHU (Foods for Specified Health Uses). Teve assim início o fenómeno social contemporâneo de medicalização do alimento, ou “colonização do alimento pela medicina” (Maturro, 2012:130), conceito aqui entendido como a atribuição de propriedades terapêuticas aos alimentos, promovidas, desde logo, no plano da publicidade pela crescente associação de alegações de saúde (Zwier, 2009; Kim, Cheong, & Zheng, 2009). No Japão, aliás como em Portugal, mais de 60% dos AF distribuem-se por duas categorias: (i) controlo gastrointestinal (ex. iogurtes com *Lactobacillus* ou *Bifidobacterium* e fibras dietéticas) e (ii) controlo do colesterol/triglicéridos (ex. proteínas de soja, esteróis vegetais e ácidos gordos Ómega 3) e são o resultado da investigação e desenvolvimento por parte das grandes companhias agro-alimentares (Ohama et al., 2006). Pesquisa realizada na Europa revela que no que respeita a aceitação dos AF, para além dos seus atributos “terapêuticos” é suposto que correspondam às expectativas dos consumidores quanto a sabor, conveniência, razoável relação custo-benefício, *design* atractivo e embalagem de prático manuseio (Stein & Rodriguez-Cerezo, 2008), sendo que se observa uma maior e mais condescendente aceitação das alegações de saúde quando estas surgem associadas a um produto (veículo) com uma bem estabelecida imagem positiva de saúde (ex. iogurte) (Siegrist et al., 2008; Kleef et al., 2005). Apesar da muito limitada informação disponível sobre a relação custo-benefício ou a eficácia clínica associada às alegações preventivas dos AF nos países desenvolvidos (Stein, 2008:49), admite-se que a adesão a esta tipologia de produtos se baseia em processos de avaliação individual do risco de contrair uma doença ou deteriorar um

² A função primária relaciona-se com a nutrição e a secundária com a satisfação sensorial.

estado de morbidade, sem que tal implique uma alteração significativa dos respectivos hábitos alimentares (Bech-Larsen & Grunert, 2003). A este propósito, alguns autores procuraram comparar os processos cognitivos associados aos mecanismos de aceitação, por parte dos consumidores, dos AF e dos alimentos orgânicos, outra tipologia de alimentos associados á modernidade e em franco crescimento no mercado alimentar europeu, tendo concluído que a aquisição dos alimentos orgânicos tem como base uma atitude emocional associando aqueles alimentos com o conceito de ‘natureza’ e ‘naturalidade’ enquanto a decisão de compra dos AF se relaciona com a racionalidade e a associação a uma abordagem tecnológica (Kahl et al., 2012). Estes consumos já assumem na sociedade portuguesa uma significativa expressão; de acordo com estudos de mercado disponíveis³, a categoria de iogurtes enriquecidos com *bifidus*, uma das mais representativas do segmento de alimentos funcionais, ocupou o 25º lugar em valor de entre os 50 produtos mais vendidos no conjunto dos híper e supermercados em Portugal em 2014 com vendas anuais na ordem dos 42 milhões de euros, apesar de tal valor representar um decréscimo de -8% relativamente a 2013 (45 milhões). Constituindo um singular objecto de fronteira entre o medicamento e o alimento cabe às ciências sociais, e à Sociologia em particular, um importante papel de exploração analítica sobre as lógicas e formas de adesão dos consumidores aos AF sobretudo quando a bibliografia disponível sugere que a opção por AF é sobretudo determinada pela percepção do seu potencial salutogénico⁴ (Van Buul & Brouns, 2015; Nunes, 2000), resultado da crescente aceitação por parte dos consumidores da relação entre regime alimentar e padrões de saúde (Annunziata & Vecchio, 2011) e do crescente desejo de utilizar os alimentos para prevenir doenças crónicas ou otimizar a saúde e geração de bem-estar (Khan et al. 2013). O futuro destes produtos é incerto já que depende da relação: alegações de saúde – evidência científica – aprovação pelas entidades reguladoras. A Comissão Europeia procurou identificar as principais tendências, estímulos e incertezas associadas à nutrição e segurança alimentar no horizonte de 2050 sendo consideradas, no âmbito das atitudes e comportamentos do consumidor, a diversificação e polarização das dietas e estilos de vida e no âmbito das novas tecnologias na cadeia alimentar, a crescente medicalização do alimento, assim como as novas formas de que este se pode revestir (European Commission, 2013:9). Foram considerados 9 macro cenários, sendo o 6º dedicado ao consumo generalizado de alimentos funcionais de alta tecnologia (EC, 2013:15). Processos de cenarização a tão longo prazo correm o risco de oscilar entre a futurologia e a especulação recomendando as devidas reservas na sua análise,

³ Nielsen. Market Track. Evolutivo 50 categorias com maior peso em Hipers+Supers. 2015 (YtD semana 52)

⁴ O paradigma salutogénico, por oposição ao paradigma patogénico, foi desenvolvido por Aaron Antonovsky em 1987

embora no caso vertente se reconheça a pertinência da fundamentação. Assim o cenário 6 assume como realista a circunstância de que em 2020 existirá um robusto corpo de evidência científica para sustentar as alegações de saúde dos alimentos funcionais em particular no que respeita a manutenção do estado de saúde, redução do risco de obesidade e doenças crónicas relacionadas com o regime alimentar, o que terá como consequência a respectiva aprovação por parte das entidades regulamentares. Tal incremento da oferta disponível (legitimada) reflectir-se-á na adopção dos AF por parte de muitos consumidores europeus em meados de 2030. Esta antecipada expressão social e de mercado dos AF resultará igualmente da crescente prevalência de doenças associadas à obesidade, da disseminada aceitação do regime de dependências entre dieta e saúde e dos elevados custos dos cuidados de saúde. Em 2050 as fronteiras entre alimentos processados de forma tradicional e os alimentos funcionais terão desaparecido (EC, 2013:16) como resultado, de entre outras causas, de uma elevada integração da indústria agro-alimentar com instituições de investigação alimentar. Numa lógica que poderíamos designar de ‘pendular’ considera o relatório da C. Europeia que a utilização generalizada de AF terá sérias repercussões no consumo de hortícolas e frutícolas frescas e no incremento de reacções adversas e contrafacção dos AF; em consequência, na União Europeia, os apelos ao regresso a alguma forma de protecção alimentar e aos alimentos convencionais (re)ganharão significativa expressão social.

Legislação

O termo ‘alimento funcional’ é na sua essência um termo de marketing e geralmente não é reconhecido pela legislação (Serafini, Stanzione, & Foddai, 2012). Não tendo este conceito uma definição unânime internacionalmente aceite, são conhecidas as definições propostas por sete entidades (Crowe & Francis, 2013): “Academy of Nutrition and Dietetics (USA); International Food Information Council (IFIC); International Life Sciences institute (ILSI); Institute of Food Technologists; European Commission; Health Canada and the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare”. A dificuldade na definição do conceito expressa-se na proliferação de nomenclaturas que em muitos casos se apropriam de terminologia medicalizada como os ‘suplementos alimentares’ ou os ‘nutracêuticos’. A título de exemplo tome-se este último o qual se associa a qualquer componente bioactivo que ofereça um benefício de saúde, muitas vezes sob a forma de suplemento alimentar, enquanto o alimento funcional é, na sua essência, exclusivamente um alimento (Crowe & Francis, 2013). O Japão foi o primeiro país a regular a utilização de alimentos especialmente desenvolvidos para promover a saúde ou reduzir o risco de doença sendo que na Europa foi a Suécia o primeiro

país a regular alegações de saúde nos alimentos (Landström, 2008). O AF localizava-se no início do século XXI, segundo alguns autores, numa zona de transição entre o alimento e o medicamento, cada entidade com jurisdições e regimes regulatórios distintos, pelo que emergia uma espécie de zona cinzenta com elevado nível de incerteza (Menrad, 2003:186). Na União Europeia a harmonização teve lugar com o “*Regulation (EC) N. 1924/2006 on Nutrition and health claims made on foods*”⁵ o qual requer autorização prévia, à entrada no mercado, de todas as alegações de saúde as quais devem ter como suporte uma clara evidência científica certificada pela EFSA (European Food Safety Authority). Nos EUA os alimentos são regulados pela Food and Drug Administration (FDA) com base em legislação de 1938, de acordo com a respectiva ‘intenção de uso’, e legislação de 1990 sobre alegações nutricionais e de saúde, consideradas suficientes, pelo que não existe regulamentação específica para os AF. A alegação de saúde submetida a autorização tem se enquadrar nas 16 legalmente previstas para as 6 categorias permitidas (risco de dermatite atópica, risco de cancro, risco de doença cardiovascular, função cognitiva, diabetes e hipertensão), respeitar a linguagem específica aprovada para a alegação e basear-se em sólida evidência científica, em particular na demonstração da biodisponibilidade e eficácia dos compostos funcionais fisiologicamente alcançados no âmbito de um regime alimentar típico (Crowe & Francis, 2013). Em Portugal, e até 2013, os AF continham na respectiva rotulagem, e exibiam na publicidade, as mais variadas alegações de saúde (exemplo: “Os cereais X, ricos em hidratos de carbono complexos e sem açúcares, promovem a sensação de saciedade, ficando satisfeito durante mais tempo.”). O Regulamento (UE) N. 432/2012 da Comissão Europeia⁶, aplicável a partir de Junho de 2013, estabelece uma lista de 230 alegações de saúde permitidas, referentes a alimentos, nutrientes e componentes com ação funcional, proibindo todas aquelas presentes na rotulagem, apresentação ou publicidade de alimentos não conformes com as normas propostas. O regulamento estabelece como alegação de saúde “qualquer alegação que declare, sugira ou implique a existência de uma relação entre uma categoria de alimentos, um alimento ou um dos seus constituintes e a saúde” diferenciando-a da alegação nutricional: “qualquer alegação que declare, sugira ou implique que um alimento possui propriedades nutricionais benéficas particulares”. As alegações nutricionais e de saúde devem preencher as condições seguintes:

⁵ Official Journal of the European Union L12, 18.01.2007(EN). Esta legislação entrou em vigor em Julho de 2007

⁶ Regulamento (UE) N. o 432/2012 da Comissão de 16 de Maio de 2012. Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2012:136:0001:0040:PT:PDF>

- A presença, a ausência ou o teor reduzido de um nutriente ou de uma substância que seja objecto da alegação deve ter um efeito nutricional ou psicológico benéfico e cientificamente comprovado;
- O nutriente ou a substância objecto da alegação está presente em quantidade suficiente para produzir o efeito nutricional ou psicológico descrito;
- O nutriente ou a substância objecto da alegação está presente sob uma forma directamente consumível;
- As condições específicas de utilização devem ser respeitadas, como por exemplo, a substância activa (por exemplo, vitaminas, fibras, etc.) deve estar presente em quantidade suficiente para ter efeitos benéficos no alimento;

A lista de alegações é passível de actualização na justa medida em que a EFSA aceita a solidez científica de novas alegações propostas (exemplo o Regulamento (EU) N.º536/2013 em Junho, com a introdução de mais 6 alegações perfazendo estas um total de 236).

Medicalização e o alimento funcional

Os fenómenos sociais contemporâneos da medicalização do estilo de vida, conceptualizado como a definição de um problema em termos médicos, habitualmente enquanto uma doença ou perturbação ou a utilização de uma intervenção médica para o tratar (Conrad, 2005), e da farmacologização, conceptualizado como a jurisdição do medicamento em termos de tratamento ou melhoria das condições humanas (Coveney, Gabe, & Williams, 2011) impregnam a totalidade do tecido social (Lopes, 2004), associando-se às novas culturas corporais (afirmação de uma cultura hedonista em detrimento de uma cultura instrumental). Expressam-se pela combinação de relações biunívocas entre processos *top-down* (ex. o discurso técnico-pericial) e *bottom-up* (ex. apropriação por parte dos indivíduos dos conceitos propagados e correspondente impregnação das práticas criando “mercado” para posteriores incursões descendentes), replicando a lógica da relação entre oferta e procura descrita pela ciência económica. A consolidação deste processo é, segundo alguns autores, legitimada pela aceitação inferiorizada dos indivíduos vencidos pelo desejo de estar bem, numa sociedade de riscos: *“o estímulo empírico mais poderoso, advém da percepção de cada um de que tem, ou acredita que tem, algo de organicamente errado, ou formulado de modo mais positivo, o que é que pode ser feito, para que cada um se sinta, aparente ou funcione melhor”* (Zola, 1972). O desenvolvimento das sociedades ocidentais nas últimas décadas fez emergir dinâmicas sociais suficientemente poderosas para relegar a instituição médica para um papel menos preponderante na expansão da medicalização tendo de partilhar esse território com outras

forças motrizes, nomeadamente as indústrias farmacêutica e de biotecnologia e os consumidores (Conrad, 2005), desempenhando o marketing um importante papel de charneira entre estas duas dimensões. Diversos autores propõem a existência de relações estruturantes entre técnicas de marketing social e o conceito de medicalização (Brennan et al. 2010), curiosamente ambos com origem próxima na 2ª metade do século XX^{7 8 9} (Andreasen, 1994; Illich, 1976; Zola, 1972). A palavra *Marketing* (Market+ing) significa literalmente algo como mercado em acção i.e. actores sociais, políticos e económicos em processos de interacção dinâmica, construindo e reconstruindo uma realidade densa de significados, terreno fértil para a modelação de múltiplas interpretações e percepções e a intervenção de subtis práticas e técnicas com potencial para alterar atitudes e comportamentos. Procurando ir além de uma visão mecanicista que coloca a indústria farmacêutica como ocupando o papel anteriormente desempenhado pela classe médica enquanto catalisadora da medicalização, alguns autores propõem esta como um fenómeno social com o qual o marketing farmacêutico interage, em particular pelo ênfase colocado no tratamento de riscos e percursos da doença e consequente responsabilidade na reclassificação, para o domínio médico, de sintomas e comportamentos anteriormente fora de tal jurisdição (Brennan et al. 2010), processo significativamente amplificado pelo progressivo envelhecimento da população. Apesar da medicalização poder gerar dinâmicas sociais positivas (ex. os processos de diagnóstico e etiquetagem podem contribuir para chamar a atenção para patologias de etiologia desconhecida e geradoras de grande ansiedade e sofrimento), evidenciam-se sobretudo os seus efeitos perversos, cujas manifestações mais salientes são a generalização do diagnóstico, a “terapeuticalização” das intervenções corporais com recurso predominante ao medicamento, estimulando por sua vez a busca e valorização por parte dos indivíduos de soluções que prometem efeitos rápidos e eficazes na lógica da contemporânea ausência de tolerância e tempo para se estar doente ou debilitado (Vuckovic, 1999). Os conceitos de medicalização e “biomedicalização” (biomedicina alavancada em tecnociência) os quais expressam uma dimensão ideológica e “farmacologização” com uma dimensão mais instrumental, porque concretizadora na

⁷ As teorias de marketing embora com desenvolvimento mais estruturado no início do séc. XX vêm emergir na década de 1960 a escola de pensamento do marketing social (trata das necessidades e exigências dos consumidores e respectiva satisfação) e conhece a fase da socialização (adaptação do marketing às mudanças sociais) a partir de 1971 com base num artigo, clássico, publicado no *Journal of Marketing* intitulado “*Social Marketing: An Approach to Planned Social Change*” (Kotler & Zaltman, 1971).

⁸ Illich um dos mais contundentes e controversos críticos da medicalização sugere que a medicina institucionalizada se transformou, ela própria, numa ameaça à saúde, pela difusão de três tipos de iatrogénese (doença que resulta directamente do tratamento aplicado): clínica, social e cultural

⁹ Zola (1972) ilustra o processo incremental da jurisdição da medicina, utilizando uma grelha analítica, que sublinha a expansão da medicina para os territórios da prevenção, hábitos e factores de risco, a defesa de um acesso quase absoluto a áreas “taboo” (ex. envelhecimento, toxicodependência, alcoolismo e gravidez) e do controlo absoluto sobre certos procedimentos técnicos

dimensão corporal das anteriores, partilham muitos quadros analíticos e alimentam-se de uma prática reiterada, por parte do marketing farmacêutico, de dramatização social. Esta expressa-se, habitualmente, por: (i) transformar mal-estar ou problemas pessoais ou sociais em doença (ii) Catalogar estados transitórios como severos e disseminados (iii) Etiquetar sintomas moderados como sinalizadores de doenças sérias (iv) associar riscos a doenças e (v) amplificar estimativas da prevalência de certas doenças (Moynihan, Heath, & Henry, 2002: 887). Esta dramatização/alarmismo¹⁰ por parte da indústria farmacêutica, a qual gasta em promoção aproximadamente 25% das respectivas vendas – quase o dobro do que gasta em investigação e desenvolvimento, tem sido apontada como contribuindo para a “terapeuticalização” da vida diária tendo como consequência tratamentos potencialmente desnecessários, efeitos secundários daí decorrentes e delapidação de recursos (Moynihan, Doran, & Henry, 2008:0684). Estas dinâmicas cruzam-se e combinam-se, em alianças informais, de companhias farmacêuticas, médicos e associações de doentes (Moynihan et al., 2002:886), com potencial para expandir o leque de condições corporais apropriadas para intervenção terapêutica e estimular a pulsão consumista alavancada numa crescente reflexividade, conhecimento e activismo por parte dos doentes (Doran & Hogue, 2014:13) e “proto-doentes”. O estatuto destes últimos resulta de uma intervenção cada vez mais precoce na identificação das doenças e sua patogénese (território da biotecnologia e da genética), vivendo estes um sistema de vigilância médica (e social) mais ou menos moderada (de Swaan, 1990). Já Illich chamava a atenção para o facto de a prática médica patrocinar a doença ao estimular uma sociedade mórbida a qual encoraja os indivíduos a tornarem-se consumidores da medicina curativa, preventiva e ambiental (Illich, 1976: 10-12).

Na justa medida em que se acentua, nas sociedades modernas, e no que aos recursos de saúde respeita, a desarticulação entre recursos necessários e recursos disponíveis, crescem as ideologias valorizadoras dos processos preventivos, reconstruindo novos equilíbrios entre o marketing farmacêutico e um florescente marketing agro-alimentar, empenhado evangelizador das práticas preventivas nas quais o alimento funcional cumpre um especial papel enquanto veículo de medicalização da dieta alimentar. O protagonismo do marketing agro-alimentar parece resultar da incorporação de algumas das mais conhecidas estratégias utilizadas pelo marketing farmacêutico, nomeadamente a utilização como consultores pagos de cientistas que nalguns casos ocupam posições de destaque em painéis governamentais de aconselhamento e definição de políticas públicas como foi recentemente divulgado no que respeita a indústria dos produtos açucarados (‘Big Sugar’) colocando sob reserva a independência das propostas

¹⁰ “disease mongering” na literatura anglo-saxónica

da ciência alimentar (Lodar, 2015) e as iniciativas de auto-regulação em particular da indústria do açúcar evidenciando as manifestações contemporâneas do magnetismo do ‘campo de influência’ daquela indústria (Gornall, 2015: 2). O crescimento da ideologia preventiva tem sido alavancado na progressiva evolução de uma sociedade dominada por perigos para uma sociedade dominada pelos riscos (Maturó, 2012). A disponibilização de informação sem limites ou fronteiras, as campanhas de sensibilização e motivação para a adoção de hábitos saudáveis, o arsenal terapêutico ‘natural’ e sintético disponibilizado ao consumo, o expressivo desenvolvimento das técnicas de diagnóstico e a monitorização de sinais e sintomas com recurso a tecnologia *mobile* têm, de forma articulada, progressivamente transformado a doença num risco externo cuja responsabilidade pela respectiva prevenção passa da esfera social para a esfera pessoal (Maturó, 2012). Segundo esta ideologia, a expressão clínica de um leque alargado de doenças deixa de ser o resultado da combinação aleatória de variáveis (hereditariedade, agressividade ambiental, debilidade do sistema imunitário etc.) para ser a resultante de um diagnóstico ou teste genético que ficou por fazer. A título de exemplo tomemos a intolerância à lactose ou glúten, no passado um perigo relativamente pouco conhecido mas com elevados índices de morbilidade cuja expressão, actualmente, devido aos testes de diagnóstico existentes, passou a ser um acontecimento probabilístico, um risco resultante da desvalorização de sinais de alarme, da negligência dos cuidadores, da ausência de diagnóstico clínico atempado e da conseqüente inexistente prevenção. As determinantes sociais da doença são desvalorizadas em favor de uma abordagem tecnocrática que desresponsabiliza a autoridade (estatal, empresarial) e pretensamente legítima as opções individuais como determinante primária da adoção ou recusa de um estilo de vida saudável, propagado precursor de um futuro com menos doença e/ou menor gravidade. A massificação desta mensagem e respectiva incorporação por parte dos indivíduos tem permitido que a medicalização ocupe territórios até recentemente não explorados como a cosmética e a nutrição (Maturó, 2012) ou os seguros de saúde, fenómenos que em articulação com o desenvolvimento da Internet, e a respectiva influência na criação por parte dos leigos de novos processos identitários e subculturas associadas à doença, têm reconstruído uma nova arquitectura do processo da medicalização, diminuindo a autoridade médica e a sua abordagem determinista (valorizadora da abordagem clínica e da informação contida nos genes) à doença (Conrad & Barker, 2010). Esta monumental transformação social tem concedido significativo protagonismo aos consumidores de saúde como motor da medicalização “ascendente” (Conrad, 2005:8) alimentando racionalidades estruturantes de uma suposta ideologia leiga sobre saúde, mais ou menos autónoma, (Hughner & Kleine,

2004). Constituindo, segundo alguns autores, a autonomia um “*dado estrutural da relação dos indivíduos com a sua saúde*” (Clamote, 2012), esta parece ser modulada por múltiplas dependências e colonizada pela granularidade das expressões materiais da medicalização como evidenciado em algumas investigações a propósito das racionalidades leigas e as práticas de saúde, mesmo em populações que assumem a saúde como “Destino” (Silva, 2012). Alguns autores concluem que a maioria dos leigos toma decisões sobre a respectiva saúde, fora do controlo pericial apertado, com base em racionalidades próprias com forte componente experiencial e conotações moral, e espiritual dissociando-se assim de uma abordagem mais objectiva e técnica de matriz científica (Hughner & Kleine, 2004). Estes evidenciam ainda crescente vontade e capacidade de organização em grupos com objectivos políticos como é o caso dos grupos de doentes, alguns discretamente financiados pela indústria farmacêutica (Moynihan, Doran, & Henry, 2008:0685), utentes e cuidadores (Allsop, Jones, & Baggott, 2004) sendo que, em consequência, as relações tutelares se tornam mais problemáticas (Clamote, 2012). Na verdade, o processo de endogeneização de conhecimentos periciais de saúde por parte dos leigos e a partilha e disseminação de informação entre leigos e comunidades leigas, encorajada pela tecnologia, articula-se com o poderoso incremento da literacia tecno-funcional de vastas camadas de consumidores, originando um contínuo processo de reapropriação, processamento e assimilação de conhecimentos e consequente sensação de controlo sobre as suas vidas; questiona-se pois a própria noção de autonomia leiga contrapondo-se a esta o conceito de racionalidades multi-dependentes. De forma a expressar o quadro analítico descrito propõe-se um modelo de análise que articula os níveis macro, meso e micro da expressão contemporânea da medicalização (Fig. 2). Ao nível macro o discurso pericial médico para além de alargar as fronteiras da jurisdição da biomedicina é incorporado pelas autoridades de saúde, perante o crescimento de doenças com expressão social crescente (obesidade, diabetes), e expressa-se por um discurso estatal que estimula, quase como forma activa de cidadania, a autovigilância e iniciativa informada dos cidadãos sobretudo por via de campanhas de sensibilização, em muitos casos alimentada pelo marketing farmacêutico e agro-alimentar. A resultante no plano meso expressa-se pela expansão da ideologia valorizadora dos processos preventivos e da farmacologização do quotidiano que para além da tutoria terapêutica das doenças crónicas e agudas, intervém na modulação dos estilos de vida (ex. emagrecimento) e da performance cognitiva e física (ex. medicamentos e suplementos para memória ou coadjuvantes da prática desportiva ou actividade física) em indivíduos saudáveis numa lógica de customização e optimização de resultados (Coveney, Gabe, & Williams, 2011:385). Podendo a medicalização

ser entendida como um reflexo, no domínio da medicina, de um pano de fundo cultural mais amplo, em particular a busca pela gratificação imediata, independentemente das consequências potencialmente prejudiciais (Brennan, 2010), alimentada por um discurso que utiliza o “medicalês” como catalizador das percepções leigas sobre o que é doença (Young, Norman, & Humphreys, 2008:5) é de admitir que este fenómeno estimule, no plano micro, racionalidades propulsoras de práticas mais selectivas em particular nas escolhas alimentares, atribuindo ao alimento, em particular aos alimentos funcionais um novo estatuto analítico e teórico, mediando o papel transformador da ciência (neste caso, a alimentar).

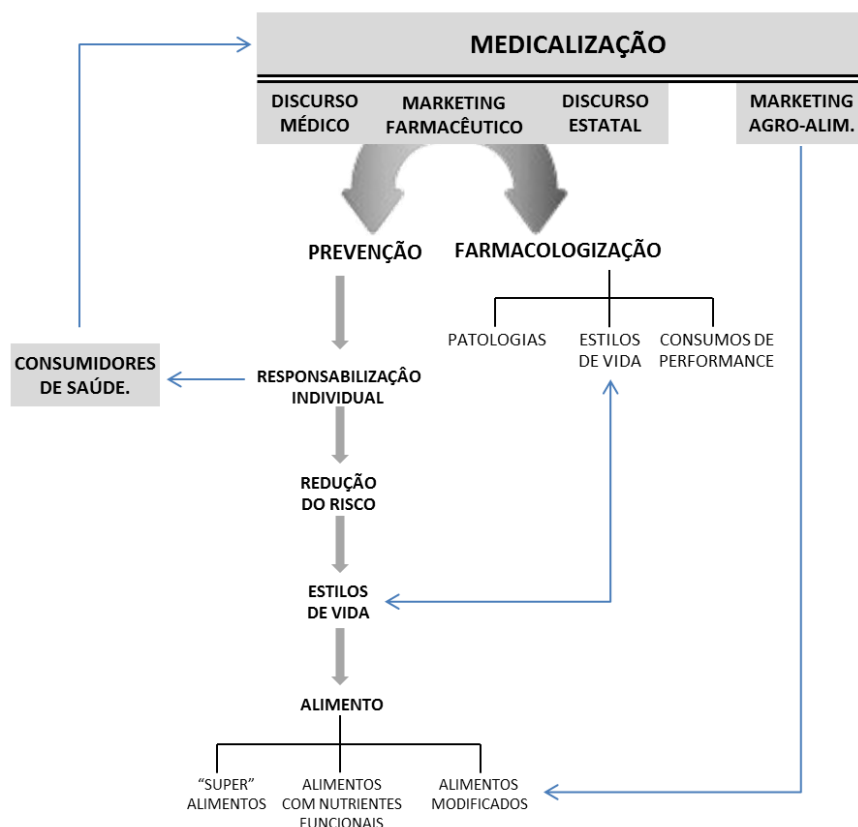


Figura 2. Modelo de análise do atual processo de medicalização da sociedade

Dispositivo de Pesquisa

O carácter híbrido do objecto, na fronteira entre alimento e medicamento recomenda, de forma a captar todas as subtilezas da respectiva apropriação, a integração de metodologias quantitativas e qualitativas, com função explicativa¹¹ na lógica de uma pesquisa multi-estratégia (Bryman, 2006). A combinação de distintos instrumentos de pesquisa é defendida por diversos autores como a mais adequada para compreender os estilos de vida e os aspectos experienciais associados aos cuidados de saúde permitindo construir uma compreensão

¹¹ De acordo com Bryman existem 3 funções possíveis: triangulação, explicação e exploração.

holística do objecto de estudo (Tritter, 2007). Tendo em conta a natureza da investigação e a informação disponível, considera-se como o mais adequado, para a corrente investigação, um desenho de pesquisa suportado no método explicativo sequencial:

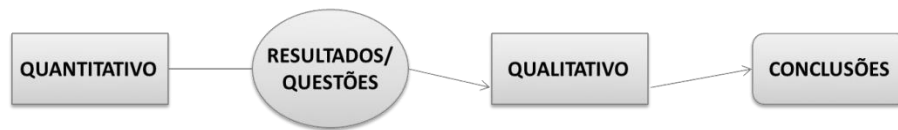


Figura 3. Adaptado de Bryman, 2013

A componente quantitativa da investigação compreende dois conjuntos de dados de natureza distinta, a combinação dos quais pretende identificar perfis de consumo, sua distribuição geográfica e caracterização sociográfica:

- Base de dados proveniente da 1ª edição do ONAP (Observatório da Nutrição e Alimentação em Portugal)¹² com 1200 inquiridos (Tabela 1) no qual foi possível integrar, no âmbito da presente pesquisa, uma secção de perguntas dedicadas aos alimentos funcionais e cujos resultados preliminares estarão disponíveis durante o 1º semestre de 2015.
- Base de dados resultante da agregação de aproximadamente 500.000 transacções efectuadas com a utilização de um cartão de cliente de uma cadeia de hipermercados, nas quais se incluía a aquisição de pelo menos um alimento funcional, e relativas ao ano de 2013 e 1º semestre de 2014.

¹² O Observatório da Nutrição e Alimentação em Portugal (**ONAP**) é um projecto criado e desenvolvido pela **PremiValor Consulting** que visa caracterizar, conhecer e avaliar tendências relativamente aos temas da nutrição e alimentação em Portugal. O ONAP conta com a cooperação técnico-científica da Associação Portuguesa dos Nutricionistas (APN), da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa (Estesl), da Federação Nacional das Organizações de Produtores de Frutas e Hortícolas (FNOP), do Fórum do Consumo e da Associação de Produtores de Maçã de Alcobaça.

Sexo	Grupo Etário	Porto	Bragança	Aveiro	Castelo Branco	Lisboa	Montijo	Beja	Santarém	Portimão	
Masculino	15 - 19 anos	7	2	3	2	14	2	2	2	2	
	20 - 24 anos	7	2	3	2	16	2	2	2	2	
	25 - 29 anos	9	2	3	2	20	2	2	2	3	
	30 - 34 anos	8	2	4	2	22	3	2	3	3	
	35 - 39 anos	8	2	4	2	21	3	2	3	3	
	40 - 44 anos	8	2	3	2	18	2	2	3	3	
	45 - 49 anos	9	2	3	3	18	2	2	3	3	
	50 - 54 anos	9	2	3	3	17	2	2	3	3	
	55 - 59 anos	9	2	3	2	17	2	2	2	3	
	60 - 64 anos	8	2	3	2	17	2	2	2	2	
	65 - 69 anos	7	2	2	2	15	2	2	2	2	
	70 - 74 anos	6	2	2	2	13	2	2	2	2	
	75 e mais	10	2	3	3	25	2	2	3	3	
	Total		105	26	39	29	233	28	26	32	34
	Feminino	15 - 19 anos	7	2	3	2	13	2	2	2	2
20 - 24 anos		7	2	3	2	16	2	2	2	2	
25 - 29 anos		8	2	3	2	20	2	2	2	3	
30 - 34 anos		9	2	4	3	22	3	2	3	3	
35 - 39 anos		9	2	4	3	22	3	2	3	3	
40 - 44 anos		9	2	4	3	20	2	2	3	3	
45 - 49 anos		10	2	4	3	20	2	2	3	3	
50 - 54 anos		10	2	4	3	20	2	2	3	3	
55 - 59 anos		11	2	3	3	20	2	2	3	3	
60 - 64 anos		11	2	3	2	21	2	2	3	3	
65 - 69 anos		9	2	3	2	20	2	2	3	2	
70 - 74 anos		9	2	2	2	19	2	2	3	2	
75 e mais		20	3	5	5	49	3	3	5	4	
Total			129	27	45	35	282	29	27	38	36
TOTAL			234	53	84	64	515	57	53	70	70
Total Portugal Continental		1200									

Tabela 1. Questionários válidos distribuídos por sexo e faixa etária por região

A natureza desta investigação e a problemática que a conduz remete para uma abordagem dedutiva capaz de “desocultar” os significados subjetivos dos atores sociais, no caso vertente os consumidores de alimentos funcionais, somente possível de alcançar com a utilização de ferramentas qualitativas. Remetendo a problematização para o terreno dos valores, crenças e percepções sinalizadoras dos processos de mobilização dos alimentos funcionais como recurso terapêutico, somente as metodologias qualitativas permitem revelar o ‘gatilho’ cognitivo gerador de atitudes e comportamentos observados, numa lógica de sequencialidade com os *outputs* quantitativos. Entende-se a utilização de *focus groups* (n=32) como a ferramenta de eleição pela oportunidade que fornece de pesquisar não somente as atitudes e experiências individuais mas sobretudo a forma como estas são comunicadas num ambiente relativamente ”naturalista”; analisar a discussão mais do que opiniões individuais permite um estudo aprofundado da complexidade das expressões habitualmente produzidas neste contexto de significativa interacção tal como foi evidenciado em alguns estudos de aferição das atitudes perante os riscos alimentares (Green, 2007).

Resultados

No que respeita a base de dados das transacções, os alimentos funcionais foram agrupados em grupos homogéneos (iogurtes enriquecidos; leites enriquecidos; margarinas e cremes vegetais; sumos e néctares com adição de vitaminas e/ou alegações de saúde e águas e chás com adição de fibra e/ou minerais) e as transacções codificadas por NUTS III de forma a preservar a confidencialidade no que respeita a localização exacta dos hipermercados aos quais os

Cartões de Cliente estão associados. Apesar da magnitude da base de dados, esta apresenta limitações que importa considerar, em particular:

- Independentemente do sexo do detentor do cartão, este pode ser utilizado por qualquer outro cidadão, adquirindo produtos para si ou outros.
- Impossível de distinguir se os incrementos de consumo resultam de os mesmos detentores de cartão a comprar mais produtos ou ao recrutamento de mais detentores do cartão.

A análise dos elementos quantitativos já disponíveis e relativos à análise do meio milhão de transacções efectuadas nos primeiros semestres de 2013 e 2014 indica uma evolução de 3,8% em valor no consumo de alimentos funcionais o que, apesar da crise económica que afecta Portugal e da consequente quebra de rendimento disponível por parte das famílias, parece indicar que estes consumos já integram, de forma sustentada, o quotidiano dos consumidores. No entanto, o facto do nº de clientes e de transacções apresentar uma evolução mais significativa, de 6,7% (Fig. 4) e 5,7% respectivamente, parece indicar que mais clientes efectuaram mais compras mas de alimentos funcionais mais baratos, podendo tal significar que apesar do efeito inibidor do preço, os consumidores que aderiram por opção a esta tipologia de produtos permanecem fiéis e que diferenças de preço têm efeitos modestos na eficácia percebida dos alimentos funcionais (Bech-Larsen & Grunert, 2003).

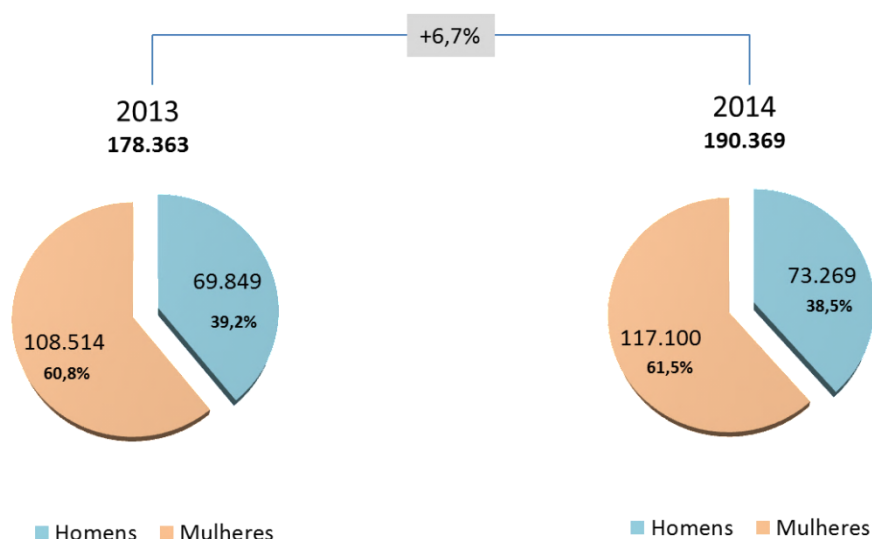


Figura 4. Base de dados de Transacções. Evolução de clientes

Correspondendo a um total de 156 produtos agregados em 5 segmentos homogéneos dos quais se destacam os iogurtes enriquecidos (81 correspondendo a 52%), os sumos e néctares

(38 correspondendo a 24%) e as margarinas e cremes vegetais (18 correspondendo a 12%), estes apresentam entre si distinta performance, destacando-se os iogurtes enriquecidos com um total de 39,64% no total das 457.342 transacções efectuadas no 1º semestre de 2014 seguidos pelas margarinas e cremes vegetais com 35,55% e surgindo os sumos e néctares em 3º lugar com 16,56% (Fig. 5).

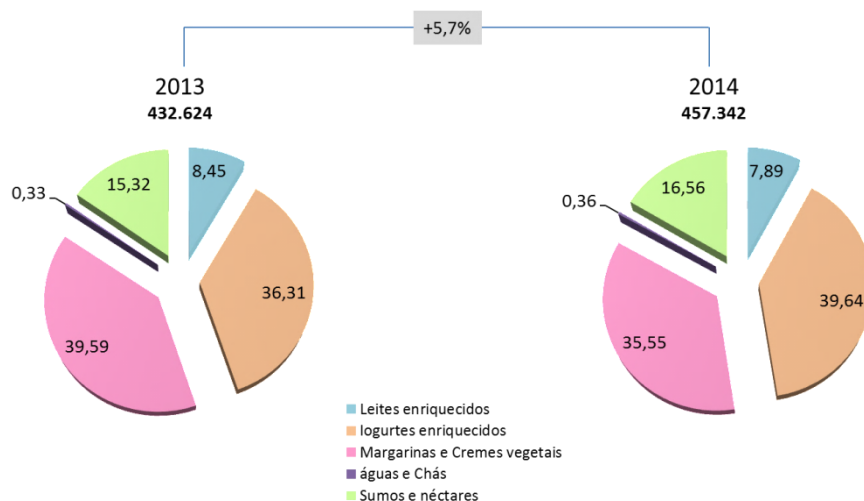


Figura 5. Base de dados de Transacções. Evolução das transacções

Este ranking é semelhante ao de 2013 verificando-se no entanto um crescimento de participação dos Iogurtes (+3.31pp) e queda das margarinas e cremes vegetais (-4.04pp). Quanto à distribuição por sexo, esta é relativamente constante na comparação dos dois semestres com uma distribuição aproximada de 61% de mulheres e 39% de homens, o que se explicará pela circunstância de também ser esta a distribuição habitual de clientes dos hipermercados e consumidores de produtos de saúde nas Parafarmácias dos hipermercados (Monteiro, 2010). Estes dados devem contudo ser avaliados sob reserva de acordo com as limitações anteriormente mencionadas. No que respeita a distribuição etária e exclusivamente para o 1º semestre de 2014 verifica-se que a compra mais significativa se verifica nos escalões 35-44 e 45-54 (50,04%), revelando um padrão aquisitivo que se aproxima daquele verificado para os produtos de saúde nas Parafarmácias (Monteiro, 2010) e em consonância com pesquisas internacionais que evidenciam serem estes os *cohorts* etários nos quais se localizam os consumidores mais envolvidos com a gestão do percurso de saúde e doença seu e do agregado familiar, seja pela circunstância de habitualmente terem filhos com idades inferiores a 10 anos e pretenderem ganhá-los para hábitos alimentares mais saudáveis, seja por se defrontarem com um desafio da saúde concreto (Di Pasquale et al, 2011). A distribuição etária revela elevado grau de fiabilidade quanto à idade do detentor do cartão já que base de dados é

construída tomando como base a data de nascimento inscrita no mesmo, sendo no entanto impossível determinar se a compra efectuada se destina ao consumo de um membro do agregado familiar com idade distinta.

Conclusões

Dois relatórios^{13 14} publicados nos últimos meses vieram colocar uma particular ênfase nos processos preventivos face aos curativos. Tal resulta da identificação dum claro *gap*, num horizonte temporal próximo, entre recursos necessários e recursos disponíveis e da necessidade de um novo equilíbrio de poderes entre cuidadores, instituições e cidadãos os quais, progressivamente mais capacitados, terão de assumir maior protagonismo e responsabilidade na gestão dos respectivos percursos de saúde e doença. A construção de um novo paradigma que promova a saúde, ao invés de tratar a doença, tenderá a promover a importância das escolhas individuais quanto ao estilo de vida a adoptar e em particular do acto alimentar na prevenção e gestão das doenças agudas e crónicas, alimentando em simultâneo o fenómeno da medicalização por vias da expansão da intervenção terapêutica em populações saudáveis. Esta materializar-se-á, em particular, pela definição mais ampla do conceito de doença baseada predominantemente em medições fisiológicas mais do que em eventos clínicos, promoção de medicamentos ou alimentos modificados para a prevenção de doenças ou intervenção em sintomas anteriormente geridos sem intervenção medicamentosa na lógica de “ *a pill for every ill – and increasingly an ill for every pill*” (Mintzes, 2002: 909). Nas sociedades modernas, desejo e utilidade dos objectos confundem-se na árvore de decisão dos consumidores. As necessidades materiais/biológicas estão infiltradas por uma paleta de códigos imateriais e este binómio organiza o quotidiano e constrói identidades individuais. O alimento, na modernidade, não escapa a esta fenomenologia sendo que a extensão da medicalização ao ato alimentar se corporiza na dimensão racional e significativa que passou a enquadrar a ingestão de certos alimentos; “ *este alimento resume e transmite uma situação, ele constitui uma informação, ele é significativo*” (Barthes, 1961: 980). Mais do que satisfazer necessidades biológicas ou apelos sensoriais, comer passou a constituir para muitos indivíduos um processo de elevada selectividade, submetido a uma grelha analítica de atributos (saudável, dietético, nutritivo, funcional), enquadramento pericial (prescrição ou

¹³ “Five Year Forward View”, NHS, October 2014; disponível em <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2014/10/5yfv-web.pdf>

¹⁴ “Um futuro para a Saúde-todos temos um papel a desempenhar”, Fundação Calouste Gulbenkian, Setembro 2014; disponível em http://www.gulbenkian.pt/mediaRep/gulbenkian/files/institucional/FTP_files/pdfs/FuturodaSaude2014/RelatorioFuturodaSaudePT2014/index.html

recomendação do médico, dietista ou nutricionista) e certificação regulamentar corporizada nas alegações de saúde que estão oficialmente aprovadas e na informação técnica que integra a rotulagem; a sociedade estrutura estes objectos a fim de os utilizar (Barthes, 1961:983). O AF, embora possa ser considerado uma tecnologia de saúde, integra o universo do ‘natural’, gerador de percepções de maior inocuidade quando comparado com as opções medicamentosas, tornando-se assim um território propício ao maior experimentalismo terapêutico. A investigação em curso explorará a hipótese de que o uso dos alimentos funcionais, como ferramenta terapêutica, constitui uma das expressões contemporâneas da medicalização da vida social e em particular do ato alimentar.

Referências bibliográficas

- European Commission. (2010). *Functional Foods*. Brussels: Directorate-General for Research. FP7 cooperation-Food 24194 EN, disponível em: ftp://ftp.cordis.europa.eu/pub/fp7/kbbe/docs/functional-foods_en.pdf .
- Aiello, M. (2011). Functional Foods: Between New Consumption Trends and Renewed Perceptions of Health. *Italian Sociological Review*, 1, 3, pp. 45-58.
- Allsop, J., Jones, K., & Baggott, R. (2004). Health consumer groups in the UK: a new social movement? *Sociology of Health & Illness*, Vol. 26(6), pp. 737-756.
- Andreasen, A. R. (1994). Social Marketing: Its Definition and Domain. *Journal of Public Policy & Marketing*, Vol.13 (1), pp. 108-114.
- Annunziata, A., & Vecchio, R. (2011). Factors Affecting Italian Consumer Attitudes Toward Functional Foods. *AgBioForum*, 14(1), pp. 20-32.
- Barthes, R. (1961). Pour une psycho-sociologie de l'alimentation contemporaine. *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*. 16e année, N. 5., pp. 977-986.
- Bech-Larsen, T., & Grunert, K. G. (2003). The perceived healthiness of functional foods. A conjoint study of Danish, Finnish and American Consumers' perception of functional foods. *Appetite* 40, pp. 9-14.
- Brennan, R., Lynne, E., & Rice, D. (2010). Medicalization and Marketing. *Journal of Macromarketing*, 30(1), pp. 8-22.
- Bryman, A. (2006). Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative Research*, vol.6(1), pp. 97-113.
- Bryman, A. (7 de Maio de 2013). *Quality Issues in Mixed Methods Research*. Obtido de Talk to The White Rose Social Science DTC Second Annual Spring Conference: www.le.ac.uk/ulsm
- Chowdhury, R. et al. (2014). Association of Dietary, Circulating and Supplement Fatty Acids with Coronary Risk: A Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 160(6), pp. 398-406.
- Clamote, T. C. (2012). *Retóricas de capacitação na saúde: equívocos sociológicos*. Obtido de Plataforma Barómetro Social: <http://barometro.com.pt/archives/644>
- Cohen, D., McCubbin, M., Collin, J., & Perodeau, G. (2001). Medications as social phenomena. *Health*, 5(4), pp. 441-469.
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 46, pp. 3-14.
- Conrad, P., & Barker, K. K. (2010). The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(S), pp. S67-S79.
- Coveney, C., Gabe, J., & Williams, S. (2011). The Sociology of Cognitive Enhancement: Medicalisation and Beyond. *Health Sociology Review* 20(4), pp. 381-393.

- Crowe, K. M., & Francis, C. (2013). Position of the academy of nutrition and dietetics: functional foods. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, Volume 113(8)*, pp. 1096-1103.
- de Swaan, A. (1990). Expansion and limitation of the medical regime. In A. de Swaan, *The Management of Normality: Critical Essays in Health and Welfare* (pp. 57-71). London: Routledge.
- Di Pasquale, J., Adinolfi, F., & Capitanio, F. (2011). Analysis of Consumer Attitudes and Consumers' Willingness to Pay for Functional Foods. *Int. J. Food System Dynamics* 2(2), pp. 181-193.
- Doran, E., & Hogue, C. (2014). Potency, Hubris and Susceptibility: The Disease Mongering Critique of Pharmaceutical Marketing. *The Qualitative Report, Volume 19, Article 78*, pp. 1-18.
- European Commission. (2013). *Scoping Study – Delivering on EU Food safety and Nutrition in 2050: Final report*. Brussels: Directorate General for Health and Consumers (DG SANCO).
- Gornall, J. (Fevereiro de 2015). Sugar: Spinning a web of influence. *BMJ, 350:h231*.
- Green, J. (2007). The Use of Focus Groups in Research into Health. In M. Saks, & J. Allsop (orgs.), *Researching Health. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods* (pp. 112-132). London: SAGE.
- He, F. J., Li, J., & MacGregor, G. A. (2013). Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ, 346:f1325*.
- Hughner, R. S., & Kleine, S. S. (2004). Views of health in the lay sector: a compilation and review of how individuals think about health. *Health, Vol 8(4)*, pp. 395-422.
- Illich, I. (1976). The Epidemics of Modern Medicine. In I. Illich, *Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (pp. 10-12). New York: Pantheon Books.
- Kahl, J., Załęcka, A., Ploeger, A., Bügel, S., & Huber, M. (2012). Functional Food and Organic Food are Competing Rather than Supporting Concepts in Europe. *Agriculture* 2, pp. 316-324.
- Khan, R. S., Grigor, J., Winger, R., & Win, A. (2013). Functional food product development- Opportunities and challenges for food manufacturers. *Trends in Food Science & Technology* 30, pp. 27-37.
- Kim, K., Cheong, Y., & Zheng, L. (2009). The current practices in food advertising: The usage and effectiveness of different advertising claims. *International Journal of Advertising* 28(3), pp. 527-553.
- Kleef, E. v., Trijp, H. C., & Luning, P. (2005). Functional foods: health claim-food product compatibility and the impact of health claim framing on consumer evaluation. *Appetite* 44, 299–308.
- Landström, E. (2008). *To Choose or not to Choose Functional Foods, that is the Question. Swedish Consumers' and Health-care Professionals' Attitudes to and Use of*

Functional Foods. Uppsala, Sweden: Acta Universitatis Upsaliensis. Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the faculty of Social Sciences 45.

- Lodar, E. (Fevereiro de 2015). Editor's choice. Big food, big pharma: is science for sale? *BMJ*, 350: h795.
- Lopes, N. M. (2004). Medicamentos e percepções sociais do risco. *Actas dos Ateliers do V Congresso Português de Sociologia. Atelier: Saúde*. Universidade do Minho: Braga.
- Lopes, Noémia M. (org.). (2010). *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: Práticas e lógicas sociais em mudança*. Porto: Afrontamento.
- Maturo, A. (2012). Medicalization: Current concept and future directions in a Bionic Society. *Men Sana Monographs*, 10(1), pp. 122-133.
- Menrad, K. (2003). Market and marketing of functional food in Europe. *Journal of Food Engineering*, 56, pp. 181-188.
- Michaëlsson, K., Wolk, A., Langenskiöld, S., Basu, S., Lemming, E. W., Melhus, H., & Byberg, L. (2014). Milk intake and risk of mortality and fractures in women and men: cohort studies. *BMJ*, 349:g6015.
- Mintzes, B. (2002). Direct to Consumer advertising is medicalising normal human experience. *BMJ*, 324, pp. 908-11.
- Monteiro, P. J. (2010). *Parafarmácias nos Hipermercados em Portugal: novos territórios para novos consumos terapêuticos?* Obtido de ISCTE, Dissertação de Mestrado: <http://hdl.handle.net/10071/2591>
- Monteiro, P. J. (2014). *Actas do VIII Congresso Português de Sociologia. Alimentar a saúde. O alimento funcional como recurso terapêutico*. Obtido de Associação Portuguesa de Sociologia: http://www.aps.pt/viii_congresso/VIII_ACTAS/VIII_COM_0108.pdf
- Moynihan, R., Doran, E., & Henry, D. (2008). Disease Mongering is Now Part of the Global Health Debate. *PLoS Med* 5(5): e106. doi:10.1371/journal.pmed.0050106.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering. *BMJ*, 324, pp. 886-891.
- Nunes, L. Â. (2000). *O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico in Actas do IV Congresso Português de Sociologia*. Obtido de APS: www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR462e0a1588ba7_1.PDF
- Nutraceuticals World. (Janeiro 1, de 2015). Global Functional Foods Market Worth More than \$43 Billion. *Nutraceuticals World Vol.18(1)*, 6. Obtido de Rodman Publishing: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d1737603-07fc-428e-afac-3a133a873452%40sessionmgr111&vid=1&hid=110>
- Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, Vol. 39(2), pp. 115-129.
- Ohama, H., Ikeda, H., & Moriyama, H. (2006). Health foods and foods with health claims in Japan. *Toxicology* 221, pp. 95-111.

- Pollan, M. (2009). *Em defesa da comida, 1ª ed.* Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Serafini, M., Stanzione, A., & Foddai, S. (2012). Functional foods: traditional use and European legislation. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 63(S1), pp. 7-9.
- Siegrist, M., Stampfli, N., & Kastenholz, H. (2008). Consumers' willingness to buy functional foods. The influence of carrier, benefit and trust. *Appetite* 51, pp. 526-529.
- Silva, L. F. (2012). *O destino como projecto? Racionalidades leigas de promoção da saúde.* Obtido de Forum Sociológico[online], 22: <http://sociologico.revues.org/696>
- Siró, I., Kápolna, E., Kápolna, B., & Lugasi, A. (2008). Functional food. Product development, marketing and consumer acceptance - A review. *Appetite* 51, pp. 456-467.
- Stein, A. J., & Rodriguez-Cerezo, E. (2008). *Functional Food in the European Union.* JRC Scientific and Technical Reports, EUR 23380 EN. Disponível em: <http://ftp.jrc.es/EURdoc/JRC43851.pdf>.
- Tritter, J. (2007). Mixed Methods and Multidisciplinary Research in Health Care. In M. Sacks, & J. Allsop (orgs.), *Researching Health. Qualitative, Quantitative and Mixed Methods* (pp. 301-318). London: SAGE.
- Van Buul, V. J., & Brouns, F. J. (2015). Nutrition and Health Claims as Marketing Tools. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 55:11, pp. 1552-1560.
- Varraso, R., Chiuve, S. E., Fung, T. T., Barr, R. G., Hu, F. B., Willett, W. C., & Camargo, C. A. (2015). Alternate Healthy Eating Index 2010 and risk of chronic obstructive pulmonary disease among US women and men: prospective study. *BMJ*, 350:h286.
- Vuckovic, N. (1999). Fast Relief: Buying Time with Medications. *Medical Anthropology Quarterly* 13(1), pp. 51-68.
- Ward, P., Coveney, J., & Henderson, J. (2010). Editorial: A sociology of food and eating: Why now? *Journal of Sociology*, Volume 46(4), pp. 347-351.
- Young, M. E., Norman, G. R., & Humphreys, K. R. (2008). The Role of Medical Language in Changing Public Perceptions of Illness. *PLoS ONE* 3(12): e3875. doi:10.1371/journal.pone.0003875.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20 (4), pp. 487-504.
- Zwier, S. (2009). Medicalisation of food advertising. Nutrition and health claims in magazine food advertisements 1990-2008. *Appetite* 53, pp. 109-113.