

UNIVERSIDADE DE COIMBRA

FACULDADE DE MEDICINA

RITA LUZIA MORAIS RIBEIRO

A escolha entre terapias não convencionais e  
medicina convencional:  
uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes.

Dissertação de Mestrado em Saúde Pública,  
apresentada à Faculdade de Medicina da  
Universidade de Coimbra e realizada sob  
orientação do Professor Doutor Jacques  
Houart e sob co-orientação da Professora  
Doutora Raquel Seíça.

COIMBRA, ABRIL 2010



## **AGRADECIMENTOS**

Ao dar início à apresentação deste trabalho, não poderia deixar de dedicar algumas palavras de apreço e gratidão a todos aqueles com quem tive o privilégio de me relacionar ao longo da sua realização e receber da sua parte apoio e incentivo à concretização do mesmo.

Agradeço a todos os que de forma directa ou indirecta, colaboraram na realização deste trabalho.

Agradeço ao Sr. Professor Doutor Jacques Houart, enquanto orientador do presente trabalho, pelo apoio e disponibilidade demonstrada, pelos ensinamentos e pertinência das suas observações indispensáveis à realização deste trabalho.

Agradeço à Sra. Professora Doutora Raquel Seiça, enquanto co-orientadora do presente trabalho, pelo apoio e disponibilidade demonstrada, pelos ensinamentos e pertinência das suas observações indispensáveis à realização deste trabalho.

Agradeço à Sra. Professora Mestre Teresa Silva por todo o tempo e ajuda dispensada, imprescindível à realização deste trabalho.

Agradeço aos professores do curso de Mestrado em Saúde Pública pela oportunidade de desenvolvimento pessoal que me proporcionaram.

Agradeço à Dona Anabela pelo seu apoio e compreensão desde o primeiro dia do Curso de Mestrado.

Aos meus pais, marido, irmã e cunhado pelo carinho, atenção, compreensão, tolerância e estímulo dispensados nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Por fim, mas não menos importantes agradeço aos terapeutas, responsáveis pelas clínicas de terapias não convencionais, nomeadamente Clínica Espaço Divinos e Clínica Spaso Zen, que se disponibilizaram em participar no meu estudo, indicando-me utentes possíveis de participar no mesmo, sem os quais não seria possível realizar este trabalho.

## RESUMO

Ao longo do tempo, as Ciências da Saúde têm vindo a evoluir com um corpo de conhecimentos, definidos através do método científico e da pesquisa. Actualmente, as terapias não convencionais têm-se afirmado como uma alternativa ou complemento à medicina convencional e um elemento importante para a prática dos cuidados de saúde, para a grande maioria na população ocidental. O aumento da popularidade das terapias não convencionais faz delas, na actualidade, um problema a considerar em termos de saúde pública.

Os profissionais de saúde têm como missão alargar os seus limites do saber, aprofundando os domínios do conhecimento que guiam os seus actos. Neste sentido, com a presente dissertação procurámos identificar as razões que levam à procura das terapias não convencionais em alternativa à medicina convencional ou como um meio complementar da mesma, com o objectivo de contribuir para a melhoria da qualidade da intervenção e consequente melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito destas terapias. Em suma, pretendemos conhecer a importância das terapias não convencionais na sociedade actual sem que para isso seja necessário descredibilizar outras formas de ganhos em saúde.

Neste âmbito, o presente estudo tem como objectivos: aprofundar conhecimento sobre terapias não convencionais; conhecer a percepção dos doentes em relação à medicina convencional e terapias não convencionais; identificar os factores que influenciam a escolha das terapias não convencionais; e identificar as doenças associadas à procura das terapias não convencionais.

A presente dissertação tem como base um estudo exploratório/interpretativo, recorrendo a uma análise de conteúdo segundo Bardin, tendo sido realizadas vinte entrevistas a doentes frequentadores de clínicas de terapias não convencionais.

No estudo empírico efectuado constatámos que a medicina convencional é uma ciência gerida por um conceito caracterizado pela sua função, ensino, exercício profissional, cultura e resolução de problemas físicos. As terapias não convencionais são percebidas como tendo uma origem antiga e oriental, uma base conceptual própria e um modelo holístico. Relativamente às diferenças entre a medicina

convencional e as terapias não convencionais, torna-se evidente que o tratamento, o conhecimento, o modelo holístico, o tipo de atendimento, a percepção dos sintomas e os meios de diagnóstico utilizados, são discrepantes entre ambas. Já a credibilidade é imputada a ambas demonstrando que a complementaridade é desejada pelos participantes do estudo. No que concerne às expectativas da medicina convencional, surge a complementaridade entre esta medicina e as terapias não convencionais, a humanização dos cuidados e o conhecimento científico para obter resultados eficazes e eficientes. Em relação às sugestões para a medicina convencional, verifica-se o desenvolvimento do modelo holístico e da humanização dos cuidados e, para as terapias não convencionais, a comparticipação pelo governo e a legalização das suas práticas. As terapias não convencionais mais procuradas são a acupuntura, a homeopatia, o reiki e a osteopatia. Quanto às razões para a utilização das terapias não convencionais, as apontadas são: as falhas na medicina convencional, a curiosidade, os tratamentos usados e os resultados alcançados com as mesmas. Os resultados também demonstram que qualquer doença os leva à utilização das terapias não convencionais.

Tendo em consideração os resultados obtidos podemos dizer que o ser humano enquanto “doente” usa diferentes estratégias para solucionar os seus problemas de saúde, recorrendo a recursos terapêuticos existentes na comunidade, escolhas essas, por vezes, influenciadas por crenças, valores e até pela natureza da própria doença.

**Palavras-chave:** terapias não convencionais; medicina convencional; escolhas.

## **ABSTRACT**

Over time, Health Sciences have been developing with a body of knowledge defined by scientific method and research. Currently, non-conventional therapies have become available as an alternative or complement to conventional medicine and an important element in the practice of health care for the vast majority of Western populations. The increased popularity of non-conventional therapies makes them, at present, a public health care problem to take into consideration.

Health care professionals have the mission to extend their limits of knowledge, deepening the areas of knowledge that guide their actions. In this sense, the present research sought to identify the reasons for searching of non-conventional therapies as an alternative to conventional medicine or as a means of complementing it, with the aim of contributing to improving the quality of the intervention and the consequent improvement in quality of health care provided under these therapies. In short, we want to know the importance of non-conventional therapies in today's society without it being necessary to discredit other forms of health gains.

In this context the present study aims to deepen understanding of non-conventional therapies; know the patient's perception in relation to conventional medicine and non-conventional therapies; identify the factors influencing the choice of non-conventional therapies and identify the diseases associated with the search for non-conventional therapies.

This dissertation is based on an exploratory / interpretive study, using a content analysis according to Bardin, having been conducted twenty interviews in patients who go to clinics where non-conventional therapies are used.

In the empirical study carried out, we realized that conventional medicine is a science governed by a concept characterized by its function, education, professional exercise, culture and solving of physical problems. Non-conventional therapies are perceived as having an ancient oriental origin, a conceptual basis of its own and a holistic model. Regarding the differences between conventional medicine and non-conventional therapies, it becomes evident that the treatment, the knowledge, the holistic model, the type of health care, awareness of symptoms and means of diagnosis used are

discrepant between the two. Credibility is attributed to both, demonstrating that complementarity is desired by the participants. Regarding the expectations of conventional medicine there is complementarity between this medicine and non-conventional therapies and the humanization of health care and scientific knowledge for effective and efficient results. Regarding suggestions for conventional medicine there is the development of the holistic model and the humanization of health care and, for non-conventional therapies the reimbursement by the government and the legalization of their practices. The most sought non-conventional therapies are acupuncture, homeopathy, reiki and osteopathy. The reasons outlined for the use of non-conventional therapy are: failures in conventional medicine, curiosity, treatments used and the results achieved with them. The results also show that any disease leads them to the use of non-conventional therapies.

Given the results we can say that the human being as "ill" uses different strategies to solve his / her health problems, using existing therapeutic resources in the community, choices sometimes influenced by beliefs, values and even the nature of their disease.

**Keywords:** non-conventional therapies; conventional medicine; choices.

## SUMÁRIO

	Pág.
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>PARTE I – A TRANSIÇÃO DE PARADIGMA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....</b>	<b>17</b>
<b>CAPÍTULO 1 – A MEDICINA CONVENCIONAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....</b>	<b>17</b>
1.1 – CRONOLOGIA DA MEDICINA CONVENCIONAL.....	17
1.2 – FILOSOFIA E CONCEITOS DA MEDICINA CONVENCIONAL.....	32
<b>CAPÍTULO 2 – AS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE.....</b>	<b>38</b>
2.1 – CRONOLOGIA DAS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS .....	38
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DAS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS .....	44
2.3 – CONTEXTO SÓCIO-POLÍTICO DAS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS .....	57
<b>CAPÍTULO 3 – SAÚDE EM PORTUGAL.....</b>	<b>63</b>
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE EM PORTUGAL.....	63
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>73</b>
<b>CAPÍTULO 4 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO .....</b>	<b>73</b>
4.1 – PROBLEMÁTICA.....	73
4.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS .....	74
4.3 – TIPO DE ESTUDO.....	75
4.4 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS .....	77
4.5 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO – LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES .....	78

4.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS .....	80
4.7 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	83
4.8 – CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DO ESTUDO.....	86
<b>CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>87</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>121</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>138</b>
Anexo I – Instrumento de colheita de dados	
Anexo II – Pedidos de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados	
Anexo III – Instrumento de colheita de dados aplicado	
Anexo IV – Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “ <i>Para si o que é medicina convencional?</i> ”.	
Anexo V – Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “ <i>Para si o que são terapias não convencionais?</i> ”.	
Anexo VI – Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “ <i>Quais as diferenças, para si, entre as terapias não convencionais e a medicina convencional?</i> ”.	
Anexo VII – Grelhas de análise de conteúdos expressos pelos participantes nas perguntas, “ <i>Qual a mais credível para si? Porquê?</i> ”.	
Anexo VIII – Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “ <i>O que espera da medicina convencional?</i> ”.	
Anexo IX – Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “ <i>O que mudava em cada uma delas?</i> ”.	
Anexo X – Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “ <i>Quais as terapias não convencionais a que já recorreu?</i> ”.	
Anexo XI – Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “ <i>Porque é que recorreu a esses tratamentos?</i> ”.	
Anexo XII – Grelhas de análise de conteúdos expressos pelos participantes nas perguntas, “ <i>Frequentou ao mesmo tempo ambas? Porquê?</i> ”.	
Anexo XIII – Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “ <i>Que outro tipo de doenças é que o levariam a recorrer a terapias não convencionais?</i> ”.	

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
<b>Gráfico 1</b> – Distribuição dos participantes segundo o sexo. ....	88
<b>Gráfico 2</b> – Distribuição dos participantes por grupos etários. ....	89
<b>Gráfico 3</b> – Distribuição dos participantes por estado civil. ....	89
<b>Gráfico 4</b> – Distribuição dos participantes por habilitações literárias/ grau académico.....	90
<b>Gráfico 5</b> – Distribuição dos participantes por profissão. ....	90

## ÍNDICE DE FIGURAS

	<b>Pág.</b>
<b>Figura 1</b> – Esquematização da categoria percepção da medicina convencional. .....	93
<b>Figura 2</b> – Esquematização da categoria percepção das terapias não convencionais. ....	96
<b>Figura 3</b> – Esquematização da categoria diferenças entre terapias não convencionais e medicina convencional .....	100
<b>Figura 4</b> – Esquematização da categoria credibilidade. ....	102
<b>Figura 5</b> – Esquematização da categoria justificação da credibilidade. ....	104
<b>Figura 6</b> – Esquematização da categoria expectativa sobre medicina convencional. ....	106
<b>Figura 7</b> – Esquematização da categoria sugestões. ....	109
<b>Figura 8</b> – Esquematização da categoria utilização. ....	111
<b>Figura 9</b> – Esquematização da categoria razão da escolha das terapias não convencionais. ....	114
<b>Figura 10</b> – Esquematização da categoria frequência simultânea. ....	116
<b>Figura 11</b> – Esquematização da categoria razões da frequência simultânea. ....	117
<b>Figura 12</b> – Esquematização da categoria tipo de doenças. ....	120

## INTRODUÇÃO

Ao longo do tempo, as Ciências da Saúde têm vindo a evoluir com um corpo de conhecimentos, definidos através do método científico e da pesquisa. Os profissionais da saúde têm como missão alargar os seus limites do saber, aprofundando os domínios do fundamento dos conhecimentos que guiam os seus actos.

Nas três últimas décadas, as medicinas “naturais”, “alternativas”, “paralelas”, “complementares”, “tradicional”, “não ortodoxas” ou “não convencionais” têm vindo a afirmar-se como um meio poderoso de intervenção, e um elemento decisivo e inquestionável, na prática da saúde, para a grande maioria da população ocidental (Fischer, 1994).

O aumento da popularidade das terapias não convencionais em relação à medicina convencional tem vindo a afirmar-se, na actualidade, cada vez mais como um problema de saúde pública.

Pegado (1998, p. 1) considera que.

*“ (...) as medicinas alternativas (...) Consideradas anteriormente como um fenómeno marginal sem qualquer consequência nos sistemas de saúde modernos, tornaram-se hoje uma questão de saúde pública por diversas razões: a sua multiplicação e difusão; as relações criadas entre o universo alternativo holista em saúde e as práticas convencionais; a procura de reconhecimento legal e profissional por parte dos profissionais que as exercem; e o crescimento da clientela que as consome.”*

Torna-se, assim, imperioso identificar as razões que levam a população a procurar as terapias não convencionais em alternativa à medicina convencional ou como um meio complementar da mesma, com o objectivo de contribuir para a melhoria da qualidade da intervenção da mesma, e conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito desta medicina, ou seja, perceber a importância das terapias não

convencionais para a sociedade actual evidenciando, sem que para isso seja necessário descredibilizar, outras formas de ganhos em saúde.

Houve um percurso histórico que importa assinalar para percebermos se existem nele justificações para o que temos hoje.

A conquista por parte da medicina convencional foi longa e muito difícil, e o mérito que tem hoje foi conquistado ao longo de anos. Descartes por volta de 1596/1650, mostra-nos a situação da medicina na altura dizendo: “É verdade que a medicina hoje, em prática, poucas coisas contém cuja utilidade seja deveras notável; mas sem qualquer propósito de a desprezar, asseguro que ninguém, nem mesmo os que dela fazem profissão, deixará de reconhecer que tudo o que se sabe é quase nada, em comparação com o que resta saber, e que se poderia eliminar uma infinidade de doenças, tanto do corpo como do espírito, e até porventura, do debilitante da velhice, se tivéssemos bastante conhecimento das suas causas, e de todos os remédios que nos forneceu a natureza” (Neto, 2000).

Já no séc. XIX a medicina convencional impôs-se. Foram feitas normas internacionais pelas quais todos os sistemas de medicina se regiam e regem actualmente. Foi desde então que os tratamentos ou programas terapêuticos, para serem avaliados como eficazes, tinham que produzir bons resultados e benefícios que pudessem ser verificados e repetidos (Sharma, 1992).

Actualmente, com o avançar do saber científico, o receio relativo a doenças agudas, foi-se substituindo pelo receio das doenças crónicas. As exigências do ser humano em questões de saúde foram aumentando (Warener, 2001).

Perante a história da evolução da medicina convencional apercebemo-nos que esta nunca teve o poder absoluto em relação aos cuidados de saúde, mas é importante salientar que a produção de conhecimentos ao nível da medicina tem sido um factor determinante no percurso dos cuidados de saúde, já que tem fornecido uma base científica para guiar práticas e assegurar a credibilidade das profissões de saúde, contribuindo para a saúde das populações através da melhoria dos cuidados prestados.

Apesar da construção de uma base científica que serve de guia aos cuidados de saúde, a medicina pode seguir diferentes percursos consoante o modo como cada um a vê.

O que é novo nas últimas décadas, mais certo a partir dos anos 60, é a popularidade, ascensão e confiança na prática e no recurso às terapias não convencionais, que está a prejudicar o poder e a autoridade da medicina convencional (Pegado, 1998). Ultimamente, devido a esta ascensão, muito se tem ouvido falar em medicinas alternativas, terapias não convencionais ou terapias complementares, mas ainda existe alguma dificuldade em perceber o verdadeiro significado das mesmas.

Há autores que se complementam e outros que divergem muito nas suas opiniões, mas continuamos sem perceber a “opinião” da pessoa/doente para acreditar nas terapias não convencionais.

Mas mesmo sujeita a esta pressão, as terapias não convencionais impuseram-se nos cuidados de saúde.

Sousa (1998), num estudo que desenvolveu, apresenta algumas razões para essa emancipação: as listas de espera cada vez a aumentarem mais no sector público; os preços elevados no privado; os efeitos secundários dos tratamentos não convencionais serem diminutos; mais eficácia em determinadas doenças crónicas; a capacidade de melhoria e decisão por parte do indivíduo que compra os cuidados; a liberdade de escolha da terapia; mais humanidade e maior interesse pela pessoa doente o que lhe proporciona mais informação sobre o seu próprio estado de saúde.

Actualmente, são conhecidos os limites da medicina convencional e muitos doentes foram confrontados com esse limite; mas o importante é haver uma consciencialização de que as terapias naturais também são limitadas e que estas também apresentam riscos e efeitos secundários (Warenter, 2001).

No entanto, o que se verifica actualmente, é que as terapias não convencionais nos cuidados de saúde tiveram uma emancipação e atraem um enorme número de doentes.

Pensamos ser importante, numa fase inicial, conhecermos a definição das terapias não convencionais pela Organização Mundial de Saúde que afirma que CAM –

“Complementary Alternative Medicine”, são práticas de saúde que não fazem parte da tradição do próprio país e não estão integradas no seu sistema de cuidados de saúde, isto é, segundo a Organização Mundial de Saúde, em Batista (2006), medicinas complementares “são medicinas não convencionais que abrangem todas as terapias que não são utilizadas pela medicina convencional”. Este conceito encontra-se de acordo com a ideia de Farber (Boa Saúde, 2000), que diz “medicinas alternativas é um absurdo, ou é medicina ou não é, o que existe são técnicas complementares de tratamento, baseadas em teorias diferentes da medicina convencional, mas que, cientificamente comprovadas, devem então fazer parte da medicina”. Na mesma corrente de pensamento surge Jarvio, Presidente do National Council Against Health Fraud, que refere “ algumas técnicas referidas como alternativas podem ser apropriadamente usadas como parte da arte da assistência ao paciente, técnicas de relaxamento e massagens são exemplos, mas procedimentos ligados a sistemas de crenças, que rejeitam a própria ciência, não têm lugar na medicina convencional” (Boa Saúde, 2000).

Para a consecução do estudo traçámos os seguintes objectivos de investigação:

- Aprofundar o conhecimento sobre terapias não convencionais.
- Conhecer a percepção dos doentes em relação à medicina convencional e terapias não convencionais;
- Identificar os factores que influenciam a escolha das terapias não convencionais;
- Identificar as doenças associadas à procura das terapias não convencionais;

Após terem sido delineados os objectivos, foi dado seguimento a uma linha metodológica científica que incluiu pesquisa bibliográfica e forneceu uma base teórica e conceptual a esta investigação, sendo também realizado um estudo de campo.

Neste estudo procurámos identificar as razões sociológicas das motivações e preferências dos doentes para a escolha entre terapias não convencionais e medicina convencional. Dada a natureza da problemática, no início da fase conceptual, e perspectivando o desenho de investigação, a opção quanto à natureza do estudo incidu numa “metodologia qualitativa”.

Perante os objectivos do estudo e delineando uma pesquisa qualitativa verificámos a importância de nos envolvermos na vida dos participantes, visto que os procedimentos de investigação se baseiam na conversa atendendo à livre expressão. Uma vez que se trata de estudar uma realidade particular, sem pretensões de chegar a proposições com validade universal, optámos pelo modo de investigação “análise de conteúdo”.

Pensamos que este método é, sem dúvida, aquele que mais se adequa ao nosso estudo, visto que é muito mais um modo de pensar ou perceber do que um método (Streubert e Carpenter, 2002).

Na metodologia qualitativa, os participantes não são reduzidos a variáveis isoladas ou a hipóteses; eles são vistos como parte de um todo, no seu contexto natural, pois, ao reduzir pessoas a agregados estatísticos, perde-se de vista a natureza subjectiva do comportamento humano.

Desta forma, é coerente que a selecção dos participantes seja feita segundo uma amostra intencional que, segundo Streubert e Carpenter (2002), é a mais frequentemente utilizada na pesquisa fenomenológica. Como as autoras referenciam, “a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade”.

Deste modo, a selecção dos participantes teve em conta esta perspectiva, dentro dos doentes disponíveis no momento da colheita de dados, utilizadores de cuidados de saúde que recorreram a clínicas de terapias não convencionais existentes no país e que aceitaram participar no estudo.

Quanto ao método de colheita de dados, realizámos entrevistas semi-estruturadas aos doentes presentes nas clínicas de terapias não convencionais.

Em suma, para elaborar este trabalho iniciámos uma pesquisa bibliográfica exaustiva de forma a delimitar a problemática. Posteriormente a esta pesquisa, contextualizámo-nos nesta área para assim fazer opções do estudo a realizar, através de uma análise documental. Objectivando o nosso trabalho de investigação construímos o nosso instrumento de colheita de dados, o guião da entrevista e tentámos, de forma objectiva, direccionar o nosso estudo a uma amostra intencional. Seguidamente, trabalhámos os dados numa perspectiva de análise de conteúdo a partir da abordagem de Bardin, onde procurámos transformar dados brutos em dados

organizados, escolhendo as unidades de registo, seleccionando as regras de contagem e categorizando-os com o intuito de evidenciar e descrever características pertinentes do conteúdo. Mais tardiamente, fizemos uma comparação de enunciados já descritos com os resultados encontrados, procurando semelhanças, de forma a unificar conceitos.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes, a primeira relativa à transição de paradigma na assistência à saúde e a segunda relativa ao estudo empírico.

Na primeira parte desenvolvemos o tema da transição de paradigma na assistência à saúde dividido em três capítulos. O primeiro, destinado à contextualização da medicina convencional na assistência à saúde, onde se relatam pontos de interesse da história da medicina e se apresentam os principais conceitos e a filosofia da prática da mesma. O segundo, com o intuito de caracterizar as terapias não convencionais desenvolvendo temas como a sua história e as suas principais características, enfatizando, por fim, o contexto sociopolítico das mesmas. No terceiro capítulo, abordamos o tema saúde em Portugal, focando os aspectos relativos às recentes mudanças nesta área.

Na segunda parte desenvolvemos o estudo empírico, com o desenvolvimento de dois capítulos. O primeiro (capítulo 4), designado por metodologia em que constam a problemática, as questões de investigação e os objectivos, o tipo de estudo, procedimentos formais e éticos, contextualização da investigação, instrumento de colheita de dados, procedimentos de análise dos dados e, por fim, critérios de validação do estudo. O segundo (capítulo 5) designado por apresentação e discussão dos resultados obtidos.

Na parte final do trabalho apresentamos ainda a conclusão, em que constam as sugestões consideradas pertinentes, quer ao nível de melhorias a implementar quer ao nível de eventuais estudos futuros.

## **PARTE I – A TRANSIÇÃO DE PARADIGMA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Todo o ser humano, a partir do nascimento, é susceptível de depender do cuidado à saúde para sobreviver. Não existe uma única pessoa, por mais independente que seja, que nunca tenha necessitado de cuidados médicos. Collière (1999, p.27) afirma que “Quando a vida surge, os cuidados existem, já que é necessário tomar conta da vida para que esta continue e permaneça”. Assim, podemos dizer que os cuidados estarão sempre ligados à necessidade de manter, desenvolver a vida e lutar contra a morte (Collière, 1999).

### **CAPÍTULO 1 – A MEDICINA CONVENCIONAL NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Norteados pela perspectiva de *Collière*, pretendemos neste capítulo reflectir sobre a evolução da medicina e os contributos do conhecimento científico para o desenvolvimento da mesma. Para tal, realizamos uma breve abordagem à história da medicina, para que se perceba como chegámos à actualidade, seguindo-se a abordagem aos padrões de conhecimento próprios da medicina, ou seja, a sua própria filosofia e conceitos que a regem.

#### **1. 1 – CRONOLOGIA DA MEDICINA CONVENCIONAL**

Durante muitos séculos as doenças foram encaradas como algo sobrenatural, tal como se pode constatar lendo a Bíblia onde, por exemplo, a lepra é considerada um castigo divino e os epilépticos considerados pessoas possuídas por demónios. Actualmente, ainda existem culturas que consideram que a feitiçaria ou os espíritos maléficos são a principal causa das doenças.

Se nos debruçarmos sobre os registos da Antiguidade, encontramos, salvo algumas excepções, diversos tratamentos não desenvolvidos com base em conhecimentos práticos mas sim com base em conhecimentos adquiridos através da observação, der

ivados das crenças de cada cultura e de explicações mágicas. As curas podiam ser uma reza ao espírito responsável, um encantamento para proteger o doente da feitiçaria ou uma poção feita duma parte sugestiva de um animal, tudo isto para a mesma doença (Krippahl, 2002).

Na Idade Média havia semelhanças com o anteriormente descrito. Embora não se recorresse tanto a espíritos para explicar a doença, sangravam-se os corpos com cortes ou sanguessugas, pela mesma razão de Hipócrates que, séculos antes, afirmara que todas as doenças eram causadas por desequilíbrios entre os quatro fluidos que acreditava formarem o corpo humano (sangue, fleuma, bilis amarela e bÍlis negra). Outra semelhança era a forma de pensar “alguém antigamente tinha inventado uma explicação e agora todos seguimos o mestre e nunca vamos ver se a explicação está certa ou não” (Krippahl, 2002).

No século XVII teve início a generalização de testar hipóteses com experiências e observações, isto é, no início elaborava-se uma explicação e a seguir confirmava-se a veracidade da explicação. Dá-se o início da ciência moderna através da inovação metodológica e os progressos começam. Edward Jenner cria a primeira vacina em 1796, demonstrando a sua eficácia contra a varíola; no século XIX, Robert Koch, Louis Pasteur e Joseph Lister lançam as bases da microbiologia e excluem grande parte do sobrenatural na medicina; dão-se os avanços na genética, no design de fármacos e em tecnologia de diagnóstico e terapias (electrocardiograma, raios X, radioterapia, ressonância magnética). A medicina moderna assenta agora numa sólida base experimental (Krippahl, 2002).

A medicina, desde Hipócrates até à exercida no século XIX, cujo eixo semiológico permanece até hoje, enquanto componente do arcabouço genérico de construção discursiva da doença, demonstrou que não bastava catalogar as doenças, pois em cada indivíduo ela assumia feições diferenciadas e que o corpo, *locus* por excelência da manifestação dos sintomas e sinais, era, "por definição, inatingível" (Krippahl, 2002).

Como resultado da pesquisa efectuada apercebemo-nos que a história da medicina integra a história de grandes povos, isto é, a arte e prática universal que constitui a medicina confunde-se com a história da civilização ocidental. É nesta perspectiva que pensamos ser importante dividir e caracterizar a história da medicina em: Medicina

Arcaica, Medicina Grega, Medicina Romana, Medicina Árabe, Medicina Bizantina, Medicina Medieval, Medicina Renascentista, Medicina Barroca, Medicina Iluminista e Medicina nos séculos XIX e XX.

A Medicina Chinesa, com mais de 4 mil anos, é muito provavelmente, não a mais antiga das medicinas, mas uma das que tem sido mais praticadas ao longo da história.

A filosofia da Medicina Tradicional Chinesa reflecte algumas crenças chinesas, como os princípios da causalidade que regem o ambiente em todas as escalas, princípios causais, que de natureza material ou espiritual correspondem à expressão dos destinos decretados pelo céu (Beau, 1982).

É importante referir, que os primeiros conhecimentos escritos sobre Medicina Tradicional Chinesa se encontram numa obra escrita entre 2696 a 2598 a.C, em forma de um diálogo entre o Imperador Amarelo e o seu médico, onde este registou o seu conhecimento médico, obra importante pelo marco da história que representa (Wang, 2001).

Tendo em conta que, desde o nascimento da medicina até aos dias de hoje, a evolução foi grande, os marcos históricos são vastos e as personalidades importantes são muitas, pensámos fazer uma caracterização geral da medicina, segundo algumas épocas consideradas marcantes.

### ↳ **Medicina Arcaica**

No Mediterrâneo e no Vale do Nilo nasceram as primeiras civilizações, Mesopotâmia e Egipto. Há seis mil anos, a medicina principiou as suas transformações resultantes da feitiçaria, em trabalho, ocupação e ofício. Nestas civilizações, a religião e a magia estavam presentes no dia-a-dia moldando as atitudes perante a saúde e a doença (Guerra, 1999).

Na Mesopotâmia, a doença era encarada como castigo de um pecado cometido pelo próprio indivíduo ou alguém da sua família, ordenada por deuses e distribuída por demónios que possuíam o pecado e assim provocavam a doença (Guerra, 1999).

A Medicina Egípcia ou Arcaica foi marcada por um papiro de Edwin Smith (1600 a.C.), que descreve em extraordinários detalhes o exame, o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico de várias doenças. Em contraste, surge um papiro de Ebers (1550 a.C.)

que, embora cheio de encantamentos, apresenta rezas para afastar e manter demónios, os responsáveis pelas doenças. No papiro também é evidenciada uma longa tradição empírica da prática e da observação (Thorwald, 1990).

A medicina, nessa época, era vista como uma arte sagrada ensinada nos templos e o médico tinha conhecimento de rituais, magias, adivinhação e astrologia. Os honorários eram regidos segundo a lei, assim como as penalidades em caso de morte ou danos nos doentes. No caso da morte de um nobre, o médico também perdia a vida. Foi neste período que a primeira ligação/interacção entre o homem e o ambiente foi compreendida. Nesta época já eram reconhecidas as doenças oftálmicas, neoplásicas, venéreas, dermatológicas, respiratórias e cardíacas e o reumatismo. Os mesopotâmicos viam o fígado como o órgão central responsável pela vida e os tratamentos usados eram à base de drogas e banhos medicinais (Margotta, 1996).

Para os egípcios, o centro da vida encontrava-se no coração e este era o núcleo da personalidade; por isso, as doenças tinham como causa aparente uma obstrução da circulação normal. A anatomia egípcia relacionava cada órgão do corpo humano com um deus particular e as doenças eram causadas por demónios e espíritos (Margotta, 1996).

O médico egípcio, orientado/ensinado por médicos antigos e experientes, era obrigatoriamente um homem culto e com destreza manual. Os médicos encontravam-se divididos por especialidades: chefes médicos, inspectores e superintendentes. No cimo da hierarquia encontrava-se o médico supremo do Alto e Baixo Egito. A remuneração destes profissionais era à base de presentes (Margotta, 1996).

O ensino da arte médica dividia-se em duas escolas, a empírica, reservada à família real e ao povo rico e a mágica/ritualística, reservada ao povo (Margotta, 1996).

Na medicina egípcia o diagnóstico era por observação e palpação, e os remédios eram feitos por eles. É importante referir que iniciaram o desenvolvimento da arte cirúrgica (lancetação, circuncisão e extirpação) (Moreno, 1998).

Segundo Heródoto, os médicos egípcios dominavam uma vasta farmacopeia que incluía desde as “esquisitas medicinas de bolores e excrementos” até às plantas medicinais hoje utilizadas em todo o mundo (Thorwald, 1990).

Através de descobertas arqueológicas, descobriu-se que este povo já realizava operações complexas, facto que prova grande desenvolvimento e inteligência por parte dos egípcios. Este povo fez grandes avanços na medicina graças ao seu sofisticado processo de mumificação de corpos, processo que lhes ofereceu muitas informações sobre a anatomia humana (Foucault, 1980).

### ↳ **Medicina Grega**

Depois do Egito, o centro da civilização transferiu-se para os gregos, responsáveis pela medicina racional e pela ética médica (Margotta, 1996).

Na antiga Grécia, podemos focar a nossa atenção para duas novas direcções da medicina. Hipócrates foi o responsável pelo desenvolvimento de um sistema médico humoral, onde o tratamento deveria restaurar o equilíbrio entre os clássicos elementos e humores dentro do corpo. Galeno, mais tarde, no Renascimento, direccionou a medicina para a manutenção da saúde pelo controlo da dieta (nutrição) e da higiene (Foucault (1), 1994).

Os gregos foram os primeiros a ver a medicina separada da visão mágica, religiosa ou tradicional, foram os propulsores da ciência natural explicando os acontecimentos por leis imutáveis (Margotta, 1996).

Existia a crença que harmonia ou desarmonia entre as substâncias componentes do corpo provocava a saúde ou a doença, respectivamente (Margotta, 1996).

*Escolápio*, filho de *Apolo* e da ninfa *Coronis*, originou um culto à medicina divina, que disputou uma correria ao santuário do deus médico. Na admissão ao santuário os indivíduos eram purificados por jejuns rigorosos, banhos de mar e formação diária através da leitura de curas médicas efectuadas dentro do templo. Aliviadas as dores faziam oferendas em ouro e marfim e eram preparados por sacerdotes, massagistas e acólitos para o sono no templo. Os honorários destes profissionais eram em dinheiro, súplicas ou oferendas em ouro e prata (Margotta, 1996).

Na Ásia Menor desenvolveu-se uma escola empírico-racional de medicina, onde as terapias escolhidas dependiam dos sintomas e diagnóstico (Moreno, 1998).

Mais tarde surgiu Hipócrates, que excluiu os deuses e separou a filosofia da medicina. Explicou que a origem divina que anteriormente foi atribuída às doenças se devia à

inexperiência humana. A doença não era mais do que um processo natural oriundo de causas naturais. Hipócrates referiu, também, que o corpo tinha os seus meios de defesa e que a saúde era a harmonia do estado mental e físico (Guerra, 1999).

Iniciou-se uma nova filosofia da medicina. Havia maior preocupação com o prognóstico do que com o diagnóstico, a concentração era maior no doente do que na doença e os estudos baseavam-se em factos observados (Tubiana, 2000).

Apareceu, então, o primeiro tratado sobre saúde pública e geografia médica. É importante referir que ainda havia algumas limitações. O conhecimento anatómico era limitado e havia poucas curas cirúrgicas e de outras naturezas; os médicos apostavam em manter uma boa relação com os doentes, tratavam as doenças agudas e cuidavam paliativamente das doenças crónicas. As suas limitações verificavam-se nas doenças epidémicas, crescentes com a modernização da humanidade e a domesticação dos animais (Foucault (1), 1994).

Na Grécia era concebida, então, uma nova imagem do médico, como um homem simples, humano, real que geria as suas práticas em códigos de moral e ética funcional.

### ↳ **Medicina Romana**

Os primeiros médicos a chegarem a Roma vinham da Grécia. Eram charlatães que substituíam os médicos dos escravos, sacerdotes, barbeiros e massagistas. *Asclepíades* foi autor de vários tratados e aplicador de alguns regimes tais como o regime da luz solar, calor e dietas, entre outros (Melo, 1989).

A medicina era vista pelos romanos como um trabalho de escravos. Júlio César foi o primeiro romano a conceder algumas regalias aos médicos gregos, isentando-os de taxas e do serviço militar, dando-lhes postos assalariados no exército e aos médicos chamados para prestar serviços nas cortes eram dados altos salários (Margotta, 1996).

Com a decadência imperial, a posição social dos médicos em Roma melhorou havendo igualdade nos tratamentos dos ricos e pobres (Margotta, 1996).

O ensino foi regularizado por um colégio médico, onde os estudantes obtinham certificados de boa conduta e eram proibidos de frequentar casas de alterne e usufruir

de férias prolongadas. O idioma do ensino era o grego e eram obrigados a formar-se antes dos vinte anos de idade (Margotta, 1996).

Com o povo romano desenvolveu-se a medicina militar, a construção de hospitais e o uso de ambulâncias de campo e formaram-se equipas médicas (Margotta, 1996).

Os romanos eram conhecidos por usar instrumentos médicos, pomadas e almofarizes para preparação de medicamentos, habitualmente com ervas dos jardins. Não faziam dissecação humana, tinham horror a essas práticas, chegando mesmo a ser de lei a proibição de dissecação dos corpos. Essa actividade era desenvolvida em macacos, o que lhes permitiu o estudo dos sistemas nervoso, digestivo e muscular (Margotta, 1996).

A nível terapêutico foi desenvolvida uma nova medicação para os epiléticos, os banhos de água fria foram substituídos por banhos de águas sulfurosas quentes e o vinho foi prescrito livremente assim como massagens, dietas e descanso. Desenvolveram-se os instrumentos cirúrgicos e a anestesia com o uso dos sucos soporíferos (Guerra, 1999).

O povo romano, com o seu mestre Galeno, tornou-se, também, grande conhecedor da medicina. Este médico fez grandes descobertas a nível da medicina, usava um método anatómico e experimental e efectuou estudos fisiológicos. Com o desaparecimento de Galeno desapareceu o prazer pela experiência e o povo romano tornou-se um mero espectador, sucumbindo a epidemias. Com Galeno cessaram as descobertas que ficaram na história da medicina.

Em suma o povo romano foi responsável por uma evolução a nível sociológico e institucional assim como do ensino e da prática da medicina.

### ↳ **Medicina Bizantina**

O império de Bizâncio, intitulado de império romano do oriente, desenvolveu algumas descobertas científicas em prol da saúde do homem.

A civilização Bizantina, embora não tivesse produzido gigantes na medicina, foi um povo encorajador da pesquisa. A medicina Bizantina é essencialmente dogmática, baseada na fé cristã e nos espíritos. Os doentes procuravam a comunidade cristã, a qual prometia a cura e era a igreja que controlava a prática médica. Paralelamente, os

feiticeiros enchiam o mercado com amuletos, feitiços e encantamentos. Os santos eram os responsáveis pelas curas das moléstias. Os Bizantinos eram então uma sociedade que não acreditava em drogas nem em estudos através da observação (Margotta, 1996).

No século XV o império Bizantino cai, mas a medicina continua o seu caminho de glória na Europa; escolas nasceram e o renascimento encontrava-se em actividade. Era o passo que os Árabes precisavam para a prática médica (Margotta, 1996).

Resumidamente, a medicina bizantina caracteriza-se por uma medicina cujas as suas práticas e descobertas foram dirigidas pela Igreja Católica.

### ↳ **Medicina Árabe**

No século XV, na religião muçulmana as doenças estavam ligadas à transgressão do desejo de Ala, ele era o responsável por tudo. As doenças podiam também ter a sua origem nos espíritos malignos, através da possessão, nos demónios ou no mau-olhado (I.P.J. 1999).

O mel era das terapêuticas mais utilizadas e da cirurgia não se encontram referências no Corão; embora para os árabes a circuncisão fosse obrigatória, as disseções anatómicas eram religiosamente proibidas (I.P.J., 1999).

Existiam escolas de medicina e academias em todos os centros imperiais muçulmanos. É importante referir que as bases do ensino médico provinham da tradução de textos greco-romanos. Os médicos muçulmanos, ao contrário dos que trabalhavam para o império romano, gozavam de alta estima, altos salários, inúmeros presentes e, com frequência, tornavam-se pessoas ricas que exerciam medicina aos mais pobres, gratuitamente. Quando os médicos erravam em tratamentos, a penalidade era a prisão, açoites ou até mesmo a morte (Margotta, 1996).

Deu-se, então, início à formação prática nos hospitais aliada à formação teórica e iniciou-se o diagnóstico com base astrológica (Cardoso, 1999).

Foi nesta altura que descobriram a espinha bífida e deram início à cistotomia, herneotomia, amputações, cirurgias a aneurismas e partos instrumentais (Margotta, 1996).

Na era muçulmana foi introduzida, nas escolas de medicina, conhecimentos sobre plantas e química e iniciou-se o desenvolvimento da farmacologia. Esta arte desenvolveu-se de forma tão rápida que iniciaram a sua exportação para a Europa. A nível da farmacopeia existem algumas utilizações comuns ao Egito como a mirra, o salgueiro, a amoreira, o louro, o incenso, o açafraão, o cominho, o alho e a cebola, além de substâncias de origem mineral (enxofre e argila) e animal. De uso original, destacava-se a beladona para controlo de câibras, secreção de líquidos, espasmos, cólicas e, em doses maiores, para provocar delírios e perda de consciência (Thorwald, 1990; Margotta, 1996).

Os árabes preocuparam-se com o desenvolvimento dos hospitais para tratamento de insanos. Eram constituídos por fontes, salões de leitura, biblioteca, capelas e dispensários e eram ministrados por enfermeiros de ambos os sexos (Guerra, 1999).

Em suma, os árabes, com os seus avanços, enriqueceram o conhecimento ao nível da química, farmacologia, botânica e gestão de hospitais e incutiram a medicina prática.

### ↳ **Medicina Medieval**

Povos de várias origens e idiomas lutavam para sobreviver numa Europa torturada. A igreja ocidental tinha construído uma sociedade cristã. Estes eram séculos assentes em bases políticas e espirituais de cultura ocidental, com costumes bárbaros, leis romanas e teologia (Margotta, 1996).

A medicina medieval geria uma evoluída mistura do científico com o espiritual. As origens e as curas das doenças não eram puramente tradicionais, mas eram baseadas na visão do mundo espiritual, onde factores tais como o destino, o pecado e as influências astrais eram tão considerados quanto as causas físicas. Nesta época, não havia a tradição esclarecedora da medicina científica e a audácia das observações era equiparada à das crenças espirituais bem como à prática médica (Foucault (1), 1994).

O primeiro centro medieval de medicina surge na primeira faculdade médica do ocidente. O imperador Frederico II, patrono da ciência da medicina, no ano de 1231, ordenou que o ensino da medicina devia ser estruturado em três anos de lógica, cinco anos de medicina e um ano de prática. (Margotta, 1996).

Ainda na Era medieval foi inspirada uma nova literatura mágica apoiada em conhecimentos cirúrgicos e houve o renascimento da tradição hipocrática.

Foi na Era medieval que se fez a primeira dissecação humana pelo cientista *Mundinos*, que apresentou aos seus alunos os órgãos abdominais, o tórax, a cabeça e as extremidades. Posteriormente formou um manual de anatomia, baseado na prática (Margotta, 1996).

A nível remuneratório, devido às escolas e associações médicas, a situação social e financeira dos médicos elevou-se muito. Médicos famosos acumulavam fortunas, e os médicos de família recebiam honorários mensais ou anuais (I.P.J., 1999).

A medicina nesta época fazia o diagnóstico à base de sintomas, exames, pulsação, palpitações, inspecção de excrementos e às vezes de sémen. Deu-se também início à interpretação dos sonhos como auxiliares de diagnóstico (I.P.J., 1999).

Foi na Idade Média que começou e findou uma das principais epidemias do século, a peste negra, que matou quase metade da população. A falta de higiene deste povo e o lixo acumulado pelas cidades contrastou com a higiene das sociedades romanas, bizantinas e islâmicas (Guerra, 1999).

Mais tarde, no século XII, o banho tornou-se comum junto dos populares e iniciou-se a supervisão da limpeza das ruas, dando-se início à saúde pública (Margotta, 1996).

A Idade Média, caracteriza-se pelos médicos procurarem curar praticamente todas as doenças utilizando o recurso da sangria, com a utilização de sanguessugas. Neste período os avanços no conhecimento científico foram fracos, pois havia uma forte influência da Igreja Católica que condenava as pesquisas científicas (Foucault, 1980).

Podemos afirmar que a medicina medieval, é uma fusão das ideologias das medicinas descritas até aqui. Reúne o científico, o etiológico e o ideológico, não descurando a importância da mesma na evolução da saúde pública.

### ↳ **Medicina Renascentista**

Lentamente, com início em Itália, o renascimento foi-se impondo em algumas sociedades. Iniciou-se uma luta para desligar o ensino médico dos imprecisos textos árabes. Deu-se início à prática da psiquiatria por Cardano, que foi capaz de dividir as pessoas cruéis que agiam com intenção, das pessoas que agiam erroneamente (Margotta, 1996).

No renascentismo, a estagnação do conhecimento científico despoleta novas superstições como a astrologia e permite o desenvolvimento do estudo da botânica baseado na observação e organização de dados (I.P.J., 1999).

Nesta altura, algumas moléstias assolaram as sociedades, como o Suor Maldito no verão de 1485, a febre tifóide em 1529, o raquitismo nas crianças, o escorbuto nos marinheiros, a varíola, a malária e a sífilis, doenças que permitiram o despertar da medicina renascentista. Devido a estas epidemias, Fracastoro, médico formado em Pádua, foi atraído pelas doenças epidémicas, em especial a sífilis, escrevendo sobre a doença sua origem e tratamento. Ele foi o responsável pela compreensão do contágio das doenças; nasceu assim a epidemiologia (Margotta, 1996).

Também no renascimento houve uma evolução nas armas de fogo usadas nas guerras, o que agravou os ferimentos oriundos das mesmas, permitindo a evolução da cirurgia. A cirurgia e a medicina eram ciências opostas. Os médicos formados em universidades denegriam as universidades dos cirurgiões, nos campos de batalha (Sournia, 1995).

Os médicos renascentistas, através da dissecação humana, iniciaram a percepção do homem biológico e observaram as formas e funções do organismo humano (Tubiana, 2000).

*Leonardo da Vinci*, artista do renascimento, dissecou, procurou a estrutura anatómica, mediu e calculou proporções do organismo. O coração foi um órgão a que dedicou especial atenção (Tubiana, 2000).

Durante o período do renascimento, a posição social dos médicos ascendeu à medida que as superstições e truques da medicina medieval desapareciam. A nível de honorários eram bem pagos monetariamente. A astrologia foi perdendo adeptos, abrindo caminho à objectividade e à observação científica. A nível terapêutico foram descobertos bálsamos, pomadas, fumigações para doenças venéreas, salsaparrilha, entre outras (Margotta, 1996).

Nesta época houve um desenvolvimento da medicina pois, devido à curiosidade pelo funcionamento do corpo humano, os médicos tentaram explicar as doenças através de estudos científicos e testes de laboratório (Foucault (1), 1994).

Embora inicialmente tenha havido um bloqueio à evolução do conhecimento científico, esta medicina fez descobertas importantes na área epidemiológica e anatômica/fisiológica.

### ↳ **Medicina Barroca**

Dá-se o fim dos dogmas da Idade Média e inicia-se o processo do assentamento das bases políticas, sociais e intelectuais: era conhecida por Idade Barroca (Margotta, 1996).

Um dos marcos importantes na medicina barroca foi o trabalho sobre circulação sanguínea que despoletou a mudança do órgão central responsável pela vida, do fígado para o coração. Foi através de cálculos matemáticos que deduziram que a circulação se fazia pelas artérias e veias. Houve médicos contra esta teoria e outros que a apoiaram (Tubiana, 2000).

Niels Stensens reconheceu a anatomia muscular do coração e utilizou a matemática para explicar as contracções musculares. Apareceu assim a fisiologia que, em conjunto com a anatomia, permitiu a Robert Hooke, em 1667, a descoberta que a respiração era responsável pela alteração/oxigenação do sangue nos pulmões. O problema destas descobertas da medicina foi a negligência do objectivo principal da medicina – a cura, que era deixada na mão de homens sem formação – charlatães (Margotta, 1996).

Thomas Sydenham conduziu a medicina aos princípios de Hipócrates, defendendo que a causa de todas as doenças residia na Natureza e que esta era responsável pela cura das mesmas e classificou as doenças como crónicas e agudas, tornando-se um dos pais da epidemiologia (Parker, 1995).

Na medicina barroca, os honorários dos médicos eram monetários e dependiam da posição social dos doentes tratados (Margotta, 1996).

Nesta época, a cirurgia entrou em decadência e a nível farmacológico foi editada a primeira farmacopeia com registo de mil novecentos e sessenta medicamentos (Pita, 1996).

A nível da saúde pública, havia responsáveis pela limpeza das cidades mas a água era contaminada pelos esgotos e pela água de lavar roupas. O escorbuto, a malária, o

tifo, a difteria e a varíola continuavam a dizimar a população. A sífilis e a lepra deixaram de ser epidémicas e, pelo contrário, a peste negra voltou no século XIV. Foi na Idade Barroca que aconteceu o avanço mais espectacular na saúde pública com o início da vacinação contra a varíola em larga escala (Pita, 1996).

O renascentismo foi uma época responsável por muitos progressos que fizeram a medicina nos dois séculos seguintes.

### ↳ **Medicina Iluminista**

A Europa do século XVIII emergiu de uma revolução intelectual que acabou com os remanescentes da anarquia feudal e do dogmatismo medieval. Estávamos então no Iluminismo (Margotta, 1996).

O mestre da medicina Iluminista foi Hermann Boerhaave, professor e clínico, cujas observações eram feitas à cabeceira dos doentes, o que fez dele uma primazia na medicina clínica (I.P.J., 1999).

Apareceu novamente a ideia que as doenças eram provocadas pela alma, mas rapidamente foi ultrapassada pela teoria da Natureza ser responsável pelas doenças (Margotta, 1996).

No Iluminismo, o médico era um fidalgo levando a vida de um homem rico. Os honorários eram monetários, enriquecendo rapidamente se servissem a realeza. Podiam também ser pagos em títulos e propriedades (Margotta, 1996).

Finalmente a cirurgia neste século evoluiu: as universidades facultaram o ensino da cirurgia e, pouco tempo depois, a cirurgia e a medicina encontravam-se em posições equitativas. Apareceu em 1731 a primeira academia de cirurgia (Margotta, 1996).

A nível terapêutico continuaram as sangrias e as dietas, deu-se início à electroterapia, como tratamento da paralisia cerebral, e à hidroterapia. A farmacologia estagnou (Pita, 1996).

A psiquiatria evoluiu e surgiu a explicação que as doenças mentais eram causadas por modificações patológicas do cérebro, iniciando-se o tratamento por estimulantes ou sedativos (Margotta, 1996).

Não obstante, as ciências naturais praticadas por charlatães ganharam muitos adeptos, como o hipnotismo como método de cura (Margotta, 1996).

Relativamente à saúde pública, o saneamento continuava a ser precário e fonte de muitas doenças. O lixo continuava a ser atirado para as ruas assim como os excrementos humanos. As epidemias eram frequentes e continuavam a matar muitas pessoas, tendo sido a varíola a maior deste século (Pita, 1996).

A população aumentava e os hospitais dos mosteiros declinavam; por essa razão foram construídos os maiores hospitais gerais, asilos e maternidades (Margotta, 1996).

É importante perceber que o Iluminismo marcou a divisão entre a prática mágica e científica no âmbito do diagnóstico da saúde. Indiferente a esta separação o culto mágico continuou o seu crescimento. Também importante de referir é a evolução da prática cirúrgica, o que a colocou ao mesmo nível da medicina.

#### ↳ **Medicina no séc. XIX**

O século XIX trouxe mudanças radicais na estrutura da sociedade humana e revolucionou áreas como o pensamento, a economia, a política, a tecnologia e os costumes (Margotta, 1996).

No século XIX, Marie-François afirmou que o corpo humano vivo não era apenas uma associação de órgãos estudados em separado, mas uma rede de membranas ou tecidos. Este estudo originou a teoria celular por Virchow. Em 1858, surge a patologia celular que descobriu o corpo humano como uma aglomeração de células, sendo as doenças entendidas como uma modificação das células pela reacção a estímulos anormais. A fisiologia libertou-se da metafísica e tornou-se uma ciência natural baseada na técnica experimental (I.P.J., 1999).

Claude Bernand fez importantes descobertas e foi responsável pela implementação da medicina experimental sendo inimigo das teorias não fundamentadas. (I.P.J., 1999).

Surgiu a cadeira de patologia nos cursos de medicina. Foi descoberto o estetoscópio que permitiu a investigação de doenças cardíacas e pulmonares. Deu-se início à anatomia patológica com realização de autópsias.. A maior crença nesta era foi no diagnóstico da medicina clínica (Margotta, 1996).

Em 1884 deu-se início à anestesia local e, em 1899, à anestesia intra-espinal com cocaína, seguindo-se a anestesia sacral, venosa e arterial. A evolução da anestesia proporcionou a evolução da assepsia. Em 1865, o ácido carbólico é usado como anti-séptico, diminuindo as complicações infecciosas das cirurgias (Margotta, 1996).

Um importante marco neste século foi a teoria microbial da doença, que originou o desenvolvimento das vacinas. Pasteur mostrou que as bactérias podiam ser usadas umas contra as outras (Margotta, 1996).

A nível da cirurgia, o que modificou foi o conhecimento a nível da anatomia e da patologia, a descoberta da anestesia e da assepsia, factores predisponentes à entrada num período de explanação e inovação do acto cirúrgico (Margotta, 1996).

Com todos estes avanços da medicina e a dependência desta com a ciência, levou os laboratórios a assumir um papel importante nos problemas de saúde e doença (Le Goff, 1991).

Os honorários dos médicos deixaram de ser tão diferentes, sendo considerados homens com talentos especiais (Margotta, 1996).

A saúde pública era a área que mais atenção prendia devido ao rápido desenvolvimento industrial e urbano (Pita, 1991).

Em suma, no século XIX o médico libertou-se do dogmatismo e da metafísica, suportado por princípios científicos e diversos instrumentos e medicamentos.

#### ↳ **Medicina no séc. XX.**

O século XX caracterizou-se pelas mudanças mais revolucionárias no modo de vida do Homem (Macedo, 2000).

A medicina apresentou progressos explicando os mistérios das doenças psíquicas e somáticas, explorou o metabolismo com a investigação de todas as cavidades corporais e formou novos compostos químicos capazes de combater doenças específicas. A medicina neste século juntou-se a outras ciências tais como física, bioquímica, sociologia e antropologia (Margotta, 1996).

Foi descoberto o átomo, transformou-se a análise bacteriológica e micro-orgânica na investigação molecular e atómica em bactérias e vírus. Químicos e biofísicos

exploraram a célula viva, descobrindo ciclos metabólicos, fizeram avanços na genética, avançaram no estudo da virologia e no estudo de enzimas, electrólitos e hormonas (Macedo, 2000).

A nível dos exames auxiliares de diagnóstico surgiu o electrocardiograma, o electroencefalograma, o electromiograma, a pielografia, a cateterização cardíaca e a radiografia (Margotta, 1996).

Novos conceitos como a alergia e a anafilaxia surgiram, assim como a relação entre o psique e o soma, isto é, a evolução da psicologia trouxe avanços na psiquiatria, sendo Freud o grande responsável (Margotta, 1996).

O médico passou do trabalho solitário para o trabalho em equipa com acesso a colegas especialistas, técnicos, laboratórios, bancos de sangue e farmácia (Margotta, 1996).

A actualização dos avanços científicos era diária através de revistas científicas. O governo assumiu total controlo pelo serviço médico, acabando por se dar, posteriormente, uma nova divisão entre a medicina estatal e a privada (Macedo, 2000).

O médico deixa de desempenhar o papel só de cura, assumindo o da prevenção e imunização (Macedo, 2000).

Estas novas perspectivas abriram um caminho, pioneiro, que levou a cabo descobertas no âmbito da hematologia (anemia perniciosa), nutrição, endocrinologia (tiróide), quimioterapia e antibioterapia (penicilina) (Margotta, 1996).

Em 1893, houve uma conquista/mudança, a universidade Johns Hopkins abriu as suas portas a alunas mulheres, e desde aí, todas as escolas abriram o acesso a pessoas do sexo feminino (Margotta, 1996).

Com todos os avanços bacteriológicos, deu-se o avanço da saúde pública e da medicina preventiva. Os perigos, que durante séculos assolaram o mundo, estavam resolvidos, mas novos perigos emergiram como a poluição industrial e radioactiva, o aumento das doenças mentais pela tensão do novo modo de vida e o aumento dos acidentes rodoviários (Pita, 1996).

Resumidamente, a medicina no séc. XX, apoiando-se em algumas ciências exactas permitiu a evolução do seu próprio conhecimento científico.

Pensamos que o que foi mencionado anteriormente nos permite compreender que as doenças infecciosas que assolaram o mundo através dos séculos foram dominadas no século XX. A prevenção e o tratamento com sucesso em diversas doenças cardiovasculares, metabólicas, degenerativas e outras, foram surgindo. O aumento da população coincidiu com a falta de profissionais médicos, o que proporcionou o apoio estatal à construção de novas escolas médicas, com estudos qualificados e dispendiosos. Actualmente, a medicina dispõe de farmacologia avançada capaz de curar, controlar e evitar inúmeras doenças, de aparelhos electrónicos sofisticados passíveis de realizar diagnósticos, o que aumentou a qualidade de vida das pessoas. Mas, por outro lado, houve um aumento das doenças crónicas que são, hoje, grandes responsáveis pela investigação realizada. Agora, no século XXI, a medicina pode olhar para o seu passado histórico e perceber a evolução ao longo dos séculos com glórias e dedicação aos outros.

## 1.2 – FILOSOFIA E CONCEITOS DA MEDICINA CONVENCIONAL

As ideias/tradições culturais enchem e saturam o discurso médico e as concepções biomédicas sobre a saúde e a doença e pressionam as mentalidades sociais.

É de notar que os médicos, ao registarem, estudarem e divulgarem as suas experiências profissionais, explicitam uma certa maneira de viver a saúde e a doença, avaliando não só questões cuja importância passa as metas biológicas, mas também as características do viver sócio-colectivo (Cardoso, 1999).

O diagnóstico é considerado, desde o século XIX, como a forma de transformar sintomas em sinais e engloba hoje a observação *in locus* com as descobertas da moderna tecnologia médica e as manifestações subjectivas ou lesões objectivas. Algumas mudanças aconteceram e, actualmente, esta transformação implicou a mudança da forma pessoal de perceber o sofrimento num discurso médico profissional subjectivo e interpretável (Cardoso, 1999).

Esta mudança modifica o conceito de diagnóstico, em que este não se pode abstrair da história pessoal e familiar do doente, assim como abster-se da possibilidade de

uma doença de ordem natural. Emergiu então a medicina à luz da leitura de sinais/lesões e sintomas, com fiabilidade nos indicadores e na forma como são processados, reportados e documentados (Epstein, 1995).

Numa visão mais alargada, percebemos que a medicina foi beneficiada com o registo de resultados obtidos através do exame clínico e do recurso aos exames complementares, actualmente com uma sofisticada tecnologia. Por se apresentarem como fontes primárias sobre a doença e o doente, são o material sobre o qual o médico se debruça para começar a "interpretar" os "factos" e, a partir daí, construir o seu diagnóstico (Cardoso, 1999).

Existem histórias clínicas, escritas nas décadas após a Segunda Guerra Mundial, interpretadas por pensadores, que ressaltam o entendimento do corpo como uma formação discursiva (Foucault, 1977 e (1) 1994). Os corpos humanos são vistos como portadores de agentes patogénicos e as histórias explicam as suas vidas e as suas opções, isto é, os modos pelos quais as noções de saúde e doença são culturalmente produzidas. Todo o corpo humano é alvo de um conjunto de influências que não podem ser entendidas sem as suas concepções de mundo, afastadas das condicionalidades históricas dos sistemas sociais e de crenças (Epstein, 1995).

A descrição do caso não é mais do que um conjunto de informações que compõem a história clínica. Não só exige a transformação das queixas dos doentes num texto clínico, mas também a produção de uma explicação diagnóstica, que requer funções interpretativas por parte do médico de forma a interpretar a doença (Cardoso, 1999).

Uma multidão de significados pode ser encontrada nos arquivos médicos. As histórias médicas dos doentes revelam, nas suas mais variadas formas, aspectos culturais que organizam, institucionalizam e controlam os cuidados de saúde, a estrutura das especialidades médicas e as habilidades dos médicos em lidar com o sofrimento dos seus doentes e as concepções dos médicos sobre as doenças. Entenda-se, então, que o diagnóstico e a terapêutica representam a construção narrativa que cada doente faz dos seus sintomas e é através da individualidade desta rede de discursos por parte dos doentes, e dos seus eventos singulares, que se busca uma generalidade (Cardoso, 1999).

Da Antiguidade até aos avanços mais recentes, a medicina foi-se modificando e crescendo, mas as atitudes face à doença pouco se alteraram. A actual crença

desmedida no saber científico coexiste com a fé na eficácia da magia, das preces e das ervas (terapias não convencionais) (Le Goff, 1991).

Porter (1997) dedicou-se à história da medicina, estabelecendo relações entre a medicina, as doenças e os médicos, mostrando a evolução no exercício clínico. A visão social da medicina traduz esta como a ciência mais benéfica ao ser humano. As ciências médicas, influenciadas pela transformação da própria natureza da vida, têm como influência os credos religiosos, científicos, filosóficos e políticos da cultura de cada época.

Actualmente, existe uma grande preocupação no estudo das doenças crónicas, exigindo, estas, um esforço por parte dos doentes para lidarem com a sua vida, sobretudo quando estas provocam problemas de quebra de identidade. Tornou-se, então, emergente interpretar os sinais pelos quais os doentes caracterizam e dão voz ao seu sofrimento (Kleinman, 1988). Hydén (1997) afirma que, teoricamente, este novo conceito ocupou um espaço periférico no campo do conhecimento sociológico das doenças de outrora mas, actualmente, ocupa um lugar central, por permitir captar aspectos da experiência da dor e das doenças em contextos sociais específicos.

Presentemente, emerge a necessidade de entender a medicina enquanto ciência aplicada e voltada para a realidade vivida.

Há questões fundamentais que remetem à natureza dos elementos definidos pelos tempos, isto é, oriundos de culturas específicas. Essas interpretações produziram um conjunto de significados que vão desde a antiga noção de "espírito formador" da doença, ideia generalista ou religiosa, como no caso dos judeus, até concepções mais modernas de uma "cultura vivida", composta por processos sociais, sendo estes de ordem política, social e/ou económica. Fica claro que o termo "cultura" oscila entre a antiguidade e os dias de hoje com uma visão mais global ou parcial, mas sempre presente (Cardoso, 1999).

O conceito de cultura é um factor que actua nas doenças e pode ser interpretado como produto do pensamento. Existem três significados da mesma: o de estado mental evoluído, como cultura intelectual própria das pessoas; a evolutiva, como cultura da sociedade, por exemplo, presente em actividades culturais; e a considerada como instrumento do processo, em que a cultura é considerada trabalho intelectual do

homem, em qualquer das suas actividades, uso antropológico e uso sociológico, que indica o modo de vida global de uma civilização ou povo (Cardoso, 1999).

A cultura deve ser convergida, assumindo um significado materialista enquanto produto directo ou indirecto, com um sentido ideal que se manifesta por todas as actividades culturais. E, essa forma "convergente" de pensar a cultura, articula-se ao modo como se interpreta, vive e resolve a doença (Foucault (1), 1994).

O indivíduo, confrontado com uma situação corporal desagradável e não habitual, tende a interpretá-la e a correspondê-la a outras manifestações e a pensar que aquilo que sente é um "sinal", o que impele a uma tomada de decisão urgente por parte da equipa médica. O doente é capaz de se aperceber do seu estado, de explicá-lo aos outros e ao médico, e de transmitir o seu pedido de auxílio para resolução da doença. Todo esse processo de transmissão não é individual, ou seja, encontra-se influenciado pela cultura. Ela é a responsável pela interpretação individual do corpo, da doença e dos seus sintomas. Em suma a cultura é, em parte, responsável pela interpretação social dos corpos e define como eles se tornaram objectos de curiosidade e de poder (Cardoso, 1999).

A filosofia dos cuidados da medicina foi-se alterando ao longo dos tempos. Actualmente, o registo do material genético e o conhecimento dos efeitos genéticos hereditários e das mutações marcam o nascimento da medicina preditiva. A sua finalidade tem por definição os pontos fracos de cada indivíduo, indicando as suas vulnerabilidades e os perigos a que estão sujeitos. Segundo Ruffié (1993), é uma medicina do futuro que permitirá conhecer o "capital saúde" que cada um deverá dirigir para melhor e mais tardiamente envelhecer e morrer.

Esta medicina é limitada pela cultura dos povos. Embora a ciência procure, pelo código genético, uma base consistente para explicar a vida do ser humano, ao mesmo tempo é repudiada culturalmente, acusando essa mesma ciência por lhe ter fornecido os meios para a sua própria extinção.

*“A medicina preditiva explica uma visão de estar no mundo que procura uma actuação participativa por parte dos doentes mas, por vezes, o nosso biológico influenciado pelo espírito, tenta controlar o presente partindo do princípio que podemos definir o futuro, não separando as fatalidades orgânicas das escolhas culturais” (Ruffié, 1983, pág 50).*

A medicina preditiva permitiu uma nova abordagem dos sintomas e sinais de ordem biológica, embora cada vez mais influenciada pelas opções de estilos de vida. Mas, paralelamente, existem interpretações de ordem religiosa, tecnológica, fictícia, entre outras (Ruffié, 1993).

Lacqueur (1992) mostra que os relatórios de autópsia se desenvolveram, na sua forma moderna, apresentando detalhes corporais que permitiram operar novos eixos de causa e efeito para determinar acções preventivas das doenças.

Os médicos registam a história do doente a partir de saberes científicos e qualificados, apreendidos na formação profissional. Baseiam-se numa selecção de queixas, de evidências detectadas pelos doentes nos exames complementares, na literatura médica, nos resultados de pesquisas epidemiológicas e na sua própria actualização constante. Através destes registos é que nos apercebemos que se iniciou um novo conceito na definição dos sintomas, isto é, a doença ou o sintoma da doença passa a ser definido pela sequela que provocou, começando a dar importância aos limites impostos por algumas patologias. Em suma, o fim leva ao início, ou seja os sintomas guiam para as etiologias. As doenças caracterizam-se por um movimento do presente para o passado e deste para o futuro (Cardoso, 1999).

A medicina é caracterizada, então, pela construção de enredos, que relacionam elementos dispersos, alguns responsáveis pela mesma sintomatologia, e ligam eventos e acontecimentos isolados, construindo um diagnóstico com objectividade que é permanentemente confrontada e reformulada por novas e complexas interacções biológicas, culturais, sociais e ecológicas (Cardoso, 1999).

Desatentadamente, a medicina iniciou a defesa de um discurso muito científico, o que proporcionou a falta de vontade por parte do doente de interpelar o médico, proporcionando mecanismos de controlo e defesa por parte dos doentes. O vocabulário usado tornou-se demasiado tecnicista pois, por ser demasiadamente específico e técnico, é passível de dividir as pessoas em grupos, originando o sentimento de inferioridade do doente perante o médico, o que dificulta a relação entre médico e doente, assim como a confiança do doente. O próprio exercício para a realização do diagnóstico e as práticas de persuasão à adesão terapêutica e da confiança no diagnóstico e no prognóstico das doenças, deviam impedir o recurso ao discurso técnico (Serres, 1995).

Torna-se importante identificar, actualmente, que o adoecer, para além do binómio saúde/doença, é um processo que, dentro de determinadas características culturais, produz percepções diferentes sobre a doença e o doente, e que olhar o doente e interpretar sinais que estão para além da doença se torna imperioso.

*"O conhecimento da vida encontra a sua origem na destruição da vida e no seu extremo oposto: é na morte que a doença e a vida falam verdade"*  
(Foucault, 1977, p. 248).

O que se modifica na vida pública e privada de um individuo, quando socialmente se atribui a essas pessoas a condição de doentes, é correspondente das doenças às capacidades de actuação na vida do dia-a-dia, porque, por definição, as suas capacidades vitais estão comprometidas. É o conceito da doença, portanto, que constrói a realidade e é através de uma ligação entre as circunstâncias alteradas com os agentes biológicos e as condições sociais, que será possível analisar as dimensões culturais que contextualizam as doenças e os doentes (Cardoso, 1999). Isto mostra a importância de atribuir um sentido ao conceito de doença pois a medicina, enquanto técnica de curar, empenha-se na vida.

Em síntese, os homens somatizam regras morais e percepções da cultura e, através da sua própria forma de conceituar, determinam o que é saúde e doença e, devido a essa actuação, criam as categorias médicas e sociais em que o médico, adoptando a filosofia hoje instaurada nas ciências médicas, prevê (medicina preditiva) ou prova a causa e o efeito dos sinais corporais e dos sintomas desencadeados internamente (geneticamente) ou externamente (agentes patogénicos).

No próximo capítulo iremos abordar as Terapias Não Convencionais na assistência à saúde, sob o ponto de vista da sua história, caracterização e contextualização sociopolítica.

## **CAPÍTULO 2 – AS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Como constatámos pela abordagem do primeiro capítulo deste trabalho, a medicina convencional tem sido marcada por diferentes acontecimentos ao longo dos últimos anos. Actualmente, as terapias não convencionais têm desenvolvido inúmeros esforços para passar de uma ténue actuação para uma corrente e vincada posição, falando-se já num problema de saúde pública. Consideramos imperativo contextualizar as terapias não convencionais de forma a que sejamos capazes de conhecer melhor a sua evolução e as suas práticas, de forma a estabelecermos uma relação de causa-efeito, isto é, perceber um conjunto de factores que nos permita desenvolver um papel determinante, nomeadamente a nível da área de prestação de cuidados das mesmas.

Esta tem sido uma temática ultimamente estudada, e podemos ponderar que a busca por parte da medicina convencional tem duas vertentes essenciais. Uma relaciona-se com a necessidade da busca do conhecimento e saber técnico e científico próprio e a outra relaciona-se com a exigência das competências relacionais, que terão dado origem ao paralelo crescimento das terapias não convencionais.

Abordamos, no primeiro ponto deste capítulo, a história das terapias não convencionais. No segundo ponto, centramo-nos na sua caracterização, contextualizando as práticas desenvolvidas pelas mesmas. No terceiro ponto deste capítulo abordamos o contexto sociopolítico das terapias não convencionais.

### **2.1 – CRONOLOGIA DAS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS**

A medicina convencional e as terapias não convencionais têm como base similar o desejo de curar, vivenciar experiências terapêuticas que evidenciem a potencialidade da mesma e a ambição de explorar a dicotomia saúde/doença (Mendes, 2001).

O crescimento das terapias não convencionais é notório tanto pelo aumento dos profissionais praticantes das mesmas, assim como pelos seus utilizadores.

Há quem refira que este crescimento das terapias não convencionais, está associado à diminuição de crédito da medicina convencional; por isso, impõe-se a necessidade de uma breve resenha histórica da evolução das terapias não convencionais (Ventura, 1993).

No século XIX, a medicina convencional impôs os seus princípios e, por conseguinte, surgiu a ideia de que um método terapêutico só seria considerado eficaz, não pelos efeitos no doente, mas pela capacidade de estes serem verificados repetitivamente. Assim, surgiu o pensamento científico caracterizado por normas internacionais que viriam a reger os sistemas da medicina ocidental. A Revolução Industrial, com início neste século, também se tornou num marco importante. Iniciou a defesa de um estilo de vida mais saudável e natural; assim, e também com o apoio da ciência médica, o receio das doenças agudas, lesões e infecções foi desaparecendo gradualmente. Paralelamente, aumentou o número de pessoas com perturbações e doenças crónicas, fenómeno que se caracterizou pela resposta do organismo aos excessos e mudanças dos estilos de vida moderno. É importante referir que as exigências por parte da comunidade relativamente à defesa da saúde aumentaram e, conseqüentemente, intensificou-se o receio dos efeitos dos medicamentos; aparece uma desconfiança relativamente às ciências médicas, justificada pela importância em demasia pelo diagnóstico, a relativização dos sintomas e dos próprios doentes (Pereira, 2005).

A noção de terapias não convencionais é muito recente, ou seja, a ideia de poder combinar tratamentos naturais em simultâneo com a terapêutica convencional, equilibrando-a e completando-a, ganhou muito adeptos actualmente e, hoje, são vários os doentes com diferentes patologias que procuram esta associação de tratamentos (Whorton, 2003).

Antes dos anos 90, as terapias não convencionais eram fugazmente anuladas pelos profissionais de medicina e eram entendidas como opostas e totalmente incompatíveis com a prática médica baseada no conhecimento científico, chegando a ser utilizados termos pejorativos para as designar tais como *medicina irregular*, *medicina marginal*, *medicina sectária*, *ritos médicos* e *charlatanismo* (Whorton, 2003).

Torna-se, assim, relevante conhecer o desenvolvimento histórico das terapias não convencionais.

Existem registos de conceitos de terapias não convencionais nas antigas escrituras da Índia, China e Egipto e na maior parte das civilizações antigas. Evidências históricas referem que, apesar do nome das diferentes terapias não convencionais diferir ao longo dos tempos, os procedimentos mantêm-se (Krippahl, 2002).

Contrariamente, Whorton (2003) refere que, ao longo dos tempos, as terapias não convencionais foram compreendidas como um sistema que se afirmou de formas diferentes:

- cura natural, descrição do século XIX no jargão;
- cura sem medicamentos, termo popular do início do século XX;
- cura holística, termo da década de 1970.

As terapias não convencionais tiveram início no final do século XVIII, isto porque, até à data, não havia um reconhecimento destas formas de cura, sendo tudo tratado como credices inócuas. Desde então, têm sido reconhecidas pela abordagem distinta para as terapias e para as interacções médico-doente. Essa perspectiva distinta é ironicamente relatada a partir dos trabalhos do “pai” da medicina convencional: Hipócrates. Por isto, há quem designe a filosofia das terapias não convencionais como a heresia hipocrática. Desde então, é verificada uma diminuição da confiança popular na medicina convencional, o que pode justificar o rápido crescimento das terapias não convencionais que se intitulam mais seguras e mais eficientes (Whorton, 2003).

Com esta força, iniciaram uma luta de certificação das suas práticas unindo-se em associações, fazendo publicações de artigos e de jornais próprios e, por fim, abrindo escolas próprias. Com estas medidas chegaram a alcançar, em 1840, o domínio de 10% dos cuidados de saúde.

Em 1912, surge uma das conquistas mais importantes das terapias não convencionais, a Sociedade Naturista Portuguesa designada hoje pela Sociedade Portuguesa de Naturalogia (SPN), que desperta a promoção das terapias não convencionais, dando-lhes uma visão mais abrangente. Em 1988, são publicados alguns estatutos como (Pegado, 1998, pág 85):

*“A SPN tem por fim promover a cultura integral da vida humana, ou seja, o desenvolvimento físico, mental, espiritual através do naturismo, do ideal aproveitamento dos bens da natureza, da observância das Leis do equilíbrio ecológico e da sã profilaxia e cura da doença pelos princípios da naturopatia e outras medicinas alternativas, incluindo uma alimentação sem sacrifício da vida animal”.*

A Sociedade Portuguesa de Naturologia é uma associação que defende a alimentação vegetariana, o contacto com a natureza, a divulgação da parapsicologia e a manutenção da saúde utilizando, para isso, as terapias não convencionais. Actualmente conta com 1500 sócios (Pegado, 1998).

Existem personalidades que tiveram o seu papel fundamental na história das terapias não convencionais no nosso país, como os Dr. José Lyon de Castro, Dr. Indíveri Colluci e Dr. Adriano de Oliveira (Pegado, 1998).

O Dr. José Lyon de Castro empenhou-se no estudo das plantas, descobrindo o seu efeito medicinal. Frequentou diversos cursos em Inglaterra, Estados Unidos da América e Espanha, vindo a fundar em Portugal o Instituto de Higiene Natural em 1927. Em 1956 funda o Instituto de Botânica Aplicada, sendo responsável pelas bases do primeiro curso de Fitologia (Fitoterapia) (Pegado, 1998).

O Dr. Indíveri Colluci, entre 1920 e 1970 fazia consultas de naturologia numa clínica em Paço d' Arcos e, paralelamente, respondia a processos judiciais pela sua prática. Em 1940 arriscou um alvará para dedicar-se ao ensino, o qual lhe foi recusado. Todavia, o Dr. Adriano de Oliveira ainda teve oportunidade de beneficiar do seu saber e da sua experiência (Pegado, 1998).

Em 1939, o Dr. Adriano de Oliveira conclui o curso de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. É importante referir que, devido a uma doença grave que padeceu em jovem, experimentou tratamentos naturais, os quais foram extremamente eficazes. Devido a esta situação, surgiu o interesse pelas terapias não convencionais, dedicando-se ao seu estudo, utilizando-as na sua prática clínica e publicando livros (Pegado, 1998).

Segundo Ventura (1998), é após o 25 de Abril que as terapias não convencionais, mais especificamente a Saúde Natural e a Alimentação Natural, se tornam incontornáveis e socialmente aceites na sociedade portuguesa.

Em 1976, nasce o Instituto Médico Naturista, conquistando a publicação dos seus estatutos em Diário da República, em 1981, o que lhe permitiu ministrar legalmente cursos de Naturologia e permitiu, desde então, a constituição de novas associações (Pegado, 1998).

Em 1982 foi criada a Associação Portuguesa de Naturopatia (APNA), conseguindo publicar os seus estatutos no Boletim do Trabalho e do Emprego. Já em 1983 e 1984 prosperaram estudos alargados a nível nacional e internacional na área da homeopatia, osteopatia e acupunctura e, conseqüentemente, surgiram as associações correspondentes, iniciando-se congressos, seminários e cursos que permitiram a extensão dos estudos (Pegado, 1998). Desde então, iniciou-se uma luta por algumas conquistas nomeadamente a nível do ensino das mesmas, o qual foi sendo recusado.

Em 1992, após alguma luta, é fundada a Federação de Associações de Medicinas Alternativas Naturais (FENAMAN), que visava unir as três associações profissionais já existentes (Pegado, 1998).

Não menos importante foi, em 1997, a criação da Associação dos Dietéticos Nacionais (ADN) e da Associação Portuguesa de Alimentação Racional e Dietética (APARD), com o objectivo de defender e promover esses produtos, acolhendo os produtores, importadores, distribuidores e até os consumidores destes produtos (Pegado, 1998).

Norteados por estas diferentes associações, muitas outras haveria a referir, mas é unânime focarmos a pesquisa nas associações mais importantes, não deixando de referir que, desde então, foi um despoletar de sindicatos, todos eles bem regulamentados, com estatutos definidos, que abrangem profissões desde as altamente qualificadas a técnicos auxiliares (Pegado, 1998).

Apercebemo-nos de um avançar das terapias não convencionais, nomeadamente da sua própria conceptualização, o que originou o desenvolvimento da partilha dos conhecimentos por parte dos mestres das mesmas, iniciando-se aqui um processo interno de divergências entre os terapeutas, a nível da formação.

Em 1992 surge a Escola Superior de Ciências Naturais e Homeopáticas começando, em 1996, o Curso Técnico Científico de Medicina Tradicional Naturológica com o grau académico de licenciado. Em 1993 surge a Escola Superior de Biologia e Saúde com o Curso Superior de Naturologia e, em 1994, aparece a Escola Superior de Medicina

Tradicional Chinesa que iniciou, em 1996, o Curso Superior de Acupuntura, Fitoterapia e Massagem Terapêutica em cooperação com a principal Universidade da China (Pegado, 1998).

É de salientar que estes cursos e outros, que actualmente existem no nosso país, não têm reconhecimento oficial no Ministério da Educação, o que incentiva a criação de cursos não regulamentados, assim como a prática indevida, desestruturada e disforme das terapias não convencionais, contribuindo para a sua falta de legalização. Não obstante a esta situação, a abertura delirante de centros dietéticos, lojas de produtos naturais, restaurantes macrobióticos e centros de terapias não convencionais, entre outros, acontecem.

É importante referir que em 2002, o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto iniciou uma pós-graduação em Acupuntura Médica, com validade a nível internacional e aceite pela Ordem dos Médicos, destinada exclusivamente a médicos. Já em Novembro de 2007, iniciou-se a mesma pós-graduação na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Na sequência da pós-graduação leccionada em Coimbra, abriu uma consulta de acupuntura nos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Já nos últimos anos tem ocorrido um aumento da divulgação das terapias não convencionais não só através da partilha de experiências e publicação de livros, mas também pela comunicação social através de debates televisivos, colunas e jornais diários nacionais, permitindo uma maior aceitação das mesmas por parte do público. Mas, tal como as valorizam também, em alguns artigos, criticam-nas dando força aos mais cépticos, ou seja, as terapias não convencionais, com esta ascensão e reconhecimento nacional, inicia as relações perigosas do mundo comercial (Pegado, 1998).

Em suma, as terapias não convencionais iniciaram e mantêm uma luta por vingarem no nosso país. Segundo a Federação de Associações de Medicinas Alternativas Naturais existiam até 1992 cerca de 3000 estabelecimentos comerciais com 9000 trabalhadores, 90 empresas de produtos naturais com 900 trabalhadores, 10 unidades laboratoriais de produção e transformação dos medicamentos naturais com 200 trabalhadores, 800 clínicas com 2000 trabalhadores, 420 profissionais não médicos qualificados por escolas nacionais privadas, 700 a 800 terapeutas com formação e 2 milhões de pessoas que recorrem a estas medicinas (Pró Teste, 1992).

## 2.2 – CARACTERIZAÇÃO DAS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS

A medicina, qualquer que seja a sua denominação, actua sempre sobre dois fundamentos convencionais: a patologia, estudo das doenças e a terapêutica, processo de combater as doenças; doente, o indivíduo que carece de saúde e doença, a manifestação variável desta anormalidade. (Mundim, 1997).

As terapias não convencionais nasceram há milhares de anos com o homem, e foram praticadas ao longo da história por sacerdotes, egípcios, caldeus e filósofos da antiguidade. Cresceram em paralelo duas filosofias de saúde: a medicina convencional e as terapias não convencionais. As limitações da medicina convencional, levaram a sociedade a procurar outro caminho, caminho esse ministrado pelas terapias não convencionais que confirmou a sua utilidade na manutenção da saúde e na prevenção, no tratamento e na recuperação da doença. Ou seja, implicar a pessoa no seu processo de defesa e recuperação da saúde é o principal objectivo das terapias não convencionais (Bernasconi, 2000).

Mas, as terapias não convencionais também apresentam algumas limitações. As terapias biológicas e/ou naturais são muito populares, no entanto nem todas as terapias são eficazes/seguras. A divulgação nos órgãos de comunicação social também se revela uma limitação, pois é uma divulgação ampla de tudo que é natural, ou seja, do que não é cientificamente aprovado. A adopção de títulos falsos por muitos terapeutas levou à propagação de informações erradas como, por exemplo, os seus efeitos em doentes crónicos, prometendo curas quando o que proporcionam é terapêuticas paliativas (Whorton, 2003).

Torna-se curioso apercebermo-nos que a medicina convencional é apontada pelos seus limites, enquanto ninguém fala dos limites das terapias não convencionais, apesar de também os ter.

A verificação e a confirmação dos resultados dos tratamentos são válidos tanto para a medicina convencional como para as terapias não convencionais; o problema é que grande parte dos tratamentos não convencionais não têm qualquer tipo de análise ou registo de resultados obtidos, o que não permite registos válidos em como são mais eficazes que a medicina convencional. Acresce-se que, para a maioria dos doentes, uma experiência positiva chega como exemplo de uma máxima eficácia. A verdade é

que, quando os procedimentos correm mal, os doentes são os primeiros a ignorar tais resultados (Bernasconi, 2000).

*“ (...) para avaliar o grau de satisfação dos doentes é o sucesso de uma clínica (...) As pessoas sentem a responsabilidade de informar a população porque, de maneira geral, a eficácia destas terapias é desconhecida.” (Choy, 2001)*

As terapias não convencionais aparecem assim designadas por globais ou holísticas por defenderem que o indivíduo é visto no seu todo. As técnicas de diagnóstico destas doutrinas são discutíveis; ou partem do diagnóstico feito pelos métodos convencionais, ou utilizam métodos questionáveis (Pegado, 1998).

As terapias não convencionais são conhecidas por terem uma sustentabilidade cognitiva própria, diferente da medicina convencional. A sua visão holística, a valorização da natureza e a crítica de especialização são características capazes de induzir a escolha desta nova “moda” das sociedades modernas. Segundo Sharma (1992), as terapias não convencionais têm uma diferença paradigmática, isto é, a forma como definem os problemas e as regras que usam para a sua resolução são diferentes.

As suas principais características são a visão holística do doente e, de modo global, do próprio mundo. A visão holística entenda-se que pode ser a dois níveis; cosmos, em que existe um universo onde o indivíduo participa activamente como parte do mesmo, e do próprio indivíduo, onde este é um todo indissociável em termos de mente, corpo e espírito (Mundim, 1997).

Pensamos que é importante referir que essa interacção do indivíduo com o ambiente é defendida por muitos terapeutas como a origem dos problemas, assim como as agressões feitas pelo ser humano ao ambiente e a si próprio pelos estilos de vida adoptados, extremamente prejudiciais. As terapias não convencionais caracterizam-se por repor o equilíbrio a nível do indivíduo e na relação do indivíduo com o meio envolvente.

As terapias não convencionais são caracterizadas pela não especialização. O medo de perderem a capacidade de olhar cada indivíduo com características únicas e de utilizar terapêuticas não agressivas, leva à valorização da capacidade do organismo em participar activamente no seu processo de cura, incidindo sobre as causas da

doença e não sobre os sintomas. A utilização de medicamentos naturais na prevenção das doenças e na actuação em doenças crónicas, na satisfação de necessidades mentais e emocionais, é outra das suas grandes características (Pegado, 1998).

Concluindo, as terapias não convencionais sofreram um enorme crescimento e, actualmente, movem um volume considerável de negócios. Importam-se terapêuticas exóticas, vendem-se pedras e amuletos por catálogos, uma infinidade de situações acontecem sem qualquer controlo ou fiscalização.

Por isto, é necessário termos alguma precaução quando procuramos um terapeuta. É difícil perceber a qualificação de um terapeuta mas Mendes (2001) refere alguns sinais a que devemos estar atentos, como a documentação referente à sua formação profissional, se o terapeuta se preocupa com diagnósticos avançados por outros profissionais, o tipo de exame físico que realiza, se a explicação do tratamento é simples e coerente, se indica outras alternativas de tratamento e se elabora de imediato um plano de tratamento.

As situações anómalas nesta área devem-se à falta de regulamentação jurídica destas terapias, e esta falha permite a não obrigação de formação académica para desempenho de funções, o que impede, muitas vezes, a responsabilidade jurídica em danos causados (Pisco, 2001).

Uma das limitações das terapias não convencionais reside na validação da sua eficácia, principalmente pela diferença de conceptualização da validação em ambas as medicinas; isto é devido à diferente forma de ver o indivíduo, porque para as terapias não convencionais a reacção de diferentes indivíduos à mesma terapêutica é diferente. Relativamente à sua validação científica, se esta for por ensaios clínicos, existem terapias que não se adequam a estes testes, levando a um conflito entre o rigor metodológico da investigação científica e a sua creditação, permanecendo por isso no caminho do esoterismo (Whorton, 2003).

A nível profissional existem os médicos que designam as terapias não convencionais como o domínio da saúde das intervenções não credenciadas, e outra parte da classe médica que proporciona um relacionamento de complementaridade, o que levou a um novo problema, nomeadamente alguns profissionais de medicina iniciarem a prática de terapias não convencionais (Whorton, 2003).

Os princípios fundamentais das terapias não convencionais dividem-se em:

### **Terapias de estimulação ou regulação**

Todos temos capacidade de autocura através de mecanismos de adaptação. Quando estes mecanismos são necessários de forma moderada, o corpo tem capacidades para reagir; quando entramos numa exaustão, existem as terapias de estimulação de forma a restabelecer a força do corpo. A homeopatia é considerada uma terapia de estimulação (Mendes, 2001).

Esta terapia induz uma reacção directa da parte afectada do corpo, através da variação da temperatura, da estimulação do movimento e da estimulação das vias nervosas. Ou seja, o calor, o frio e a água causam estímulos térmicos, a luz estimula a mente, o ar estimula o metabolismo, o movimento causa estímulos musculares, entre outras (Ventura, 1993).

Estas terapias são utilizadas para prevenção de doenças, redução de sintomas crónicos e reabilitação (Mendes, 2001).

As limitações que estas terapias apresentam são a sua utilização só em corpos com capacidade de resposta e não são adequados em situações de emergência (Ventura, 1993).

### **Terapias de imunomodulação**

Esta prática nasceu na Idade Média com uns rituais um pouco agressivos, com o objectivo de estimular o sistema imunitário. Mais tarde foi denominada de “cura reconstituente” (Mendes, 2001).

A imunomodulação é um tratamento à base de estímulos que actuam sobre o corpo e a mente. Tem como objectivos prevenir doenças e ajudar a combatê-las com maior eficácia através da activação ou estimulação do sistema imunitário. Segundo Mendes (2001) as terapias mais habituais são termas, terapia do timo e flebotomia, já segundo Ventura (1993) as terapias mais utilizadas são técnicas de relaxamento, terapia pela respiração, hipnose, meditação e musicoterapia.

Como estas terapias são à base de estímulos, a eficácia depende da funcionalidade e reactividade do organismo, por isso é preciso ter em conta o doseamento, o tipo, a duração e o momento da aplicação (Ventura, 1993).

### **Terapias de respeito pela natureza**

Esta terapia começou por ser utilizada pelos xamãs, curandeiros e antigos terapeutas, não exclusivamente pelo uso das plantas, mas também por rituais, dança, hipnose e sono (Ventura, 1993).

Actualmente, entende-se a medicina psicossomática com origem na consciência de que corpo e mente se interpretam, que algumas perturbações e doenças se devem a problemas sociais e que algumas doenças podem perturbar a mente. Nestas terapias, o objectivo é o equilíbrio entre o corpo e a mente (Ventura, 1993).

Estas terapias têm como base fundamental o relacionamento entre doente e terapeuta, de forma a perceber a força da personalidade do doente para que este possa ser o responsável pela sua saúde. Na maioria, os indivíduos desconhecem a relação entre o psíquico, físico e estilos de vida adoptados, sendo por isso necessário incentivar o doente para a busca do equilíbrio entre esses elementos (Mendes, 2001).

Os seus objectivos são criar uma vida saudável, através da prevenção de doenças e alívio de sintomas. Esta terapia não cura doenças já existentes (Mendes, 2001).

Por nos parecer que, nas terapias não convencionais, são diferentes as formas de atingir os objectivos, os quadros de conhecimento e os valores e representações que orientam o seu modo de actuação, pareceu-nos sugestivo fazer uma breve caracterização das terapias não convencionais.

Para percebermos melhor a infinidade de terapias não convencionais que existem vamos dividi-las em três grupos de forma a percebê-las melhor: métodos naturalistas clássicos, sistemas terapêuticos provenientes de outras culturas e, de uma forma mais abrangente, terapias não convencionais gerais.

Ao nível dos métodos naturalistas clássicos temos:

### **Terapias com base no calor e no frio**

São terapias à base de temperaturas elevadas e reduzidas, utilizadas como método de prevenção mas, mais frequentemente, como terapia de estimulação ou regulação ou como auto-tratamento para a dor (Ventura, 1993). Alguns exemplos destas terapias são: sauna e banhos de vapor, terapia de kneipp, aplicações de água e pachos.

### **Métodos de excreção**

São terapias à base de sistemas de purificação do organismo e do seu restabelecimento, para casos de desequilíbrio nas funções excretoras do nosso corpo (Mendes, 2001). São exemplos destas terapias a flebotomia, terapia com sanguessugas, aplicação de ventosas, método de Baunscheidt, penso de cantaridina e método de fontanelle.

### **Terapia pela Luz**

No âmbito das terapias não convencionais, a luz sempre foi encarada como factor benéfico para a pele, humor e defesa do organismo. Conforme o diagnóstico, podem ser aconselhados banhos de sol e tratamentos com raios ultravioletas ou luz branca sem raios ultravioletas, tratamentos sempre doseados segundo o doente e a patologia (Pegado, 1998).

### **Massagens**

As massagens devem ser realizadas em salas com uma temperatura adequada e devem ser acompanhadas de concentração e relaxamento; devem ser cíclicas e a manipulação deve ser adequada ao corpo de cada doente (Mendes, 2001). Alguns exemplos destas massagens são: drenagem linfática, massagem com jacto de pressão, massagem de zonas reflexas e pressoterapia.

### **Osteopatia, quiroprática**

Esta terapia é precedida da realização de uma radiografia e percepção, por parte do terapeuta, do estado das articulações. As técnicas utilizadas podem ser por manipulação de tecidos moles, mobilizações articulares e manipulações da coluna. As articulações e os tendões são mobilizados pelos músculos, através da pressão ligeira, tracção ou rotação, diminuindo a rigidez (Pegado, 1998).

### **Terapia pelo movimento**

Consiste no treino da resistência, treino da coordenação, treino da mobilidade, velocidade e força, com exercícios tão básicos como marcha, natação, ciclismo e ginástica. O exercício actuará sobre todo o organismo, através da oxigenação dos músculos e do fortalecimento do coração (Pereira, 2005).

### **Alimentação**

Actualmente, o conceito de dieta correcta e equilibrada mudou. Hoje existem imensas dietas constituídas maioritariamente por dietas de emagrecimento e dietas terapêuticas (Mendes, 2001). Como exemplos de dietas usadas de referir dieta de produtos integrais, dieta Kollath, dieta Bircher-benner, dieta Schnitzer, dieta Bruker, vegetarianismo, dieta de Hay, dieta macrobiótica, jejum terapêutico, dieta Mayr, dieta Schroth e dieta de oligoelementos.

### **Fitoterapia**

A auto-medicação é feita em parte, com plantas medicinais e seus derivados (fitofármacos e chás), mas existem, também, prescrições por parte dos terapeutas como suporte a outros tratamentos,(Pitman, 1996).

### **Naturopatia**

Naturopatia é uma terapia multidisciplinar, que consiste em tratamentos naturais, ou seja, estuda e trata as doenças de forma natural. Esta terapia assenta em dois pontos, a água e o ar como bases para a cura de doenças crónicas e agudas, como por exemplo anemia, artrite, alergias, bronquite, entre outras. Ou seja, é uma terapia que gere a sua forma de cura com o apoio de outras terapias (Pegado, 1998).

### **Técnicas de relaxamento**

As técnicas de relaxamento exigem, por parte do doente, a percepção da sua própria tensão e tudo o que ela provoca. Com a ajuda de um terapeuta percebe-se qual a técnica mais eficaz para cada individuo (Ventura, 1993). Destas técnicas, as mais usadas são a técnica de Jacobson, a terapia quântica ou Biofeedback e a meditação.

### **Terapia pela respiração**

A terapia pela respiração, actualmente, ainda se pratica para manutenção da saúde, com o objectivo de, através da respiração calma e regular, se faça uma oxigenação orgânica eficaz. Nesta técnica é possível o controlo consciente e semi-consciente da respiração, respiração espontânea, massagens respiratórias e ginástica respiratória (Batista, 2006).

### **Hipnoterapia**

Esta técnica consiste numa situação de consciência diferente através da estimulação dos sentidos (Ventura, 1993).

Para esta terapia o requisito mais importante é a confiança do doente no terapeuta. O doente fixa a sua atenção num ponto ou até na voz do terapeuta e inicia um relaxamento profundo (Ventura, 1993).

Esta terapia é benéfica em situações como ansiedade, cefaleias, enxaquecas e insónias (Ventura, 1993).

### **Musicoterapia**

É uma terapia que actualmente é usada em alguns hospitais e clínicas. É prescrita por um médico ou psicólogo e pode ser activa ou passiva. A musicoterapia activa pode ser individual ou em grupo e consiste na participação do doente na produção da música, utilizando os instrumentos fornecidos pelo terapeuta e seguindo as suas indicações. A musicoterapia passiva consiste na audição da música por parte do doente, sendo esta usada como impulsionadora da discussão, no final da sessão, como forma do doente exprimir os seus sentimentos (Batista, 2006).

Esta terapia é aconselhada no âmbito da psiquiatria, em problemas de desenvolvimento e comportamentais de crianças, entre outras (Batista, 2006).

### **Terapia pela dança**

Esta terapia insere-se nas psicoterapias. Pode ser realizada individualmente ou em grupo e com música ou sem. A terapia consiste na marcação do ritmo pela música ou pela voz do terapeuta, que impele uma estimulação do movimento de dança. Os

sentimentos que emergem durante a sessão são discutidos, posteriormente, com o terapeuta (Mendes, 2001).

### **Termas**

É uma terapia que tem como objectivo a estimulação das forças de autocura e que fortalece a capacidade de resistência a outras doenças. É uma terapia recomendada no alívio de doenças agudas, doenças crónicas e reabilitação (Mendes, 2001).

A escolha do local para realizar esta terapia depende dos sistemas ou mesmo da doença implícita (Mendes, 2001).

As termas podem ser de água, com elevadas concentrações de minerais e temperaturas elevadas, utilizadas para banhos ou mesmo para ingestão. De referir ainda termas de gás, nomeadamente dióxido de carbono, termas de matérias terrosas usadas na forma de lama ou pasta e termas de clima nomeadamente climas sem grandes oscilações de temperatura, pressão e pureza durante o dia (Mendes, 2001).

Ao nível dos sistemas terapêuticos provenientes de outras culturas temos:

### **Medicina Tradicional Chinesa**

Sempre fez parte do sistema terapêutico chinês. Atribui ao corpo humano cinco órgãos, órgãos que na medicina convencional são denominados por sistemas funcionais como, por exemplo, o sistema circulatório; e apoia a ideia que as doenças são devidas a factores externos (vento, frio) e internos (raiva, stress) (Mendes, 2001). Algumas das terapias conhecidas nesta área são a acupunctura e o shiatsu.

### **Medicinas étnicas**

Hoje, a medicina tibetana, o xamanismo e outras terapias ganharam adeptos que esperam a cura das doenças ou a sua profilaxia (Mendes, 2001).

Existem alguns problemas aliados a estas terapias quando se tentam inserir no mundo ocidental: problemas de transferência que consistem em adaptar realidades iguais a culturas diferentes; problemas de terminologia que constam em palavras iguais com significados diferentes; problemas culturais que incluem os condicionalismos culturais, religiosos e sociais num sistema de saúde; problemas ecológicos que constam na

antiga utilização desmedida de plantas sem prejuízos na natureza o que hoje não é possível; e problemas farmacológicos que consistem na omissão de informação sobre os compostos farmacêuticos em medicamentos devido à proibição da sua utilização na Europa (Mendes, 2001).

Em suma, é necessária uma adaptação e uma integração cuidada e atenta destas medicinas (Mendes, 2001).

### **Ayurveda**

É o sistema de saúde indiano, global, que aborda categorias morais (Ventura, 1993).

Esta terapia considera que nos sentimos saudáveis quando existe equilíbrio entre as funções biológicas e psíquicas (Ventura, 1993).

As patologias associadas a esta terapia são: stress, ansiedade, doenças crónicas e sintomas de doenças agudas (Ventura, 1993).

### **Jin Shi Jyutsu**

É uma terapia que se baseia no pressuposto da existência de 26 pontos, designados como chaves de segurança energética, ao longo de caminhos de energia que percorrem o nosso corpo. Quando um desses caminhos bloqueia, isto é, não deixa passar a energia, provoca um desequilíbrio na harmonia energética (Bernasconi, 2000).

### **Ioga**

Esta terapia possui duas vertentes, uma específica e uma geral, isto é, pode ser específica para a resolução de determinado problema ou geral para o bem-estar do indivíduo (Pegado, 1998).

O ioga é constituído por exercícios com posições complementares, exercícios respiratórios, exercícios de relaxamento e meditação. É uma técnica de relaxamento indicada para problemas psicossomáticos, insónias e alterações na concentração e para alívio de sintomas de doenças crónicas como a asma (Pegado, 1998).

As terapias não convencionais gerais são:

### **Homeopatia**

A homeopatia é das terapias mais usadas na actualidade, e consiste na produção de medicamentos originários de substâncias primitivas que são, posteriormente, diluídas, segundo prescrição do homeopata. Qualquer tratamento prescrito na homeopatia baseia-se no indivíduo doente e não na patologia (Dujany, 1995).

As patologias mais associadas a esta terapia são: alergias, doenças psicossomáticas e diminuição das defesas do sistema imunitário (Dujany, 1995).

### **Aromaterapia**

É uma terapia não convencional, que surgiu da fitoterapia e que é utilizada em conjunto com a mesma (Ventura, 1993).

Esta terapia baseia-se no efeito que os aromas de certas plantas são capazes de provocar no organismo do indivíduo (Pegado, 1998).

A aromaterapia é aconselhada nas patologias do foro psicossomático e doenças funcionais (Ventura, 1993).

### **Terapia da aura**

Esta terapia considera que todos estamos envolvidos por uma aura vital relacionada com a vitalidade da pessoa (Mendes, 2001).

As patologias associadas a esta terapia são problemas gástricos, cansaço, dismenorrea, entre outras (Ventura, 1993).

### **Terapia auricular**

Esta terapia usa os mesmos princípios da acupunctura. É uma terapia aconselhada para aliviar dores resultantes de fracturas, lesões, cirurgias e outras (Mendes, 2001).

### **Florais de Bach**

Esta terapia surge da ideia de Bach em que as doenças são resultado do conflito do Eu e da personalidade (Bernasconi, 2000).

Após um questionário realizado ao doente, de forma a determinar o seu estado psicológico e as consequências a nível físico, é indicada a planta mais apropriada (Mendes, 2001).

Estas terapias são aconselhadas para o alívio do stress e ansiedade, entre outras (Pegado, 1998).

### **Hidroterapia**

Os efeitos da hidroterapia realizada na piscina, combinam os benefícios da água com os exercícios e movimentos realizados. A temperatura da água, a duração do tratamento, o tipo e a intensidade dos exercícios realizados e a necessidade de cada indivíduo, influenciam os benefícios desta terapia (Ventura, 1993).

Esta terapia tem vindo a demonstrar resultados positivos no tratamento e na prevenção de várias patologias (Ventura, 1993).

### **Terapia crânio-sacral**

Esta terapia identifica bloqueios no fluxo energético e restabelece o mesmo através do toque (Ventura, 1993).

Esta terapia é aconselhada para bebés ou crianças que sofrem de insónias, bronquite, hiperactividade, entre outras. Para os adultos é aconselhada nomeadamente nas perturbações funcionais, enxaquecas, convulsões e alergias (Ventura, 1993).

### **Cromoterapia**

Cromoterapia consiste nas sensações que as ondas de luz estimulam no nosso cérebro (Ventura, 1993).

Esta terapia é realizada com o auxílio de aparelhos que emitem diferentes cores sendo utilizado um filtro que unicamente permite a passagem da cor seleccionada, que incide na zona do corpo a tratar. Esta terapia também se pode realizar através do uso de óculos coloridos, em que as cores das lentes têm um efeito calmante, estimulante ou inspirador (Ventura, 1993).

Esta terapia é aconselhada para pessoas com patologias do foro psiquiátrico e para relaxamento (Ventura, 1993).

## **Reflexologia**

É uma técnica específica que se baseia na realização de uma pressão nos pontos reflexos precisos dos pés, com base na premissa de que as áreas reflexas dos pés correspondem a todas as partes do corpo. A pressão é aplicada naqueles pontos com os dedos das mãos provocando mudanças fisiológicas no organismo (Pegado, 1998).

Os tratamentos são aconselhados para as seguintes patologias: ansiedade e mialgias, entre outras. É importante referir que esta terapia é indicada, pelos próprios terapeutas, como complementar à medicina convencional, nunca como alternativa (Pegado, 1998).

## **Reiki**

O reiki é uma terapia que defende dependermos diariamente de uma força “vital”, e que essa força nutre os órgãos e as células do nosso corpo. Quando essa força é impedida ou reduzida, a actividade de um ou mais órgãos ou a actividade dos tecidos do corpo, fica debilitada (Vennels, 2000).

Assim o reiki, ao fluir através das zonas afectadas, remove bloqueios e restabelece o fluxo normal da energia vital que, por sua vez, reparará os órgãos danificados. Ou seja, o reiki limpa, reforça e restabelece os circuitos normais da energia, permitindo que a força vital circule e proteja o organismo (Vennels, 2000).

O terapeuta serve de guia à passagem da energia do Universo até ao doente, se este a quiser receber consciente ou inconscientemente. Não dá nem transmite a sua própria energia ao receptor e não tem qualquer poder para curar (Vennels, 2000).

Esta terapia é aconselhada para as seguintes patologias: esclerose, problemas cardíacos, e dermatológicos, fracturas, cefaleias, hipertermia, constipações, gripes, rouquidão, queimaduras, cansaço, impotência, falta de memória, entre outras (Vennels, 2000).

## **Tratamentos por oxigenação**

Esta terapia é usada não só a nível das terapias não convencionais, mas também na medicina convencional, nomeadamente a nível das insuficiências respiratórias crónicas que necessitam de oxigenoterapia. Paralelamente, as terapias não

convencionais desenvolvem outras terapias como a terapia da oxigenação progressiva e a ozonoterapia (Ventura, 1993).

Em suma, estas são algumas das terapias não convencionais, que existem e que podem ser encontradas em Portugal, mais ou menos eficazes, que, cada vez, têm mais adeptos.

### 2.3 – CONTEXTO SÓCIO-POLITICO DAS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS

A necessidade emergente da regulamentação das terapias não convencionais, em Portugal, surge da parte de um grupo que analisa e desvenda o fenómeno, interpretando a natureza com a força natural que o assunto impõe.

Ao longo desta exposição, vamos tentar perceber o contexto social e político das terapias não convencionais e as consequências da falta de regulamentação das mesmas.

Na União Europeia, as vantagens sócio-económicas das terapias não convencionais têm vindo a ser reconhecidas, existindo países onde estas medicinas já têm um enorme desenvolvimento, sendo este um fenómeno em curso nas sociedades modernas.

*“A União Europeia pretende que todos os seus parceiros definam o enquadramento legal que suporte o exercício das práticas não convencionais e a comercialização dos produtos naturais” (Martins, 2001)*

A dita crise da ciência, a crescente valorização da natureza, o aumento da importância das questões ecológicas e a mudança da forma de interpretar o corpo, foram mudanças que foram ocorrendo e que permitiram a aceitação das terapias não convencionais.

Giddens (1995) refere, como principais mudanças na sociedade, a confiança que permite avançar ciências sem certezas descritas, permitindo a aceitação das terapias não convencionais por partilha de experiências e o aumento dos riscos e perigos que proporcionam a procura de associações que oferecem alguma segurança, não questionando a credibilidade das mesmas. As múltiplas ofertas dos cuidados de saúde, com a necessidade do indivíduo de fazer escolhas nesse campo, e as terapias,

as filosofias, os métodos e as opiniões dentro de cada sistema, são de tal forma divergentes que o indivíduo faz a sua escolha mediante um conjunto de informações que implicará o seu estilo de vida, como por exemplo a escolha de uma medicina bastante exotérica.

Giddens (1995) também justifica o fenómeno das terapias não convencionais pela ruptura que a sociedade teve com a natureza, após o desenvolvimento urbano e industrial. Esse afastamento pode justificar o aumento da procura pelas terapias ditas naturais.

O culto e a preocupação com o corpo foram uma mudança identificada nas sociedades modernas. A construção do nosso corpo, a sua modelação e os cuidados estão subjacentes na filosofia das terapias não convencionais (Giddens, 1995).

Lipovetsky (1988) refere que o indivíduo cada vez se responsabiliza mais (processo de personalização) por si mesmo, pela busca do seu bem-estar, gerindo o seu físico, responsabilizando-se pela defesa da sua saúde, filosofias aceites e praticadas pelas terapias não convencionais.

Em Portugal, a contextualização social e política das terapias não convencionais gera muita controvérsia e a sua regulamentação tem-se revelado uma autêntica guerra. Uma das discussões encontra-se a nível da terminologia, isto é, se são medecinas ou terapias, se são complementares ou alternativas. As justificações são que medicina só há uma, logo, o que existe para além disso são terapias. Uns afirmam que elas complementam a medicina convencional, por isso são complementares, mas há quem defenda que são mesmo passíveis de substituir a medicina convencional e, por isso, são alternativas, constituindo uma opção válida e viável à medicina convencional, sendo autónomas e auto-suficientes. A controvérsia é muita.

*“ Consideramos que o termo medecinas é mais correcto. É preciso lembrar que foi mesmo um grupo de trabalho do Ministério da Saúde, que funcionava há três anos, que considerou que estas práticas aplicam terapias próprias, possuem um processo de diagnóstico específico, e partem de uma base filosófica diferente. Se o próprio grupo de trabalho do Ministério de saúde utiliza essa definição, não há razão para deixar de utilizar o termo medecina.” (Tavares, 2001)*

Ou seja, em Portugal, juridicamente só tem direito ao exercício da medicina, exclusivamente, indivíduos com formação médica obtida em universidades credenciadas com curso reconhecido pela ordem dos médicos, excluindo imediatamente as terapias não convencionais. As terapias não convencionais debatem-se com uma total falta de regulamentação da prática clínica e dos medicamentos homeopáticos e dietéticos usados com acção terapêutica, assim como dos instrumentos utilizados nestas terapias.

Em 1996, o Ministério da Saúde formou uma Comissão/Grupo de trabalho para a investigação da problemática das terapias não convencionais. O grupo era formado por um médico da medicina convencional, representantes da Ordem dos Médicos, Ordem dos Farmacêuticos, INFARMED, Ministério da Saúde e Ministério da Educação, ou seja, sem qualquer representante das terapias não convencionais. Este grupo iniciou as suas funções em 1997, investigando como se encontrava a regulamentação destas terapias na Europa e no resto do mundo (Pegado, 1998).

Pensamos que é importante referir que o governo português, fechando os olhos a toda esta situação, exigiu a regulamentação fiscal, sendo a única a que as terapias não convencionais tiveram direito, ou seja, qualquer terapeuta para exercer as suas funções tem que se encontrar inscrito nas finanças e pagar os impostos. Em 1996, aconteceu a categorização destes profissionais ao nível das finanças. No início, estes profissionais eram inscritos nas finanças na categoria de paramédicos e, mais recentemente, foram inscritos numa categoria própria de praticantes de terapias não convencionais (Pegado, 1998).

Um outro avanço destas medicinas deu-se em 1994, quando as associações profissionais e a Federação de Associações de Medicinas Alternativas Naturais, após processos negociais, conseguiram a inclusão destas medicinas na Classificação Nacional das Profissões. Três diferentes categorias para profissionais de terapias não convencionais: acupuncto-naturologista, homeopata-naturologista e naturopata-naturologista. Estas categorias faziam parte do sub-grande grupo – profissionais de nível intermédio das ciências da vida e da saúde – e do sub-grupo – especialistas da medicina tradicional – isto é, encontravam-se em categorias diferentes dos médicos, com funções distintas. A medicina convencional desempenha funções científicas e específicas e os profissionais das terapias não convencionais desempenham funções de carácter geral e pouco definidas. Neste momento lutam por uma classificação

superior, alegando que são detentores de formação em duas escolas de ensino superior (Pegado, 1998).

A nível terapêutico, em 1993, houve uma tentativa de regulamentação dos produtos prescritos, com o Decreto-Lei nº 353/93 de 20 de Outubro, que exigia a criação do instituto da farmácia e do medicamento, com o objectivo de controlar a qualidade dos medicamentos e produtos, decreto que nunca foi regulamentado (Pegado, 1998).

Os processos judiciais contra terapeutas têm sido vários, com o apoio da Ordem dos Médicos, por uso de títulos profissionais como o Doutor e o uso de instrumentos pertencentes à prática da medicina convencional (estetoscópio). A Ordem dos Médicos também foi responsável por dois processos, requerendo a extinção da Federação de Associações de Medicinas Alternativas Naturais (Pisco, 2001).

Esta exposição de acontecimentos dá-nos a ideia que a rejeição das terapias não convencionais é absoluta, o que não é verdade. Existem profissionais da medicina convencional, apoiantes, promotores, e alguns até chegando a exercer as terapias não convencionais, travando contudo duras batalhas com a ordem dos médicos. Esta ordem apresenta-se na batalha como o maior obstáculo à legitimação destas medicinas. Freidson (1994) prova-o, referindo que a legalização das terapias não convencionais passa por negociações com as entidades que prestam cuidados na mesma área, ou seja, classe médica e Ordem dos Médicos.

É importante parar e reflectir sobre as implicações de todas as situações identificadas. Esta falta de regulamentação das terapias não convencionais, assim como da eficácia da aplicabilidade clínica, cria uma prática muitas vezes de “charlatanismo” para os doentes. As clínicas abertas sem profissionais minimamente formados ou credenciados são imensas, não existindo uma regulamentação ou creditação para que os seus clientes se possam guiar. A publicidade desmedida, enganosa e persuasiva para muitas pessoas em aflição, a discriminação de medicamentos e a publicação de artigos falsos, são muitas das situações que se vivenciam actualmente no nosso país. Outra questão que se levanta é o direito da pessoa à escolha livre dos cuidados de saúde, pois pensa-se que este direito não se encontra cumprido devido à falta de comparticipação do Estado das terapias não convencionais.

*“Charlatães há muitos e tanto vestem a bata de médico como a de naturopata. Se o processo de regulamentação das medicinas não*

*convencionais continuar em segundo plano na agenda parlamentar, quem vai vestir a pele de cordeiro serão os utentes e os milhares de terapeutas não convencionais, subjugados diante de interesses que não são os da saúde pública ” (Pisco, 2001)*

Segundo Pegado (1998), a regulamentação que os apoiantes das terapias não convencionais desejam, encontra-se descrita num relatório de Lannoye (1997). Resumidamente, é um relatório que propõe a constituição de comissões paritárias, bem como a inclusão da formação de base sobre medicina convencional nos planos de estudo da formação das terapias não convencionais. Propõe um relacionamento entre ambas as medicinas, baseado na complementaridade.

Assim, os pontos mais importantes da proposta, resumidamente, são a uniformização mundial das terapias não convencionais e a formação devidamente credenciada e adequada. Ao nível da uniformização, pensamos que passar de um estado de práticas não convencionais sem qualquer regulamentação, para um estado de legislação equiparado com países com o máximo de liberdade de exercício, é um passo demasiadamente grande. Relativamente à formação, o que as associações pretendem é uma garantia de qualidade das terapias não convencionais praticadas, através de uma formação uniformizada (Tavares, 2001).

A nível da homeopatia de medicina tradicional chinesa ou de naturopatia, devido aos vastos conhecimentos e aplicações, pondera-se o seu ensino em faculdades ou escolas privadas mas com a obtenção de diploma reconhecido pelo Estado. As terapias seriam entendidas como técnicas terapêuticas complementares à medicina convencional, não necessitando os profissionais de uma autonomia no exercício das suas funções, ou seja, necessitando apenas de formação superior.

O crescimento destas medicinas e a aceitação social das mesmas é verificada actualmente, mantendo-se o crescimento exponencial justificado, talvez, pela sua actividade limitada ao uso de métodos e elementos naturais, promotora de educação sanitária e harmonização do corpo humano.

Existem terapeutas contra estas reivindicações, afirmando que não se pode exigir um estatuto semelhante à medicina convencional para profissionais sem curso de medicina. Inicia-se a conflitualidade interna não só pelo referido, como também pela concorrência entre escolas para leccionar possíveis cursos de terapias não

convencionais e o reconhecimento de profissionais já em actividade (Tavares, 2001). A guerra já começou, o fim é que pensamos não estar para breve.

Neste longo caminho, as associações existentes destas práticas pediram ao governo a sua regulamentação, de forma a controlar o exercício das mesmas por profissionais não credenciados, o que foi negado (Pegado, 1998).

Em síntese, as terapias não convencionais aguardam, lutando por uma regulamentação do estatuto dos seus profissionais, um reconhecimento legal de uma nova classe profissional e dos produtos terapêuticos, o que implica a constituição de um sistema de ensino e formação com diploma credenciado pelo Estado. Outra luta, é a sua inclusão no Sistema Nacional de Saúde e a comparticipação, por parte do Estado, nas consultas e terapêuticas. Pensamos ser importante perceber que a nível dos defensores das terapias não convencionais, na sua maioria, nunca foi seu propósito substituir a medicina convencional, mas trabalhar na base da complementaridade.

No fim destes dois capítulos podemos perceber que a medicina convencional evoluiu ao longo dos tempos, em “paralelo” com a existência das terapias não convencionais e, até aos dias de hoje, diferenciam-se pelo corpo de conhecimentos, pela filosofia de cuidados e pela validade e reconhecimento dos cuidados prestados.

## **CAPÍTULO 3 – SAÚDE EM PORTUGAL**

Ao longo deste trabalho foi-se notando que a confiança geral que até aqui existiu na ciência e na arte da medicina convencional foi violentamente abalada nos últimos anos encontrando-se muito diminuída e prejudicada. A influência que a medicina exercia sobre a mentalidade popular está enfraquecida; existe uma descrença sobre o seu poder de curar as doenças, e existem doentes que negam as suas exigências como ciência e rejeitam os benefícios e bênçãos que ela lhes oferece.

### **3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE EM PORTUGAL**

Em consonância com os temas abordados neste trabalho, onde a relação da medicina com o doente assume papel de destaque e é assumida como intrínseca do mesmo, decidimos caracterizar resumidamente a população portuguesa e a sua saúde, por considerarmos ter trazido contributos decisivos para o desenvolvimento das terapias não convencionais.

É considerado como factor importante no aparecimento das terapias não convencionais a mudança na teorização da doença em Portugal. A doença e a saúde em Portugal terão influenciado decisivamente o aparecimento destas terapias.

A escolha deste capítulo deve-se ao facto de considerarmos que a possível mudança neste conceito se encontra intimamente relacionada com o tema em estudo, contribuindo a sua abordagem para perceber dados que possamos vir a obter.

Durante o século XX, a esperança de vida, em Portugal, aumentou como resultado do desenvolvimento social. Portugal também possui factores geográficos, climáticos e culturais muito favoráveis à saúde da população.

Nos últimos anos houve uma redução da taxa de natalidade que levou ao envelhecimento da população, um dos mais visíveis fenómenos demográficos. Analisando o censo de 1981, 11,5% da população tinha 65 anos de idade ou mais e, em 2005, este indicador foi de 17,1%, originando novos padrões de mortalidade e

morbilidade. As doenças associadas ao envelhecimento aumentaram, tais como: diabetes, doenças vasculares, doenças neurológicas e doenças músculo-esqueléticas (Laranjeira, 2007). A mortalidade da população em geral diminuiu devido à diminuição da incidência de doenças do aparelho circulatório e infecciosas e devido à crescente preocupação da população pelos estilos de vida adoptados (Laranjeira, 2007). Contudo, o crescente aumento do consumo de tabaco e de álcool e a exposição a agentes ambientais biológicos, físicos e químicos, proporcionaram o aumento das neoplasias malignas, a segunda causa de morte em Portugal. Os acidentes vasculares cerebrais e os enfartes agudos do miocárdio são as seguintes maiores causas de morte em Portugal (Alves, 2005).

As doenças crónicas também têm aumentado devido à difícil adopção, por parte da população portuguesa, de comportamentos saudáveis e da compreensão dos factores de risco a que estamos predispostos. A diabetes e a obesidade são outras duas patologias de grande preocupação que comprovam o anteriormente referido (Barros, 2003).

O estudo da pesquisa Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), que estudou a população de vários países europeus, em 2002, revelou que apenas 25% dos indivíduos com 15 anos de idade tiveram um nível de actividade física adequada à sua idade, enquanto que Portugal conseguiu o valor mais baixo dos países estudados. Outros estudos comparativos a nível europeu revelaram que apenas 30 a 35% dos portugueses com mais de 15 anos de idade têm actividade física diária adequada à sua idade (Laranjeira, 2007).

Outras doenças em ascensão, responsáveis pela perda de anos de vida saudável, são as doenças mentais. O *stress* do dia-a-dia e as mudanças no estilo de vida apoiam o crescimento destas patologias, nomeadamente a depressão (Laranjeira, 2007).

As doenças sexualmente transmissíveis como, por exemplo, o vírus da imunodeficiência adquirida, têm despertado alguma atenção; também a resistência de bactérias aos antibióticos e as formas multirresistentes de alguns vírus têm sido, desde 2000, motivo de preocupação em Portugal (Alves, 2005).

Pensámos que seria interessante perceber os sintomas mais referenciados pela população portuguesa. Ao analisar a escala de queixas subjectivas de saúde

apercebemo-nos que o sintoma mais referido é o cansaço, seguido de dorsalgias. Os dois sinais menos referidos são a diarreia e o eczema atópico (Alves, 2005).

Segundo um estudo feito por Ferreira (2006) e comprovado pelo inquérito nacional de saúde, as principais doenças crónicas apontadas pelos portugueses são lombalgias, artrites, alergias, sinusites e hipertensão arterial. Ferreira também se questionou sobre as limitações que as doenças crónicas provocam no dia-a-dia, tendo os participantes referido, para além da dor, limitações na mobilidade e debilidade.

Outro estudo interessante que encontrámos diz respeito à percepção que os portugueses têm da sua própria saúde. O National Health Interview Surveys, em 1995 e 1998, colocou a pergunta aos portugueses: "Em geral, como é que considera o seu estado de saúde?", com o objectivo de medir este parâmetro através da auto-percepção (Barros, 2003). De uma forma geral, a percepção positiva dos homens e das mulheres, relativamente ao seu estado de saúde aumentou de 1995 para 1998. Quando comparadas com os homens, as mulheres têm uma percepção mais negativa do seu estado de saúde. Relativamente à vigilância das doenças, as mulheres apresentam percentagens superiores. Comparados os valores, tendo em conta a idade dos inquiridos, existe uma diminuição da auto-percepção do estado de saúde à medida que aumenta a idade, existindo uma percepção bastante negativa em pessoas entre os 45 e 54 anos. Em suma a nível geral, este estudo mostra que, nos últimos anos, a percepção por parte dos portugueses do seu estado de saúde sofreu uma variação positiva. A percentagem de pessoas que consideraram a sua saúde como muito boa ou boa aumentou (Barros, 2003).

Por considerarmos oportuno uma caracterização da população portuguesa em relação à saúde, pensámos que seria interessante perceber algumas escolhas no acesso aos serviços de saúde e a avaliação dos cuidados prestados.

Segundo um estudo de Silva (2002), a maioria dos indivíduos utilizam o Serviço Nacional de Saúde. Destes, cerca de 85% estão a menos de vinte minutos de um centro de saúde e 85% a trinta minutos de um hospital. Cerca de 50% dos indivíduos refere ter consulta no próprio dia da marcação, 11% têm de esperar entre duas semanas a um mês e 48% referiram ter de esperar mais de um mês por uma consulta hospitalar. Preocupante é a informação prestada por 76% dos participantes no estudo especificamente sobre a utilização da urgência hospitalar, por ser mais rápido o atendimento nesta do que no centro de saúde. Silva (2002), no seu estudo, construiu

os valores do índice de acesso a serviços de saúde e afirmou terem uma distribuição quase simétrica: 30,4% acesso “fácil” e “muito fácil”, contra 28,3% para o acesso “difícil” e “muito difícil”. A nível económico, 12% dos indivíduos não adquirem os medicamentos prescritos.

Em relação à avaliação dos cuidados de saúde em Portugal, Silva (2002) avaliou a satisfação dos portugueses em relação aos serviços de saúde. Esta é uma área em que a subjectividade está presente no discurso dos utilizadores dos serviços, uma vez que a escolaridade dos indivíduos, as experiências passadas com os serviços de saúde, os resultados obtidos com tratamentos realizados e as crenças, são factores que condicionam a auto-avaliação realizada.

Acresce-se, contudo, que 50% dos entrevistados consideram os cuidados prestados nos centros de saúde como muito bons ou bons e 80% dos indivíduos afirma que «o médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos recebidos». No que concerne à relação médico/doente, os participantes do estudo das zonas urbanas têm uma melhor relação do que os participantes das zonas rurais (Silva, 2002).

A nível hospitalar, cerca de 90% dos doentes consideram positiva ou muito positiva a última consulta hospitalar; também as explicações, por parte dos médicos ou enfermeiros, sobre o seu estado de saúde, tratamentos ou análises, é fácil ou muito fácil de compreender. A nível da confiança depositada nos médicos hospitalares, é muito elevada, assim como a participação nas decisões sobre o tratamento. No que concerne aos cuidados prestados durante o internamento, cerca de 80% consideram que foram bons ou muito bons, sendo esta percentagem mais elevada na avaliação dos hospitais situados em zona rurais. A satisfação dos participantes varia entre estar satisfeito/muito satisfeito (74,7%) com o internamento hospitalar e insatisfeito/muito insatisfeito (21,2%) com as urgências hospitalares (Silva, 2002).

Portugal, actualmente, apresenta severos desafios no âmbito da saúde. A crise económica à escala mundial com repercussões nos países com a moeda única europeia foi a principal responsável. É importante que Portugal continue a permitir o acesso aos cuidados de saúde, permitindo a longevidade da população e respondendo às novas ameaças.

A saúde em Portugal necessita de algumas mudanças. É necessário aumentar a participação do cidadão nos seus cuidados, permitindo a capacidade de tomar decisões informadas sobre a protecção da saúde e prevenção das doenças de cada indivíduo e da comunidade e o acesso gratuito e universal a todos os cuidados de saúde, de forma a reduzir as desigualdades sociais, auxiliando as pessoas e as comunidades mais vulneráveis. É necessário investir na promoção de programas de saúde escolar, entre outras. É importante referir que o nosso país não se encontra parado a nível do planeamento da saúde tendo-se desenvolvido a definição de novas metas, a programação de diversas actividades e a introdução de técnicas inovadoras na gestão dos serviços de saúde (Laranjeira, 2007).

Em Portugal existe um plano traçado que ainda engloba o ano 2009 e que não é mais do que um guia de acção que contém orientações estratégicas definidas para se obter mais ganhos a nível da saúde, que traça prioridades e objectivos, programas de acordo com as políticas adoptadas, intervenções seleccionadas e recursos disponíveis. Os seus objectivos são: ganhos em saúde através da redução da incidência de doenças nas diferentes fases do ciclo de vida; mudança do sistema de saúde e reorientação; garantia da realização do plano de actividades intersectoriais (Laranjeira, 2007).

A nível dos profissionais de saúde existe competência e compromisso para com a sociedade; no entanto, o desenvolvimento dos recursos humanos deve continuar a ser uma prioridade (Laranjeira, 2007).

O país mantém-se num processo de amplas reformas com reestruturação de muitos serviços de saúde pelo Decreto-Lei que reorganiza os serviços do Ministério da Saúde, publicado em Outubro de 2006 e aplicado em 2007; o acesso aos cuidados de saúde de qualidade é um direito fundamental que deve ser reconhecido e valorizado pelo Estado e pelos cidadãos (Laranjeira, 2007).

A segurança dos doentes é um factor de qualidade em saúde que tem como objectivo, reduzir os efeitos negativos sobre os doentes, principalmente como consequência dos cuidados prestados. Existem questões de Ética e Responsabilidade necessariamente envolvidas nos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, defendidas pela Organização mundial de Saúde e pelo Conselho Europeu, e que cada vez são mais desenvolvidas em Portugal (Laranjeira, 2007).

Actualmente, mesmo com todas as reestruturações para aumento da qualidade dos serviços de saúde prestados, deparamo-nos com o surgir/renascer de novos modelos de tratamento e cura que terão tido o seu início na segunda metade do século XX, principalmente devido ao movimento social urbano nos anos 60 e prolongado durante os anos 70 e que proporcionou a importação de modelos e sistemas terapêuticos distintos daqueles da nossa racionalidade médica, alguns mesmo opostos a ela, numa atitude de rejeição cultural ao modelo estabelecido (Luz, 2005).

Além da introdução de antigos sistemas médicos, como a medicina tradicional chinesa e a ayurvédica, as terapias não convencionais como as xamânicas ou as ligadas às religiões afro-indígenas foram um evento histórico que atingiu Portugal principalmente nos grandes centros urbanos (Luz, 2005).

Este “boom” pode ser verificado pelo grande desenvolvimento, nos centros urbanos, de farmácias e lojas de produtos naturais, tradicionais ou recentes; a utilização de ervas medicinais, com receitas antigas, e o despontar, em noticiários e em jornais, de reportagens sobre os efeitos curativos de terapias ou práticas terapêuticas não convencionais, denotam o aumento da procura das mesmas por um número significativo de pessoas (Luz, 2005).

As terapias não convencionais tiveram um aumento exponencial na sociedade ocidental e passaram a ser encaradas como terapias ou medicinas "alternativas" (Luz, 2005).

Desde então, presenciamos a ameaça constante destas terapias à medicina convencional, desde a luta por uma legitimação institucional devido a não serem reconhecidas pelo nosso governo, à luta por obterem espaços de inserção nos serviços públicos. É necessário, entretanto, que analisemos essas "medicinas alternativas", devido à sua diversidade interna, bem como a sua forma diferenciada de inserção e enraizamento na cultura portuguesa (Luz, 2005).

Estas terapias caracterizam-se como sistemas de cura nos quais a dicotomia homem/natureza e natureza/cultura é um sinónimo do que se designa, na nossa cultura, de equilíbrio para os indivíduos e uma garantia de saúde para a comunidade. A doença é encarada como uma quebra na estabilidade entre esses elementos fundamentais da vida e a cura da doença é como o restabelecer da harmonia dessa

dicotomia, encarando o indivíduo como um todo sócio-espiritual inserido e influenciado pela natureza (Luz, 2005).

Esta cultura oriental trouxe novas perspectivas ao nosso país no que respeita ao conceito de cura e de terapêutica. A natureza oferece os meios para alcançar a cura através do recurso terapêutico que a cultura ocidental denominou por fitoterapia. Apesar de a natureza ser encarada como recurso básico para a cura, é sem dúvida espiritualista (Luz, 2005).

Usualmente, estas terapias são procuradas pela nossa sociedade para alívio das dores ou para tratamento de doenças crónicas na qual a medicina ocidental não oferece uma resposta totalmente eficaz ou cujo tratamento é muito invasivo (Luz, 2005).

Nos últimos vinte anos, na cultura ocidental, são muitas as terapias que se têm expandido tais como a fitoterapia e as terapias derivadas de sistemas médicos complexos tradicionais que têm sua própria racionalidade, como a medicina tradicional chinesa, a medicina ayurvédica e a homeopatia (Luz, 2005).

Considerando a filosofia oriental, o conceito de doença nada tem a ver com o pensamento ocidental; a doença é considerada algo demasiado complexo, sem resolução terapêutica química, mas resolúvel através de alterações no dia-a-dia do indivíduo. Ou seja, a nossa saúde é influenciada decisivamente pelo estilo de vida que adoptamos. Segundo a filosofia oriental os factores desencadeantes da doença são três (Malta, 2003):

- 1- Emoções;
- 2- Factores ambientais;
- 3- Hábitos de vida.

Mas também existem 7 factores emocionais desencadeantes da doença (Malta, 2003):

- I. Euforia – fogo;
- II. Melancolia – terra;
- III. Ansiedade – terra;
- IV. Tristeza – metal;

- V. Medo – água;
- VI. Terror – água;
- VII. Ira – madeira.

Assim, no oriente considera-se que o elemento (terra, fogo, água, etc.) mais representativo da nossa personalidade determina as nossas emoções. São as emoções repetitivas que nos levam a um consumo excessivo da energia do órgão a que a emoção se associa, provocando-lhe instabilidade (Malta, 2003).

Os factores ambientais entram no organismo e desestabilizam o fluxo de energia provocando, ao fim de algum tempo, lesões no órgão afectado. Os factores podem actuar isolados ou em conjunto. Dando um exemplo, considera-se que no Inverno as queixas algicas músculo-esqueléticas se devem ao frio que perturba a energia a nível do rim que é responsável pelos ossos (Malta, 2003).

Por fim, os hábitos de vida podem provocar o consumo exagerado da energia de determinado órgão vital provocando desequilíbrios energéticos (Malta, 2003).

Em suma, a medicina oriental tem uma cultura muito vincada, que dá prevalência à promoção da saúde. Interpreta o conceito de doença de uma forma totalmente diferente da medicina ocidental, assim como a forma de interpretar o corpo; este não é a soma das suas partes mas é visto como um todo.

Ao verificarmos esta mudança na percepção e na busca de cuidados de saúde, surgiram-nos uma dúvida: estamos nós perante uma mudança no paradigma da saúde?

Xavier (2001) afirma e corrobora a ideia de que as terapias não convencionais têm vindo a ter um aumento de popularidade e de utilizadores e justifica esta situação com a consciencialização dos limites da medicina convencional e à mudança da cultura da saúde. Já Martins (1999) afirma que o “boom” destas terapias se deve a um modelo “biomecânico” que está a emergir e que contraria o padrão “mecanicista” da medicina convencional. O certo é que estamos perante uma invasão do mundo Oriental no mundo Ocidental o que está a despoletar novas práticas da saúde.

Reverendo os modelos de saúde à luz de alguns autores, como forma de explicar este fenómeno, apercebemo-nos que existem algumas divergências mas que sumariamente todos convergem para a mudança do paradigma actual. Westphal

(1999) afirma que, actualmente, estamos perante uma mudança de paradigma nas ciências da saúde. Este autor apresenta, como característico, curativismo, o mecanicismo, a unicausalidade, o biologicismo, o individualismo e à especialização, afirmando que a mudança aconteceu devido a uma desvalorização na ideia do mecanicismo, biologicismo e unicausalidade, isto é, a ideia de que uma e só uma causa biológica externa produz sempre o mesmo efeito foi substituída por uma visão holística multicausal. Nogueira (2007) refere que os cuidados de saúde, tendencialmente ligados a uma nova cultura de saúde, se posicionam numa atitude anti-tecnológica apoiando o naturalismo. Isto é, são defendidos tratamentos não invasivos, naturais e uma atitude preventiva em relação à doença. Estamos perante uma visão holística do homem profundamente espiritualizada, o que levou ao abalo de uma medicina científica e tecnicista. Afirma assim, que estamos perante um novo paradigma da saúde onde o doente é o centro do mesmo. Há uma remodelação da relação médico-doente como elemento fundamental na terapêutica, na utilização de meios terapêuticos mais acessíveis e com igual ou maior eficácia, e onde prevalece a autonomia do doente.

Já Martins (1999) afirma que o novo modelo que está a emergir insere a natureza, a cultura, o homem, o mundo, a mente e o corpo como elementos não separáveis, não sendo para isso necessário abdicar da ciência. Urge acompanhar toda esta transformação sem ser necessário mudarmos radicalmente para outras culturas.

Reflectindo, segundo Martins (1999) e Nogueira (2007), a exigência actual é uma “medicina científica ocidental”. Não é necessário substituir o nosso paradigma de saúde mas actualizá-lo à luz dos novos padrões contemporâneos, tanto científicos como sociais ou culturais. Não menos importante será apercebermo-nos de que as mudanças, ao longo dos anos, levaram à insatisfação, devido às limitações do modelo biomédico.

Segundo Martins (1999) é emergente abandonar o modelo biomédico que valoriza o combate à doença em prol da prevenção. Refere que é este o modelo responsável pela deterioração da relação médico-doente assim como a falta da visão holística.

Corroborando esta ideia também Morris (1998), diz que o modelo biomédico é o responsável pela redução da doença a um mecanismo biológico de causa-efeito, reduzindo a percepção que o doente tem de si próprio à técnica e à objectividade científica.

Xavier (2001) afirma que, devido a estas necessidades de mudança, surge o descontentamento que leva à procura de outras soluções, isto é, terapias onde o doente sente que tem um papel activo em relação ao terapeuta, procurando opções possíveis.

É importante perceber que, embora haja uma necessidade de outras opções para o doente, este não rejeita a medicina convencional (Xavier, 2001).

Estamos então num período pós-moderno em que o bem-estar e a saúde são uma preocupação, o que implica retirar as melhores respostas por parte das terapias não convencionais, associando um descrédito na ciência e tecnologia devido às consequências imprevisíveis.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

Num estudo de investigação, a metodologia é a base sistematizada do processo de investigação e, por isso, torna-se obrigatória a sua escolha e definição após delimitação do objecto e objectivos do estudo.

### **CAPÍTULO 4 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

O enquadramento metodológico desempenha um papel essencial, pois é através da escolha de uma metodologia adequada ao estudo que é possível atingirmos os objectivos a que nos propomos.

É essencial que o desenho de investigação seja adequado ao estudo que se pretende desenvolver, consistindo este num plano lógico realizado e usado pelo investigador para a consecução da investigação (Fortin, 1999).

Após o enquadramento teórico efectuado ao longo da primeira parte, iremos fazer a caracterização do estudo, ou seja, iremos caracterizar a problemática, descrever as questões de investigação e os objectivos, explicar os procedimentos formais e éticos efectuados, definir o tipo de estudo, contextualizar a investigação, referir e justificar o instrumento de colheita de dados utilizado e explicar os procedimentos de análise dos dados e respectivos critérios de validação.

#### **4.1 – PROBLEMÁTICA**

A opção do tema “A escolha entre Terapias não convencionais e Medicina convencional: uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes”, deveu-se ao facto de, apesar de ambas terem como objectivo comum o “curar”, a forma de o fazer difere determinando a potencialidade das terapêuticas adoptadas.

Ao abordar este tema pretendemos identificar as razões que levam a procura das terapias não convencionais em alternativa à medicina convencional, ou como um meio

complementar da mesma, com o objectivo de contribuir para a melhoria da qualidade da intervenção e conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados prestados no âmbito destas terapias. Em suma, pretendemos conhecer a importância das terapias não convencionais na sociedade actual sem que para isso seja necessário descredibilizar outras formas de ganhos em saúde.

Esta foi uma das razões que nos levou a optar pelo estudo deste tema. Outra razão foi a escassez de estudos de investigação desta temática no nosso país.

## 4.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS

A fase inicial de uma pesquisa científica consiste em precisar uma área de interesse ou preocupação do investigador, para a qual pretendemos encontrar algumas explicações. Torna-se então necessário elaborar questões e objectivos de investigação que direccionem o presente estudo.

Uma questão de investigação, de acordo com Fortin (1999, p.51), “...é um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população-alvo e sugere uma investigação empírica.”

As questões orientadoras da nossa investigação são as seguintes:

- Qual a percepção dos doentes sobre a medicina convencional e as terapias não convencionais?
- Quais os factores que influenciam a escolha das terapias não convencionais?
- Quais as doenças associadas à procura das terapias não convencionais?

No entanto, para obter respostas às questões de investigação é necessário elaborar objectivos congruentes com essas mesmas questões, pois, são estes, os responsáveis por delimitar a pretensão do alcance do estudo, bem como explicitar o que o estudo se propõe realizar e os aspectos que pretende analisar. Fortin (1999, p.40) vai de encontro a essa ideia quando afirma que “o objectivo é um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo.”

Assim, traçámos os seguintes objectivos de investigação:

- Aprofundar o conhecimento sobre terapias não convencionais.
- Conhecer a percepção dos doentes em relação à medicina convencional e terapias não convencionais;
- Identificar os factores que influenciam a escolha das terapias não convencionais;
- Identificar as doenças associadas à procura das terapias não convencionais;

Nesta medida, com as questões e os objectivos de investigação elaborados, formámos o guião de entrevista, com a finalidade de obtermos respostas a essas mesmas questões. (Anexo I)

Nos processos de investigação emerge a necessidade de dispor de procedimentos empíricos controlados. Assim, apresentado o tema, as questões e os objectivos de investigação, é tempo de tomar as opções metodológicas, para que as tomadas de decisão se apresentem correctamente adequadas ao estudo em causa.

Este estudo foi abordado segundo metodologia qualitativa, num paradigma interpretativo, de modo a dar resposta às questões orientadoras do estudo e permitir o conhecimento do fenómeno em estudo.

Assim, iremos apresentar o tipo de estudo, os procedimentos formais e éticos, a contextualização da investigação, o instrumento de colheita de dados, os procedimentos relativos à colheita de dados e os critérios de validação do estudo.

### 4.3 – TIPO DE ESTUDO

A escolha da metodologia depende da perspectiva do investigador mediante as diferentes formas de abordar o fenómeno, isto é, os pressupostos inerentes ao modo de entendimento do mundo e da percepção que tem sobre o que é importante, do papel do investigador no processo de investigação e da função a atribuir aos participantes no estudo, assim como deve estar consciente dos seus fundamentos teóricos.

Segundo Queirós (2001), a investigação qualitativa centra-se na maneira como os indivíduos interpretam e dão sentido às suas experiências e ao meio no qual estão inseridos. Logo, a compreensão de um fenómeno pode ser possível se conhecermos o indivíduo, as suas vivências, o significado que ele atribui ao fenómeno e o meio em que está inserido.

Já Fortin (1999) refere que o investigador que utiliza este método é aquele que ambiciona uma percepção total do fenómeno em estudo, sem controlar variáveis, pois os objectivos são descrever e interpretar e não avaliar.

Os estudos qualitativos, são descritos por Hungler e Polit (1995) como holísticos, pois incidem no indivíduo, assim como no meio envolvente em todas as suas vertentes, ou seja, o indivíduo é visto como um todo que é superior à soma das suas partes. Estes estudos também apresentam como característica serem naturalistas, visto não haver qualquer limitação ou controlos impostos ao e pelo investigador.

Goyette (2001) afirma que o processo de investigação qualitativo, incide num método indutivo, seguindo um desenho flexível, onde o investigador se deve abster das ideias pré-concebidas acerca do fenómeno. A compreensão do fenómeno só pode ser adquirida através da compreensão do significado que a pessoa atribui às experiências/fenómenos.

Relativamente à metodologia qualitativa, Strauss e Corbin (1998) referem que existem diversas razões consideradas válidas, para se optar por esta metodologia, como a natureza do problema a investigar, as preferências do investigador ou a sua experiência, o papel do investigador no processo de investigação e o papel a atribuir aos participantes no estudo.

Uma vez que o nosso estudo tem como base a percepção, optámos pelo paradigma qualitativo pois, segundo Teixeira (2001), o objectivo da abordagem qualitativa será ao nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores que se expressam pela linguagem comum.

Quanto ao tipo de estudo, optámos pela realização de um estudo exploratório/interpretativo, recorrendo a uma análise de conteúdo segundo Bardin (1994).

Neste trabalho procurámos um ambiente natural como fonte directa dos dados, sem manipulação intencional e onde o investigador constitui o instrumento principal. Os dados obtidos são descritivos e constituídos por transcrição de entrevistas.

Nas entrevistas que realizámos tentámos captar as perspectivas dos participantes de uma forma objectiva, abstendo-nos das nossas crenças, valores, representações, ou seja, tudo o que fosse susceptível de interferir no estudo.

#### 4.4 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Uma investigação com seres humanos, implicando a sua participação, levanta sempre questões éticas e legais, pelo que só deve ser realizada se não colocar em causa a autonomia e o respeito pela vida humana, assim como os seus direitos.

Os códigos de ética referem cinco direitos fundamentais dos seres humanos que participam em investigações (Fortin, 1999):

- Autodeterminação: o indivíduo tem o direito de decidir livremente se pretende ou não participar numa investigação;
- Intimidade: o indivíduo só responde aquilo que pretende;
- Anonimato e Confidencialidade: a identidade do indivíduo não pode ser associada às respostas individuais, nem mesmo pelo investigador;
- Protecção contra o desconforto e o prejuízo: o indivíduo não pode, em qualquer altura do estudo, ser prejudicado por participar no estudo;
- Tratamento justo e equitativo: o indivíduo tem o direito a ser informado acerca da natureza, finalidade, duração e metodologia adoptada para o estudo.

Após a escolha de algumas clínicas prestadoras de cuidados de terapias não convencionais, para efectuar o estudo, a primeira etapa foi a solicitação de autorização informal aos directores/responsáveis das referidas clínicas, para a realização das entrevistas a doentes frequentadores das mesmas. (Anexo II)

Após a obtenção de resposta afirmativa para a realização do estudo, iniciámos a recolha de dados.

Aos doentes que reuniam os critérios de inclusão no estudo, foram explicados os objectivos deste e garantida a voluntariedade da participação, o anonimato e a confidencialidade dos dados, com a garantia de que qualquer informação fornecida não seria publicamente divulgada ou acessível a partes não envolvidas na investigação e foi ainda explicada a necessidade de gravar a entrevista em suporte magnético e obtido consentimento para o efeito. Obtido o seu consentimento e colaboração foi-lhes realizada a entrevista semi-estruturada individualmente.

#### 4.5 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO – LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES

A investigação qualitativa é um tipo de investigação sistemática, preocupada em analisar os seres humanos e a natureza, enquanto em interacção e inseridos em determinado meio ambiente. Envolve uma recolha de dados empíricos, que geralmente descrevem o dia-a-dia e os momentos problemáticos da vida dos participantes, que são seleccionados tendo em conta a sua experiência, cultura, convívio social ou um fenómeno com interesse (Carpenter e Streubert, 2002).

A escolha do local do estudo deveu-se ao facto de existirem conhecimentos com os responsáveis das clínicas o que facilitaria o acesso aos doentes, logo a probabilidade de os doentes aderirem ao estudo seria mais elevada.

Para garantir o acesso aos participantes, após o contacto informal com as clínicas de terapias não convencionais, foi formalizado o pedido aos respectivos responsáveis das clínicas. Após a obtenção de autorização para a realização das entrevistas a doentes das clínicas, a etapa seguinte foi a de selecção dos participantes para participar no estudo. Os doentes foram abordados pessoalmente nas clínicas e convidados a participar no estudo.

Fortin (1999) refere que é importante seleccionar os indivíduos que consigam transmitir a sua experiência ou descrever o fenómeno em estudo, no entanto, para que isso

aconteça, o indivíduo tem que possuir capacidade de se exprimir e motivação para o fazer.

Uma vez que os elementos do estudo têm parte activa no mesmo, não será utilizado o termo amostra para designar o conjunto de indivíduos sobre o qual irá ser efectuada a colheita de dados, mas sim o termo participantes ou informantes.

Os participantes neste estudo são vinte doentes. De acordo com Fortin (1999), nos estudos de carácter qualitativo é de evitar um elevado número de participantes, pois isso vai provocar um aglomerado de dados difícil de analisar. Nos estudos onde se utiliza metodologia qualitativa não interessa o número de participantes, mas sim a riqueza das informações obtidas (Carpenter e Streubert, 2002). Assim, não faz sentido falar-se em representatividade ou falta desta nos participantes.

Nestes estudos devem-se incluir indivíduos até se obter a saturação dos achados, ou seja, até à altura em que o investigador se aperceba que já não aprende nada de novo dos participantes ou das situações observadas (Fortin, 1999). De acordo com Morse (1994) *apud* Carpenter e Streubert (2002, p.26), “a saturação refere-se à repetição de informação descoberta e confirmação de dados previamente colhidos”. Munhall e Boyd (1993) referem que são suficientes entre dois a dez informantes para se atingir a saturação dos dados.

No entanto, este conceito de saturação pode ser considerado como um mito, uma vez que o mesmo grupo de participantes quando abordado em momentos diferentes pode revelar informações diferentes, daí que o máximo que o investigador pode esperar em termos de saturação é a sua obtenção num determinado grupo num momento específico (Carpenter e Streubert, 2002).

No decorrer das entrevistas apercebemo-nos que depois de quinze informantes a informação fornecida começava a ficar saturada; daí termos decidido elaborar o nosso estudo com vinte entrevistas, ou seja, a saturação daquele grupo, naquele momento, tinha sido atingida.

#### 4.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

De acordo com Fortin (1999), o processo de colheita da informação pode ser efectuado através de medidas objectivas (exemplos: balança e termómetro) e/ou subjectivas (exemplos: observação e questionário). Nas primeiras não existe lugar para interpretação e os resultados têm um elevado grau de fidelidade e validade, enquanto nas segundas a interpretação pode variar de indivíduo para indivíduo.

Antes da escolha do(s) método(s) a utilizar na colheita da informação, o investigador deve conhecer todos os métodos disponíveis, bem como as vantagens e desvantagens de cada um. Deve ainda ter em conta o nível da questão, as características dos indivíduos e estratégias de análise definidas (Fortin, 1999).

No que concerne ao nosso estudo, tendo em conta os objectivos, a problemática, o objecto de estudo e as questões de investigação, seleccionámos como modo de abordagem, a entrevista semi-estruturada.

Queirós (2001) refere que a entrevista é o modo de abordagem mais utilizado nos estudos qualitativos. A escolha da entrevista em detrimento da observação, auto-relato e da consulta de arquivo deveu-se ao facto de este método, segundo Fortin (1999, p.245), permitir "...colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes."

Ludke e André (1986, p.34) afirmam que "...a entrevista semi-estruturada, desenrola-se a partir de um esquema básico, porém, não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações. Polit e Hungler (1995) também partilham dessa opinião quando referem que a entrevista semi-estruturada é muito flexível e interactiva, permitindo que a informação colhida acerca do fenómeno seja mais ampla e profunda.

Para Bogdan e Biklen (1994) a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo.

Queirós (2001) refere que as questões neste tipo de entrevista devem ser colocadas de um modo o mais amplo possível, sendo as respostas clarificadas pelo(s) entrevistador(es) com comentários reflexivos e questões de seguimento.

Em suma, consideramos que a entrevista representa um dos instrumentos básicos para a colheita de dados neste tipo de investigação, com o objectivo de perceber e interiorizar a complexidade das percepções, sentimentos e experiências dos doentes relativamente à medicina convencional e às terapias não convencionais.

No modo de abordagem da entrevista, optámos por escolher como instrumentos de recolha de informação, o guião de entrevista (Anexo III), que serviu de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista, procurando garantir que os diversos participantes respondessem às mesmas questões, e o gravador áudio.

Desta forma foi elaborado um guião de entrevista, composto por uma primeira parte de caracterização do participante (sexo, idade, escolaridade ...) e uma segunda parte com dez perguntas abertas, que tiveram como referência os objectivos do estudo e as questões de investigação.

Queirós (2001, p.4) afirma que:

*“A vantagem de um guião orientador da entrevista é que torna as entrevistas a um número de pessoas, mais sistemático e mais compreensivo ao determinar os temas que se deverão realçar no momento da própria entrevista. Falhas lógicas na recolha de dados podem ser antecipadas e eliminadas, enquanto que as entrevistas permanecem suficientemente informais e situacionais.”*

Este guião serviu como suporte e orientação no decorrer das entrevistas, a fim de obtermos dados consistentes para uma análise mais fácil.

Inicialmente, realizámos duas entrevistas piloto a dois doentes utilizadores das terapias não convencionais, com a finalidade de compreender se as entrevistas permitiam obter dados coerentes com os objectivos propostos e simultaneamente treinar habilidades na técnica a utilizar, nomeadamente a comunicação e a escuta, de forma a colocar o entrevistado em condições de se exprimir, seguindo o curso do seu pensamento. Estas entrevistas foram realizadas com o intuito de validarmos o guia, sendo que os participantes referiram ter compreendido perfeitamente todas as questões, pelo que não se procedeu a qualquer alteração. As próprias respostas destes participantes mostraram-se adequadas ao que era questionado, pelo que a sua contribuição foi válida e incluída no estudo. Contudo, verificou-se ao longo das entrevistas a necessidade de algumas correcções na forma de conduzir a entrevista,

competências que precisam de ser treinadas, pois a nossa postura devia ser de ajudar os participantes a descreverem as suas experiências vividas, sem liderar a conversa, sabendo quando determinado aspecto merece ser aprofundado com a reformulação de uma nova pergunta.

Na realização de cada entrevista guiámo-nos pelas linhas orientadoras de Bogdan e Biklen (1994), que referem não existir regras rígidas aplicáveis a todas as situações de entrevista considerando realmente importante a necessidade de ouvir cautelosamente cada palavra como se fossem potenciais mistérios, isto é, o modo individual do sujeito olhar o mundo.

As entrevistas decorreram no período de Janeiro a Maio de 2009, com uma duração média de 30 minutos, aproximadamente, cada.

No início, após uma breve apresentação, agradecemos a disponibilidade dos participantes para participar no estudo e apresentámos os objectivos do mesmo, assegurando sempre a confidencialidade e o anonimato da informação. Tal como já foi referido anteriormente, as entrevistas foram gravadas em suporte magnético e posteriormente transcritas na íntegra, sendo essa transcrição da responsabilidade do investigador.

Durante as entrevistas tentámos adoptar uma postura assertiva e empática, de forma a possibilitar aos entrevistados um “clima” de confiança para que as respostas fossem sinceras e espontâneas. Durante as questões procurámos manter sempre contacto visual com os participantes e proporcionar o tempo que cada um achava necessário para responder às perguntas.

As questões presentes no guião foram realizadas em todas as entrevistas, mas cada uma decorreu de acordo com a sua própria evolução, ou seja, cada entrevista foi conduzida de forma específica com cada participante. Só assim era possível, por parte de cada participante, a descrição das suas vivências com a medicina convencional e com as terapias não convencionais.

As entrevistas, para além de ser gravadas em áudio, foram guardadas em suporte informático e papel.

## 4.7 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Tendo em conta a natureza qualitativa do estudo e os seus objectivos exploratórios e interpretativos, a análise de conteúdo foi a técnica que melhor se adaptou para o tratamento de dados obtidos. Técnica esta muito usada em ciências humanas e que permite engrandecer a apreensão da realidade estudada.

Segundo Bardin (1994) tem como principal objectivo transpor a incerteza e enriquecer a leitura. Este objectivo manifesta lógica pela descoberta de conteúdos e de estruturas que confirmam o que procuramos demonstrar a propósito das mensagens, ou pelo esclarecimento de elementos de significações susceptíveis de conduzir a uma descrição de mecanismos de que, *à priori*, não compreendíamos. A análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória e aumenta a tendência à descoberta sempre à espera dos resultados.

O mesmo autor entende a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações. Qualquer transporte de significações de o emissor para o receptor poderá ser escrito e interpretado pelas técnicas de análise de conteúdo, ou seja o terreno, o funcionamento e o objectivo da análise de conteúdo pode definir-se como:

*“(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”* (Bardin, 1994, pág.42)

A análise de conteúdo, é assim, uma técnica de eleição para agrupar, organizar e classificar dados, controladamente, mostrando a importância dada pelos sujeitos aos temas estudados. Esta técnica permite a desmontagem do discurso e produção de um novo, através de um processo que consiste na localização, atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições de produção do discurso a analisar e as condições de produção de análise (Goyette, 2001).

*“(...) permite efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas (...)”* (Goyette, 2001, pág. 104)

Segundo Bardin (1994), a organização do material de análise consiste em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento de dados, inferência e interpretação.

No nosso trabalho demos início à organização dos dados com a transcrição integral das vinte entrevistas tendo sido um processo longo. Os documentos que integram a transcrição das entrevistas constituem parte importante da análise; são vinte e uma páginas com dados importantes que necessitavam de organização e ordenação, de forma a permitir o seu estudo de forma profunda e sistematizada.

Inicialmente, através de uma pré-análise, procedemos a uma primeira leitura de todas as entrevistas, com o objectivo de criarmos ideias e alguns conceitos globais. Posteriormente, fizemos uma leitura mais pormenorizada, sublinhando a cores diferentes as respostas referentes a cada questão estabelecendo o *corpus* da análise, para assim conseguirmos identificar os aspectos de maior significado.

Nunca esquecendo os objectivos do nosso estudo e com o conteúdo das respostas às questões da entrevista preparados, enumerámos os temas abordados pelos doentes entrevistados identificando índices com a menor influência extrínseca possível.

Numa segunda fase através de uma exploração do material, determinámos as unidades de registo (palavras ou frases), que correspondem aos índices encontrados nas respostas, as unidades de enumeração (regras de contagem), as subsubcategorias, as subcategorias e as categorias que englobam as anteriores. Esta fase foi bastante morosa pois, para cada questão, as respostas foram analisadas diversas vezes, nomeadamente o significado e seus componentes dominantes.

Seguidamente a esta fase e dando continuidade à análise de conteúdo, tratando e interpretando os resultados obtidos, criámos grelhas de análise, nas quais é possível identificar a relação entre as categorias, as subcategorias, as subsubcategorias (em alguns casos) e o significado das unidades de registo, assim como as unidades de enumeração que identificam a “frequência” com que foram encontradas, permitindo um tratamento simples para a interpretação de cada uma das questões (Anexo IV a Anexo XIII).

Neste processo de categorização registaram-se as categorias, subcategorias, subsubcategorias e unidades de registo. Estas unidades de registo encontram-se identificadas com a letra E de entrevista e o número 1 a 20 corresponde ao número da

entrevista onde se verifica tal afirmação, como por exemplo, E<sub>1</sub> - entrevista número um.

É importante referir que, embora tenhamos partido de áreas temáticas baseadas numa estrutura teórica e na pesquisa bibliográfica realizada, as quais serviram de base ao guião da entrevista, a categorização que elaborámos pode ser considerada uma análise temática, isto é, a categorização surgiu pela análise dos temas das afirmações que obtivemos da entrevista realizada.

Devido à extensão de material recolhido e o número de grelhas de análise elaboradas colocámos em anexo todo o material, mas pensamos ser importante deixar um exemplo da interpretação.

Para a questão número cinco “*O que espera da medicina convencional?*”, obtivemos as respostas de cada participante de acordo com a questão. Foi identificada a seguinte categoria: *A expectativa da medicina convencional*. Nesta categoria identificámos as seguintes subcategorias: complementaridade, evolução científica, humanização e resultados.

A soma das unidades de registo foram realizadas para cada categoria e subcategoria de modo a facilitar a análise dos dados e a sua comparação.

Para a interpretação, utilizámos as convergências e os casos isolados. Procedemos à análise e interpretação dos dados pela ordem das questões apresentadas no guião de entrevista, recorrendo às expressões dos participantes para melhor compreender a evidência do significado dos seus discursos. Durante a fase de categorização, foram tidas em conta seis regras fundamentais a este processo, referidas por Bardin (1994):

- Exaustividade – cada categoria deve abranger completamente o conjunto das unidades e o sentido que se coloca sob o seu tecto;
- Exclusividade – uma unidade de registo não deve pertencer a mais do que uma categoria;
- Homogeneidade – apenas um critério de análise deve ser utilizado;
- Pertinência – um sistema de categorias deve ser adaptado ao material em análise e aos objectivos da investigação;

- Objectividade – deve evitar-se a subjectividade na sua formulação, tornando-a utilizável de igual modo, por vários investigadores;
- Produtividade – deve oferecer a possibilidade de uma análise fértil, criadora de um discurso novo, mas adequado e coerente com os dados.

Torna-se pertinente, neste momento, identificarmos os critérios de validação do nosso estudo.

#### 4.8 – CRITÉRIOS DE VALIDAÇÃO DO ESTUDO

A metodologia qualitativa implica, normalmente, problemas metodológicos, na análise de dados, associados à subjectividade e o seu rigor é demonstrado através da atenção que o investigador dá à confirmação da informação descoberta, procurando descrever o mais rigorosa e autenticamente possível as experiências dos participantes no estudo (Munhall e Boyd, 1993; Streubert e Carpenter, 2002)

No nosso trabalho tentámos ser precisos e rigorosos, e por isso optámos por nos orientarmos pelas condutas de Huberman e Miles (1984), sendo estas caracterizadas pela análise de conteúdo desenvolvida numa perspectiva inter-subjectiva para a validação dos resultados dos estudos qualitativos.

Neste estudo, a pensar na confirmação da credibilidade dos dados, fizemos uma validação do conteúdo das entrevistas através da auscultação pelos entrevistados no momento imediatamente após o término da entrevista.

Durante e posteriormente análise dos dados, foi pedida a colaboração de outros investigadores, para determinar e validar se as categorias e subcategorias encontradas se enquadravam e se identificavam com os discursos dos participantes.

Assim, houve sugestões, não com o intuito de alterar o sentido do que estava definido anteriormente, mas que foram gratificantes e enriquecedoras para a nossa análise e reflexão, em termos de interpretação.

Desde já, pretendemos esclarecer que os resultados deste estudo, apresentados no capítulo que se segue, e as conclusões do mesmo, não são generalizáveis a outros sujeitos e a outros contextos.

## **CAPÍTULO 5 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Neste capítulo procedemos à apresentação e discussão dos resultados, em simultâneo, à luz de alguns autores, de modo a evitar duplicação de informação e um texto desnecessariamente longo tentando tornar a leitura deste perceptível e elucidativa, procurando estabelecer a ponte entre as referências teóricas e a análise efectuada.

Tomando como ponto de partida a significação atribuída às unidades de análise, desenvolvemos a procura de temas centrais no sentido da análise do seu conteúdo. Deste modo, após a colheita de dados, procedemos à sua organização e tratamento de forma a facilitar a sua análise, organizando-os de forma que respondam ao fenómeno em estudo, procurando interpretar o sentido das respostas obtidas. Iniciamos assim esta etapa com a apresentação de esquemas ilustrativos, constituindo-se como auxílios para a compreensão dos diferentes temas encontrados que, maioritariamente, correspondem às questões colocadas na entrevista.

Ou seja, trabalhámos os dados numa perspectiva de análise de conteúdo a partir da abordagem de Bardin, onde procurámos transformar dados brutos em dados organizados escolhendo as unidades de registo, seleccionando as regras de contagem e categorizando-os com o intuito de evidenciar e descrever características pertinentes do conteúdo.

### **↳ CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

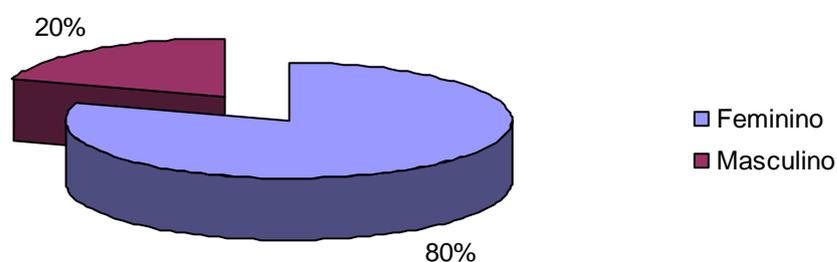
Os participantes deste estudo, que frequentavam clínicas de terapias não convencionais em duas cidades do país, permitiram-nos obter testemunhos que nos levaram a compreender melhor o fenómeno em estudo.

Assim, passamos a apresentar a caracterização dos mesmos tendo em conta a sexo, idade, estado civil, habilitação literária/grau académico e profissão.

**Dados relativos à caracterização dos participantes:**

- **Sexo**

Relativamente ao Sexo verificamos, pelo gráfico 1, que 80% dos participantes são do sexo feminino e 20% do sexo masculino.



**Gráfico 1 – Distribuição dos participantes segundo o sexo.**

- **Idade**

Pela análise do gráfico 2, relativamente à *Idade*, verificamos que os participantes se encontram maioritariamente nos grupos etários [18-30]; [31-45]; [61-75] com 25% respectivamente, seguido dos grupos etários [46-60] com 20% e [76-90] com 5%.

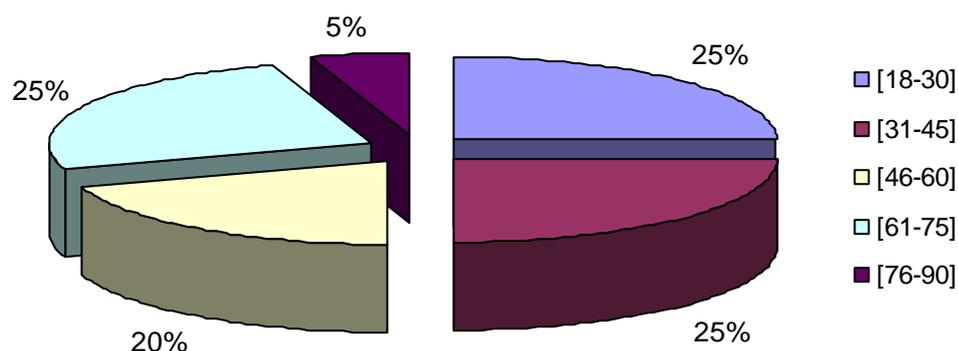


Gráfico 2 – Distribuição dos participantes por grupos etários.

- **Estado Civil**

Relativamente ao *Estado Civil*, podemos verificar, no gráfico 3, que os participantes são maioritariamente casados (60%), sendo de 30% os indivíduos divorciados e de 10% os solteiros.

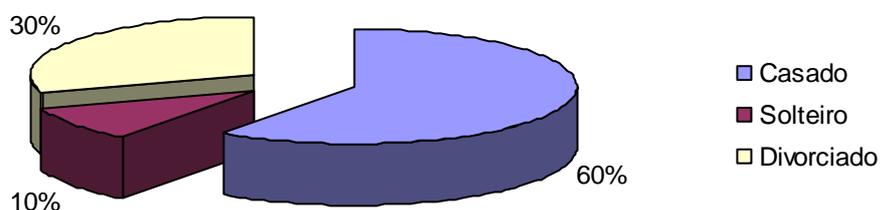


Gráfico 3 – Distribuição dos participantes por estado civil.

- **Habilitações literárias/ grau académico**

Pela análise do gráfico 4, podemos verificar que, relativamente às *Habilitações Literárias/ Grau Académico*, 45% dos participantes são licenciados, 25% possuem o 9º ano de escolaridade, o bacharelato e o mestrado com 10% cada e o 12º ano de escolaridade e o curso profissional, ambos com 5%.

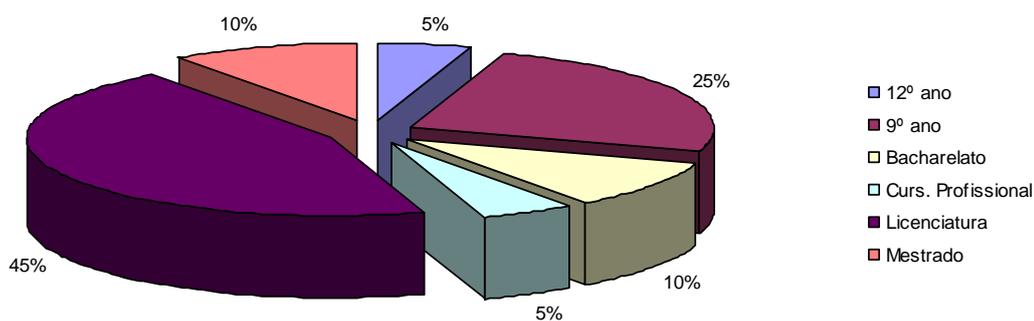


Gráfico 4 – Distribuição dos participantes por habilitações literárias/ grau académico.

• **Profissão**

No que diz respeito à profissão dos participantes, gráfico 5, verifica-se uma diversidade das mesmas, sobressaindo de entre todas, a profissão de professor (20%), reformado (25%) e terapeuta (10%).

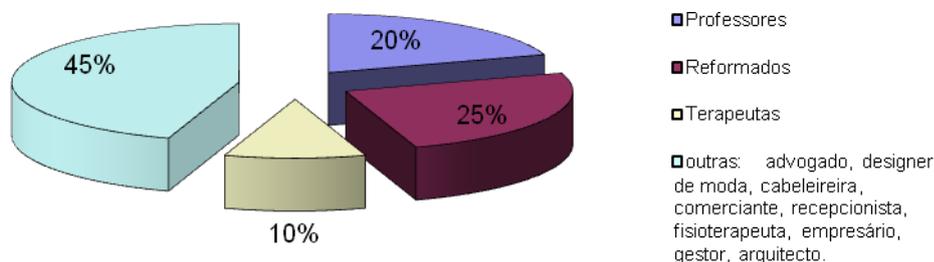


Gráfico 5 – Distribuição dos participantes por profissão.

Em síntese, relativamente à caracterização dos participantes, verificamos a predominância do sexo feminino, com uma média de idade de 46 anos, casados e com habilitações literárias/grau académico superiores e uma diversidade de profissões.

Alguns dos resultados obtidos vão de encontro à pesquisa efectuada, em que a predominância de elementos do sexo feminino com idades médias e com habilitações literárias superiores foi observada.

De facto, em 2004, Pereira e seus colaboradores efectuaram um estudo que tinha como objectivos, quantificar a prevalência do uso de terapias não convencionais e complementares e avaliar as suas características. Utilizaram como método um estudo transversal, com entrevista a 1772 pessoas, no Porto. Neste estudo os participantes do sexo feminino representaram 54,3%. Elias e seus colaboradores, em 2000, estimaram a prevalência de terapias não convencionais em doentes oncológicos e determinaram o tipo de terapias utilizadas e as razões para a sua utilização tendo realizado entrevistas a 105 doentes do hospital universitário de Brasília. Nesse estudo 56,71% de doentes eram do sexo feminino com uma idade média de 50 anos, na sua maioria casados (55,22%). No estudo efectuado a 180 alunos de medicina do Colégio de Ciências Médicas no Nepal, com o objectivo, entre outros, de identificar as medicinas complementares utilizadas pelas respectivas famílias, foi observado que o aumento da idade está relacionado com uma redução significativa no uso destas medicinas (Tindle *et al*, 2002). Com o objectivo, de determinar o uso das terapias não convencionais em zonas rurais, Shepherd, em 2002, realizou um estudo com 750 doentes de uma clínica de medicina familiar na Pensilvânia do Norte.e mostrou que os participantes entre os 30 e os 60 anos e com maior grau de escolaridade são os que mais utilizavam as terapias não convencionais. Em 1998, Astin desenvolveu um estudo nos Estados Unidos da América, testando três hipóteses: insatisfação com o tratamento da medicina convencional; tratamentos alternativos como oferta de mais autonomia e controlo sobre decisões nos cuidados de saúde; e compatibilidade das terapias não convencionais com os valores e crenças dos doentes. Nos seus resultados verificou que o aumento do grau de escolaridade implicava o aumento do uso de terapias não convencionais. O mesmo verificou Palinkas e colaboradores, em 2000, num estudo efectuado a 542 doentes do Estado da Califórnia.

De seguida iremos apresentar os resultados obtidos a partir do processo de análise de conteúdo segundo Bardin, fazendo a sua discussão à luz de outros estudos.

## PROCESSO DE CATEGORIZAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise do conteúdo das entrevistas, resultou um processo de categorização em que as categorias coincidiram com as questões formuladas. As categorias e subcategorias apresentadas resultaram da análise sistemática do conteúdo das entrevistas e foram agregadas em unidades de registo e de enumeração, procurando fazer a descrição das características pertinentes existentes neste estudo.

Procurámos, na fase inicial da entrevista, conhecer a percepção que os participantes têm da medicina convencional e das terapias não convencionais.

### ↳ **PERCEPÇÃO DA MEDICINA CONVENCIONAL E TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS**

O ser humano durante a sua vida vivencia diversas experiências na área da saúde e, assim, cria a sua percepção sobre os cuidados de saúde experienciados.

Considerando que, actualmente, os cuidados de saúde são mais rigorosamente avaliados segundo a percepção dos utentes, entendemos a pertinência desta categoria no sentido de descrever as percepções relatadas pelos utentes que utilizam a medicina convencional e as terapias não convencionais. Verificámos que os participantes neste estudo apresentaram alguma dificuldade em verbalizar a sua percepção. No entanto, estes utentes, maioritariamente, percebem a medicina convencional pelo tratamento que oferece e pelo conceito que a gere. Já no que concerne às terapias não convencionais o tratamento que oferece é de longe a principal percepção dos utentes.

#### **Percepção da medicina convencional**

A percepção da medicina convencional é manifestada pelos utentes pelo conceito, o tratamento, os sintomas, o conhecimento científico, o reconhecimento, os costumes e a finalidade, como se pode verificar na figura 1. Estas percepções são manifestadas nos seguintes testemunhos:

“A medicina convencional é por vezes um meio de diagnóstico que depois de se saber da doença do paciente é o resolver da situação real.” (E12)

“O tratamento de doenças e meios de diagnóstico.” (E14)

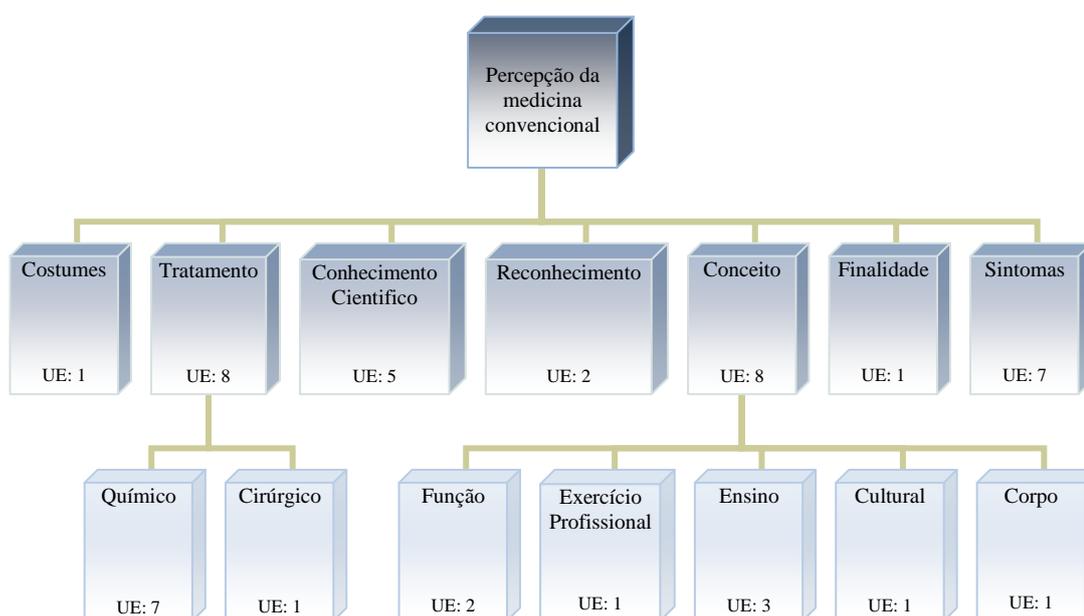
“Onde habitualmente recorro para resolver os meus problemas de saúde física.” (E15)

“É a leccionada nas Faculdades de medicina ocidentais.” (E16)

“É um mal que temos de aceitar embora com reservas.” (E17)

“É a ocidental, a das faculdades de medicina.” (E18)

“É praticada no ocidente, leccionada nas faculdades e praticada nos hospitais. Baseia-se nos sintomas apresentados, procurando uma cura para os mesmos, normalmente através de medicamentos.” (E20)



**Figura 1 – Esquematização da categoria percepção da medicina convencional.**  
(Legenda: UE – unidades de enumeração)

Em termos globais verificamos que, da análise efectuada, a percepção que os participantes têm da medicina convencional se traduz pelo tipo de tratamento efectuado, químico/cirúrgico, e pela função que desempenha, pelo local que lecciona o ensino, pelo exercício profissional que pratica, pela sua cultura e pela resolução de problemas físicos, indicadores do conceito que têm da medicina convencional.

Os resultados encontrados no nosso estudo revelam que a percepção que os participantes têm a nível do conceito da medicina convencional estão presentes no conceito identificado por Queiroz (2000), nomeadamente nos indicadores cultura,

corpo e conhecimento científico. Segundo Queiroz (2000), a medicina convencional assenta num paradigma científico apoiado numa consistência lógica e epistemológica e na adaptação à comunidade científica e à sociedade, tendo em conta os seus interesses sociais, económicos e culturais. Afirma ainda que a medicina convencional resulta do positivismo que incute uma posição de afastamento entre o sujeito e o objecto para alcançar uma maior objectividade.

Já a percepção que os nossos participantes têm a nível do tratamento e do reconhecimento da medicina convencional vão de encontro às afirmações de Tesser (2008), que refere que a medicina convencional se encontra aliada à legitimação oficial e profissional dos cuidados de saúde na modernidade liderada pela biomedicina.

### **Percepção das terapias não convencionais**

Ao solicitar aos participantes do estudo que nos descrevessem o que eram para eles as terapias não convencionais, evidencia-se, como se pode verificar na figura 2, o tratamento que as mesmas oferecem como principal característica:

“Medicina complementar é muito antiga e procura responder aos sintomas referidos pelos doentes, utilizando medicamentos não químicos, á base de plantas, esquemas de massagens e manipulação do sistema nervoso do doente.” (E1)

“É a medicina que trata através de meios naturais, adoptando remédios homeopatas, ervas, e tratamentos osteopatas, quiropáticos, massagens, etc...” (E4)

“São as não tradicionais, as naturais, normalmente de origem oriental, que olham o indivíduo como um todo e interligam os problemas.” (E9)

“O tratamento natural de doenças e a prevenção das mesmas.” (E13)

“O tratamento natural de doenças e a prevenção de doenças.” (E14)

“São as medicinas mais antigas, tradicionais e naturais, mais divulgadas e praticadas no oriente. Baseiam-se no corpo como um todo, procurando a causa da doença e não só a eliminar doenças. A cura pode ser encontrada pelo próprio doente, através do trabalho com o seu corpo ou através de substâncias naturais” (E20)

Compreende-se, nos seus discursos, que o tratamento é identificado pela realização de massagens, manipulação do sistema nervoso e pelo uso das plantas, isto é, tratamentos de origem natural.

Na análise dos discursos dos participantes é importante percebermos o conceito destas terapias, nomeadamente como sendo alternativas à medicina convencional ou, de uma forma mais branda, como complementares às lacunas da medicina convencional:

“As que não estão abrangidas pela definição de medicina convencional.” (E2)

“São medicinas que completam a medicina convencional.” (E7)

“Formas de tratamento que procuram dar resposta ao que medicina convencional não dá.” (E8)

“Ainda um pouco desconhecidas para mim, mas cada vez mais uma alternativa para o meu bem-estar.” (E15)

“São as que podem preencher algumas lacunas que existam na medicina convencional.” (E16)

“Podem servir de complementar às ocidentais.” (E17)

Os participantes também ressaltam a importância da visão holística destas terapias, verificando-se uma tendência para a importância de o indivíduo ser visto como um todo.

“São medicinas holísticas.” (E3)

“É a medicina que engloba uma visão mais abrangente do ser humano na sua integra.” (E5)

“São as não tradicionais, as naturais, normalmente de origem oriental, que olham o indivíduo como um todo e interligam os problemas.” (E9)

“São as medicinas em que o doente é visto como um todo.” (E10)

“Aborda algo mais que a parte biológica do ser humano. Trata ou procura tratar o ser humano na integridade.” (E19)

Pensamos que, embora a maioria dos participantes não tenha referenciado, é fundamental apercebermo-nos da percepção que os utentes têm destas terapias relativamente à sua origem oriental e aos seus costumes antigos:

“Medicina complementar é muito antiga e procura responder aos sintomas (...)” (E1)

“São as não tradicionais, as naturais, normalmente de origem oriental, (...)” (E9)

“As medicinas alternativas são medicinas holísticas que abordam o indivíduo como um todo, deverão ser consideradas “alternativas” e não complementares à medicina convencional, uma vez na sua maioria são muito mais antigas que a halopática. (...)” (E11)

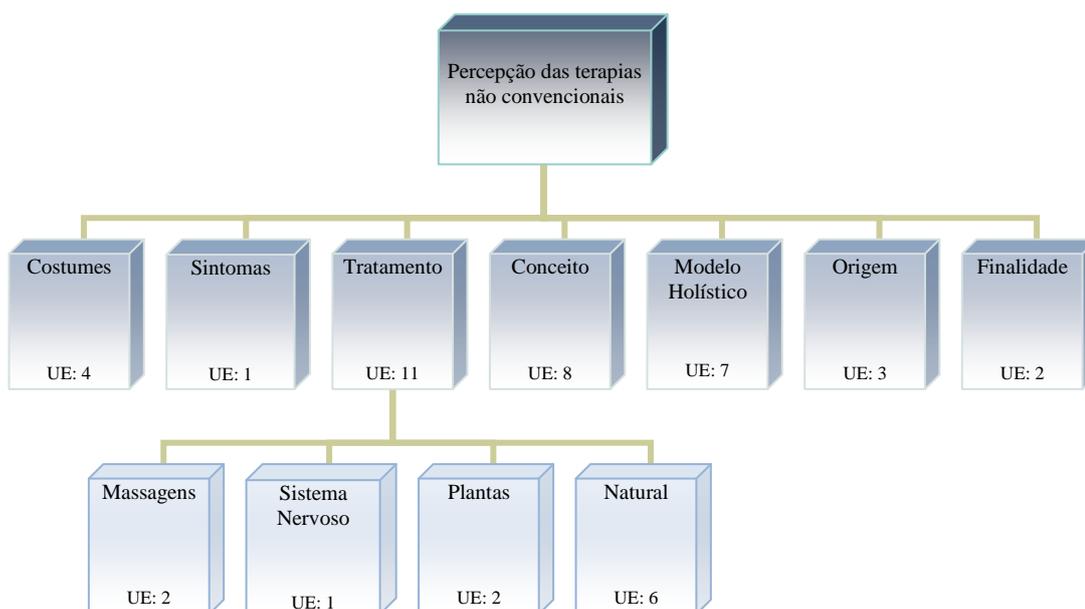
“É por exemplo a medicina chinesa.” (E18)

“São as medicinas mais antigas, tradicionais e naturais, mais divulgadas e praticadas no oriente. (...)” (E20)

Percebemos que a percepção das terapias não convencionais para alguns participantes, para além de tudo o que já foi referido anteriormente, também engloba a prevenção como a finalidade.

“O tratamento natural de doenças e a prevenção das mesmas.” (E13)

“O tratamento natural de doenças e a prevenção de doenças.” (E14)



**Figura 2 – Esquematização da categoria percepção das terapias não convencionais.**

(Legenda: UE – unidades de enumeração)

Em síntese, nos resultados encontrados verificamos que a percepção dos participantes relativamente às terapias não convencionais se traduz no tratamento, associado este a um processo natural, ao uso das plantas, às massagens e à manipulação do sistema nervoso, assim como no conceito que dela têm e no modelo holístico que a caracteriza.

Estes resultados estão de acordo com o estudo de Elias (2001), no qual os doentes entrevistados consideram como característica dos profissionais das terapias não convencionais a visão holística.

Astin, em 1998, verificou no seu estudo que os participantes consideraram o tratamento eficiente como uma característica das terapias não convencionais,

assim como também refere que os participantes têm uma visão cultural das terapias não convencionais.

A empatia foi identificada, como característica do relacionamento profissional/doente nestas medicinas, assim como também o princípio do modelo holístico, no estudo de Queiroz (2000).

Em 2005, Nunes efectuou entrevistas a dois grupos de adultos de uma zona rural e urbana com o objectivo de compreender o conhecimento e a utilização das terapias não convencionais. Neste estudo, os participantes indicam o tratamento eficiente como uma característica destas medicinas.

Em 2008, Roth, realizou um estudo com o objectivo de perceber a relação entre a etnia chinesa, nacionalidade canadense e a utilização de terapias não convencionais. Nos seus resultados a característica factor cultural surge como parte integrante das terapias não convencionais.

Gostaríamos de realçar que a resposta das terapias não convencionais aos *sintomas* tiveram um resultado com unidades de enumeração baixo no nosso estudo.

Segundo Nagai (2008), que realizou um estudo sobre as condições, os problemas e obstáculos na implementação das terapias não convencionais nos serviços de saúde, através da realização de 37 entrevistas a profissionais de saúde, as manifestações mecânicas e orgânicas são interpretadas pelas terapias não convencionais numa fase última e avançada da doença, o que pode justificar o resultado obtido no nosso estudo.

Após a análise parcial dos resultados obtidos na categoria percepção da medicina convencional e das terapias não convencionais efectuada, achámos pertinente realizar a comparação entre ambas. Verificámos que as sub-categorias *sintomas*, *tratamento*, *costumes*, *conceito* e *finalidade* se encontram referenciadas em ambas. A nível da subcategoria *conceito* é interessante verificar que são referidas pelos participantes de modo semelhante. Já a sub-categoria *sintomas*, a nível da medicina convencional, apresenta uma diferença expressiva em relação às terapias não convencionais. As sub-categorias *tratamento*, *costumes* e *finalidade* são mais evidenciadas a nível das terapias não convencionais. As sub-categorias *modelo*

*holístico e origem*, apenas são referenciadas a nível das terapias não convencionais. No que respeita às sub-categorias *conhecimento científico e reconhecimento*, estas só são referenciadas na medicina convencional.

## ↪ DIFERENÇAS ENTRE AS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS E A MEDICINA CONVENCIONAL

Como anteriormente tinha sido pedido aos utentes que definissem medicina convencional e terapias não convencionais, considerámos pertinente, e com o objectivo de sistematizar as ideias dos mesmos, questioná-los sobre as diferenças entre ambas.

Destaca-se o *tratamento* como principal diferença. Esta ideia deriva do facto de os utentes considerarem que a medicina convencional tem como base terapêutica os tratamentos cirúrgicos e químicos,. Já as terapias não convencionais são consideradas pelo uso dos tratamentos naturais, isto é, diferenciam-se pela origem dos tratamentos, como se pode verificar na figura 3.

Retira-se, como diferenças:

“Alternativa trata o doente no seu todo, convencional usa medicamentos não naturais, basicamente tratam sintomas.” (E3)

“É que com a medicina alternativa, nós evitamos de usar remédios que agridem o organismo e de cirurgias desnecessárias.” (E4)

“A medicina convencional usa recursos químicos e tem base científica a outra usa recursos naturais.” (E5)

“As diferenças é que a convencional é a base de medicamentos com químicos enquanto as complementares ou alternativas podem-se tratar sem medicação ou com produtos naturais.” (E7)

“A primeira insere-se mais no tratamento através de produtos naturais e a segunda mais a nível de químicos.” (E8)

“A origem da medicação e o tipo de atendimento e esclarecimento.” (E9)

“Julgo que as medicinas complementares/alternativas utilizam tratamentos menos agressivos.” (E16)

Outros utentes consideram que o atendimento rápido, embora eficaz, da medicina convencional contrasta com o atendimento tranquilo e esclarecido das terapias não convencionais:

“A medicina convencional actua, eventualmente, com mais rapidez e eficácia mas ao mesmo tempo pode curar um sintoma e provocar outros sintomas como reacção aos medicamentos.” (E6)

“A origem da medicação e o tipo de atendimento e esclarecimento.” (E9)

“É uma questão de filosofia, pois a complementar não só vê doente com paz, amor e tranquilidade como faz um diagnóstico correcto através dos seus auxiliares de diagnóstico (...)” (E10)

“Nas medicinas complementares/alternativas encontro um caminho mais tranquilo para o meu conhecimento interior.” (E15)

Ao analisar as entrevistas, consideramos indispensável analisar duas diferenças em simultâneo, por considerarmos que estão interligadas a nível de significado. Isto é, os utentes referenciam como diferenças o modelo holístico adoptado pelas terapias não convencionais e a importância a nível dos sintomas. Os utentes consideram que as terapias não convencionais vêem o indivíduo como um todo não tratando só os sintomas mas sim as doenças na sua globalidade; já a medicina convencional, em oposição, trata sintomas olhando o indivíduo em partes:

“As complementares e alternativas são holísticas, olham para o indivíduo como um todo.” (E2)

“Alternativa trata o doente no seu todo, convencional usa medicamentos não naturais, basicamente tratam sintomas.” (E3)

“A medicina convencional vê o ser humano ainda como máquina composta por peças. A alternativa vê o ser humano como ser integral, espiritual e físico.” (E19)

“A medicina convencional actua, eventualmente, com mais rapidez e eficácia mas ao mesmo tempo pode curar um sintoma e provocar outros sintomas como reacção aos medicamentos.” (E6)

“A medicina convencional baseia a sua acção na sintomatologia do indivíduo, não incidindo sobre as verdadeiras causas dos problemas. Actua “desligando” os sinais e sintomas apresentados nas diferentes patologias, esquecendo que a pessoa é influenciada por factores físicos, psíquicos e ambientais (...)” (E11)

“Na medicina convencional fazem-se estudos para descobrir doenças. Na medicina complementar/alternativas tenta-se curar e dar qualidade de vida ao doente.” (E12)

“Na medicina alternativa faz-se tratamento de doenças na convencional fazem-se estudos que por vezes não levam a lado nenhum.” (E13)

Neste tema destaca-se o conhecimento científico como pilar da medicina convencional. Os participantes afirmam que na origem da medicina convencional estão estudos científicos e métodos de observação, com um quadro filosófico próprio, características não identificadas nas terapias não convencionais:

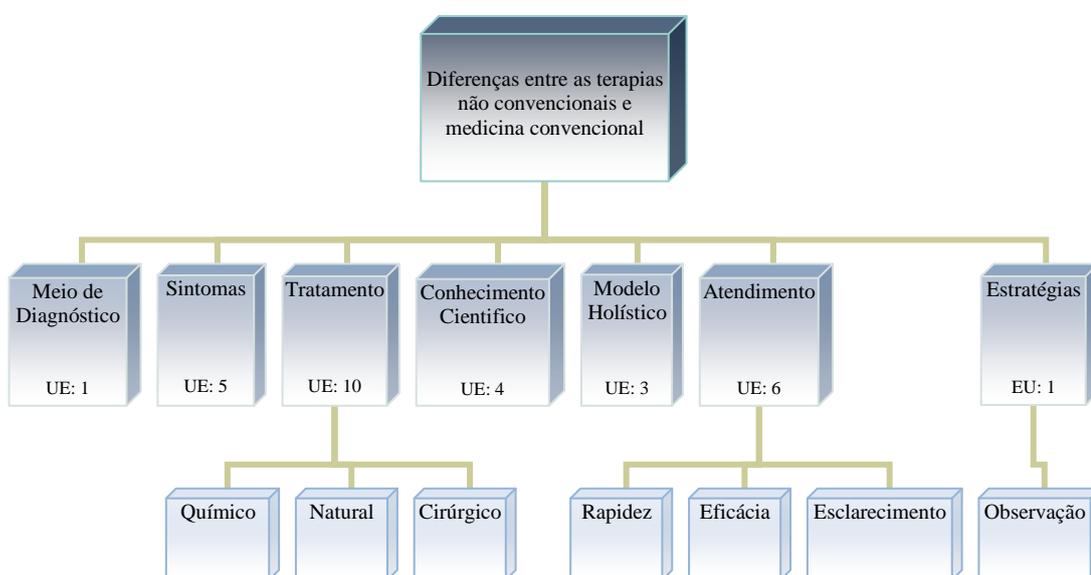
“Penso que a diferença está nos métodos de observação (...)” (E1)

“A medicina convencional usa recursos químicos e tem base científica a outra usa recursos naturais.” (E5)

“Na medicina convencional fazem-se estudos para descobrir doenças. Na medicina complementar/alternativa tenta-se curar e dar qualidade de vida ao doente.” (E12)

“Na medicina alternativa faz-se tratamento de doenças na convencional fazem-se estudos que por vezes não levam a lado nenhum.” (E13)

“Penso que o quadro filosófico e científico por trás da medicina seja completamente diferente.” (E18)



**Figura 3 – Esquematização da categoria diferenças entre as terapias não convencionais e medicina convencional.**

(Legenda: UE – unidades de enumeração)

Em síntese, os participantes referem como principal diferença entre a medicina convencional e as terapias não convencionais, o tipo de tratamento, isto é, apontam como característica da primeira este ser à base de químicos e cirurgias e como característica da segunda este ser natural. Outra diferença consiste no tipo de atendimento; os participantes consideram o atendimento da medicina convencional rápido e eficaz e o atendimento das terapias não convencionais mais tranquilo e

calmo. Neste âmbito, os resultados do nosso estudo vão de encontro ao de Queiroz (2000) que considera que a medicina convencional é uma ciência mais circunscrita no âmbito de respostas apropriadas aos problemas devido à sua especialização, ou seja, não compreende uma visão holística. Também o estudo de Tesser (2008) corrobora os nossos resultados. Refere que a medicina convencional, ligada à sua legitimação, se apoia na forte medicalização e tratamentos baseados na tecnologia químico-cirúrgica, ocorrendo uma redução da perspectiva do doente como um todo.

Os resultados encontrados na análise realizada por nós, através da comparação das respostas dos participantes às questões “Para si o que é a medicina convencional?” e “Para si o que são terapias não convencionais?”, permitem identificar algumas das diferenças mencionadas pelos participantes na questão “Quais as diferenças, para si, entre as terapias não convencionais e a medicina convencional?”. Quando comparadas, a subcategoria *sintomas* é evidenciada na medicina convencional e o *tratamento* nas terapias não convencionais. O *modelo holístico* apenas é referenciado nas terapias não convencionais e o *conhecimento científico* apenas na medicina convencional.

## ↳ CREDIBILIDADE

Como para nós é importante perceber a ascensão das terapias não convencionais, nos dias de hoje, pensámos ser pertinente perceber até que ponto os participantes do nosso estudo consideram a medicina convencional e as terapias não convencionais credíveis. Evidencia-se, como se pode verificar na figura 4, a credibilidade de ambas, sendo ambas necessárias e válidas e que o objectivo deveria ser a complementaridade:

“São todas necessárias.” (E2 e E3)

“Ambas são necessárias.” (E8)

“Ambas são válidas depende dos casos.” (E9)

“Ambas as medicinas são credíveis, não podemos negar a eficácia da medicina convencional (...)” (E11)

“As duas (...)” (E15)

“Ambas são credíveis, deviam era entender-se.” (E16)

“São ambas.” (E17 e E18)

“Acho que ambas se devem completar. A medicina convencional tem muito que aprender com a alternativa. A alternativa pode aprender com a metodologia.” (E19)

“Ambas são credíveis quando aplicadas em diferentes situações/gravidade, ou de forma complementar.” (E20)

Quanto à credibilidade atribuída às terapias não convencionais esta encontra-se justificada nas seguintes informações.

“Respondo com duas experiências pessoais em familiares muito próximos: 1- a medicina complementar solucionou um problema grave (...) a medicina convencional não teve resposta para um problema grave.” (E1)

“A quiroprática, pois é a que utilizo há 9 anos e também porque conheço pessoas que obtiveram resultados fantásticos.” (E4)

“A medicina alternativa (...)” (E6)

“A medicina complementar ou alternativa (...)” (E7)

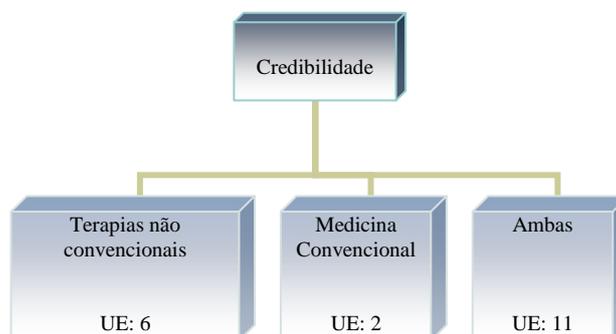
“Por experiência própria, a medicina alternativa.” (E12)

“A medicina alternativa.” (E13)

Minoritariamente a medicina convencional foi referenciada como a mais credível.

“A medicina convencional (...)” (E5)

“ Tradicional.” (E10)



**Figura 4 – Esquematização da categoria credibilidade.**

(Legenda: UE – unidades de enumeração.)

## 🔗 JUSTIFICAÇÃO DA CREDIBILIDADE

Da análise das entrevistas, verificamos na figura 5, que os participantes consideram a medicina convencional e as terapias não convencionais credíveis num ambiente

de complementaridade, isto é, referem que a sua opção/escolha se encontra de acordo com o tipo de doença sofrida ou a fase em que a mesma se encontra:

“Ambas as medicinas são credíveis, não podemos negar a eficácia da medicina convencional. É lógico que se estivermos numa situação de emergência iremos preferir uma actuação mais convencional. No entanto verifica-se que em situações crónicas e outras não explicáveis nos moldes científicos é necessária a intervenção de medicinas alternativas com eficácia comprovada há mais de 2 mil anos de existência.” (E11)

“As duas. Depende da situação e da fase na vida em que me encontro.” (E15)

“Acho que ambas se devem completar. A medicina convencional tem muito que aprender com a alternativa. A alternativa pode aprender com a metodologia.” (E19)

“Ambas são credíveis quando aplicadas em diferentes situações/gravidade, ou de forma complementar.” (E20)

Compreende-se pela interpretação das respostas dadas pelos utentes que a credibilidade atribuída às terapias não convencionais está relacionada com os resultados que as mesmas têm vindo a apresentar e com a filosofia holística dos seus tratamentos:

“Respondo com duas experiências pessoais em familiares muito próximos: 1- a medicina complementar solucionou um problema grave após várias tentativas com medicina convencional; 2- a medicina convencional não teve resposta para um problema grave.” (E1)

“A quiroprática, pois é a que utilizo há 9 anos e também porque conheço pessoas que obtiveram resultados fantásticos.” (E4)

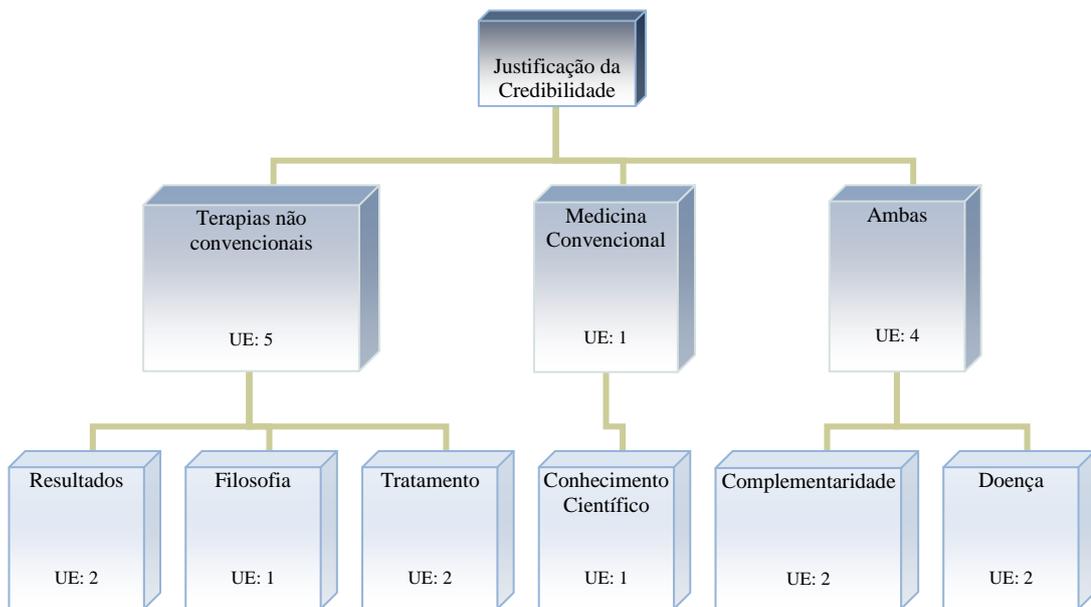
“A medicina alternativa por ter uma visão mais holística do ser humano e por ser menos ofensiva.” (E6)

“A medicina complementar ou alternativa porque apesar de às vezes ter que tomar medicação não são á base de químicos mas sim á base de coisas naturais.” (E7)

“Por experiência própria, a medicina alternativa.” (E12)

Quanto à medicina convencional a base científica do seu conhecimento é a única justificação de credibilidade apontada pelos participantes.

“A medicina convencional porque se fundamenta em base científica.” (E5)



**Figura 5 – Esquemática da categoria justificação da credibilidade.**

(Legenda: UE – unidades de enumeração.)

Em síntese, podemos referir que os participantes consideram ambas *credíveis*, subcategoria com o número mais elevado de unidades de enumeração, e apresentam, como principal justificação para a credibilidade de ambas, a *complementaridade* e a *doença*.

No seu estudo, Elias (2001) afirma que os doentes oncológicos apontam a credibilidade às terapias não convencionais enquanto complementaridade da medicina convencional, ou seja, ambas são credíveis na base da complementaridade; os doentes afirmam que nunca abandonaram a medicina convencional. Do mesmo modo, no estudo de Nagai (2008), os participantes negam qualquer prática alternativa não compatível com a medicina convencional.

Perante os resultados do nosso estudo e dos estudos encontrados, podemos verificar que ambas as medicinas são credíveis, não em substituição de uma pela outra, mas sim em complementaridade, dependendo do tipo de doença e da fase em que esta se encontra.

## ↳ EXPECTATIVAS SOBRE MEDICINA CONVENCIONAL

Possuindo já algum domínio sobre percepções e credibilidade da medicina convencional, pensámos ser importante saber as expectativas dos nossos participantes em relação à mesma. A humanização, nomeadamente uma maior sensibilidade no relacionamento com o utente, maior disponibilidade, compreensão e atenção nas consultas assim como o evitar das listas de espera, são os conteúdos evidenciados na figura 6 e nos discursos dos participantes:

“Que trate os doentes com outra sensibilidade e que escolha médicos com vocação.” (E5)

“(…) humanize a sua visão científica.” (E6)

“Mais atenção, mais disponibilidade.” (E9)

“Que promova mais dignidade para os doentes e humanização dos cuidados médicos.” (E10)

“Atendimento mais humano e maior disponibilidade por parte dos técnicos de saúde que até em algumas situações parecem brincar com o doente.” (E12)

“Melhorar o seu atendimento com os pacientes e evitar as listas de espera.” (E13)

“Cura e aprendizagem a compreender o ser humano.” (E19)

Talvez pela importância que as terapias não convencionais têm vindo a assumir na nossa sociedade, uma das expectativas dos nossos participantes no que respeita à medicina convencional é a complementaridade, a colaboração com as terapias não convencionais:

“Espero que se desenvolva e abra portas á medicina complementar.” (E1)

“Que cada vez mais se ajuste ás necessidades, trabalhando a par com as complementares/alternativas.” (E8)

“Era de esperar que a medicina convencional e as medicinas “alternativas” fundissem a sua actuação criando a medicina integrativa. Actuar de forma holística, actuar nas verdadeiras causas dos sintomas, anular influências externas relacionadas com actos de comércio, humanizar cuidados de saúde e actuar na vertente física, psicológica, social e ambiental.” (E11)

“Que passe a aceitar uma colaboração com as alternativas.” (E16)

“Que tente entender-se com as restantes.” (E17)

Verifica-se, na análise das entrevistas, que os participantes consideraram importante o uso do conhecimento científico que rege a medicina convencional, embora considerem pertinente uma actualização do mesmo, referindo mesmo uma alteração de paradigmas actuais:

“Espero que se desenvolva (...)” (E1)

“Que altere alguns paradigmas (...)” (E6)

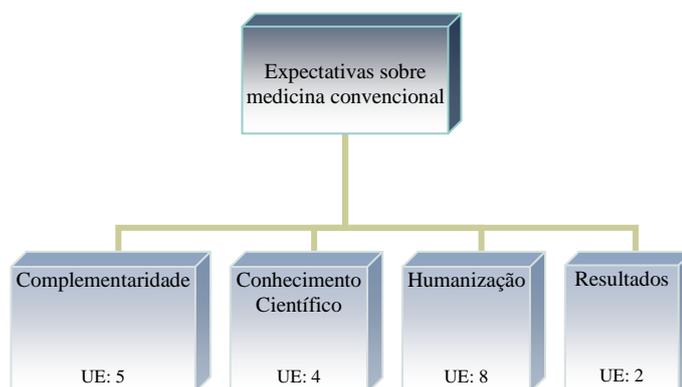
“Espero que a medicina convencional melhore cada vez mais e que descubra várias curas de doenças.” (E7)

“Diagnósticos objectivos baseados em exames científicos. Tratamentos em casos mais graves, como o caso de intervenções cirúrgicas.” (E20)

No entanto, há utentes que reduzem as expectativas que têm da medicina convencional a resultados de doenças agudas, ignorando resultados de possíveis tratamentos de doenças crónicas.

“A solução de casos agudos como por exemplo fracturas, apendicites...” (E2)

“A solução de casos agudos como fracturas.” (E3)



**Figura 6 – Esquematização da categoria expectativas sobre medicina convencional.**

(Legenda: UE – unidades de enumeração.)

Os resultados encontrados no nosso estudo relativamente à *expectativa da evolução do conhecimento científico e da complementaridade com as outras medicinas*, estão de acordo com os de Elias (2001), em que os doentes referiram que o descrédito para com a medicina convencional se devia às limitações, dos seus tratamentos e também com o de Queiroz (2000), que refere que a medicina convencional, no contexto actual, devia encontrar perspectivas mais universais que, ainda que geridas pelo seu paradigma, deveria ter em conta a própria sociedade.

## ↳ SUGESTÕES

Cumpre salientar que, quanto à medicina convencional, novas expectativas são referidas por parte dos participantes; mas quando questionados sobre sugestões para a medicina convencional e para as terapias não convencionais, percebemos que existem mudanças que consideramos importantes, tanto a nível individual como em conjunto, como se pode verificar na figura 7.

A complementaridade entre as terapias não convencionais e a medicina convencional é apontada como uma mudança para ambas:

“Promovia a colaboração entre ambas. Tornava-as acessíveis a todas as pessoas. A medicina complementar não tem comparticipação em medicamentos e eu acho muito mal.”

(E1)

“A convencional devia respeitar o que de bom há nas outras para bem do indivíduo.” (E2)

“Deveria haver aproximação de ambas, no sentido da manutenção da saúde do indivíduo.”

(E3)

“Que cada vez mais se ajuste às necessidades, trabalhando a par com as complementares/alternativas.” (E8)

“Não mudava, colocava-as em simultâneo, como complemento numa da outra. Todos os conhecimentos são válidos.” (E9)

“Seria de esperar uma fusão das medicinas no sentido de encontrar o equilíbrio entre ambas. Só assim podemos ir de encontro às necessidades de saúde da população. Não podemos ficar num estado de afastamento das medicinas que se verifica actualmente. O bem estar do indivíduo deve estar à frente dos interesses que sejam eles económicos, pessoais ou sócias.” (E11)

“A aproximação das duas. Sendo a medicina alternativa reconhecida e legalizada por todos.” (E13)

“A aproximação das duas.” (E14)

“Aproximava-as, pois complementam-se.” (E15)

“As mentalidades e que se unissem.” (E16)

“Devem aceitar-se mutuamente.” (E17)

Em virtude de os participantes também considerarem as mudanças/sugestões a nível individual fundamentais, verificamos que, relativamente às terapias não convencionais, é enfatizada a comparticipação e a legalização destas práticas a nível governamental impulsionando assim o seu reconhecimento e a sua certificação:

“ (...) Tornava-as acessíveis a todas as pessoas. A medicina complementar não tem comparticipação em medicamentos e eu acho muito mal.” (E1)

“ (...) Na medicina alternativa obrigaria á certificação dos terapeuta e á possível constituição de uma ordem.” (E6)

“ (...) Na complementar, que fosse também comparticipada ou pelo menos que estes profissionais trabalhassem no Serviço Nacional de Saúde.” (E10)

“ (...) na medicina alternativa a legalização por parte do governo.” (E12)

“ (...) a medicina alternativa reconhecida e legalizada por todos.” (E13)

“ (...) As complementares que apresentassem mais provas dos seus resultados e fossem mais divulgadas e aceites.” (E20)

A nível da medicina convencional verifica-se o atendimento mais humano, uma relação médico-utente diferente e uma visão holística do ser humano, como as principais mudanças referenciadas pelos nossos participantes. Ou seja, as mudanças a nível das terapias não convencionais são extrínsecas aos terapeutas, enquanto as mudanças a nível da medicina convencional são todas intrínsecas ao médico/profissional de saúde:

“Na medicina convencional a escolha dos médicos e a forma como é abordada teoricamente (...)” (E6)

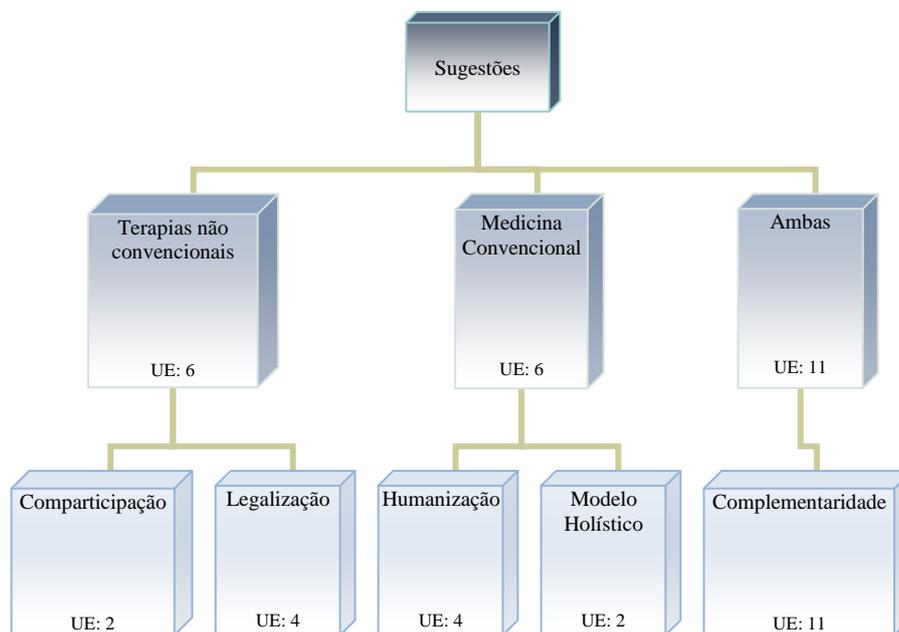
“Na alopática, que os médicos tenham tempo para ver e tratar os doentes com dignidade. Pois normalmente é o doente que vê o médico (...)” (E10)

“Atendimento mais humano e maior disponibilidade por parte dos técnicos de saúde (...)” (E12)

“Na convencional, mudava a abordagem “eu sei tudo” dos médicos e ensinava-os a ouvir mais e receitar menos.” (E18)

“A medicina convencional vê o ser humano ainda como máquina composta por peças (...)” (E19)

“A convencional que procurasse mais a causa da doença e não só a cura dos sintomas, que usasse menos químicos, que visse o corpo como um todo, ou seja, tudo o que se encontra nas alternativas (...)” (E20)



**Figura 7 – Esquematização da categoria sugestões.**

(Legenda: UE – unidades de enumeração.)

Em síntese, podemos referir que, das sugestões apresentadas pelos participantes, a *humanização* para a medicina convencional, a *legalização* para as terapias não convencionais e a *complementaridade* para ambas, são características a desenvolver, o que vai de encontro ao referido nos estudos abaixo mencionados.

De facto Pereira (2004) e Nunes (2005) apontam a legalização da prática clínica e o apoio do governo nas despesas inerentes ao consumo destas terapias. Os participantes no estudo desenvolvido por Elias (2001) apontam como principais sugestões o atendimento mais humano na medicina convencional o desejo de uma assistência holística, ou seja, um aperfeiçoamento na abordagem do doente.

Também Nagai (2008) refere que as terapias não convencionais deveriam procurar complementar a medicina convencional, em vez de se preocuparem em ultrapassá-la.

Após termos procurado conhecer a percepção dos participantes face ao fenómeno em estudo, vamos de seguida identificar os factores que influenciam a escolha das terapias não convencionais.

## ↳ TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS FREQUENTADAS

Depois de os nossos participantes ressaltarem a importância que as terapias não convencionais têm no seu dia-a-dia, percebemos que era pertinente conhecer as terapias não convencionais mais frequentadas e, neste campo, ficámos surpreendidos pela diversidade de terapias utilizadas.

Com base nas respostas às entrevistas, verificámos na figura 8, que as terapias não convencionais mais frequentadas são a homeopatia, o reiki, a reflexologia e os florais de bach. As terapias naturalistas clássicas, que englobam a participação da osteopatia maioritariamente, as massagens, a terapia quântica, a naturopatia, a quiroprática, a fitoterapia e a pressoterapia, também se encontram referenciadas pelos nossos participantes. Relativamente às terapias culturais, a acupuntura surge em destaque em relação à medicina tradicional chinesa, o shiatsu e o Jin shi jyutsu.

Neste contexto, é de referir:

“Iridologia e homeopatia.” (E1)

“Acupuntura, homeopatia, naturopatia, osteopatia, reiki, jin shi jyutsu, reflexologia e shiatsu.” (E2)

“Acupuntura, homeopatia, naturopatia, reiki.” (E3)

“Homeopatia, acupuntura, quiroprática.” (E4)

“Reiki e osteopatia.” (E5)

“Reiki, fitoterapia, florais de bach.” (E6)

“Osteopatia.” (E7)

“Medicina tradicional chinesa, massagens e reiki.” (E8)

“Osteopatia, homeopatia, acupuntura e shiatsu.” (E9)

“Apesar de haver uma enorme variedade de medicinas alternativas não considero a existência de muitas medicinas alternativas. Considero como medicinas a medicina tradicional chinesa e a medicina Ayurvadica e a medicina homeopática. Já recorri a medicina homeopática com excelentes resultados. Estes resultados foram obtidos na homeopatia e não na medicina tradicional. Assim só poderia considerar que existe alguma esperança para além da medicina tradicional.” (E11)

“Homeopatia e osteopatia.” (E12)

“A homeopatia, osteopatia, pressoterapia, acupunctura e massagem manual.” (E13)

“Acupunctura.” (E14)

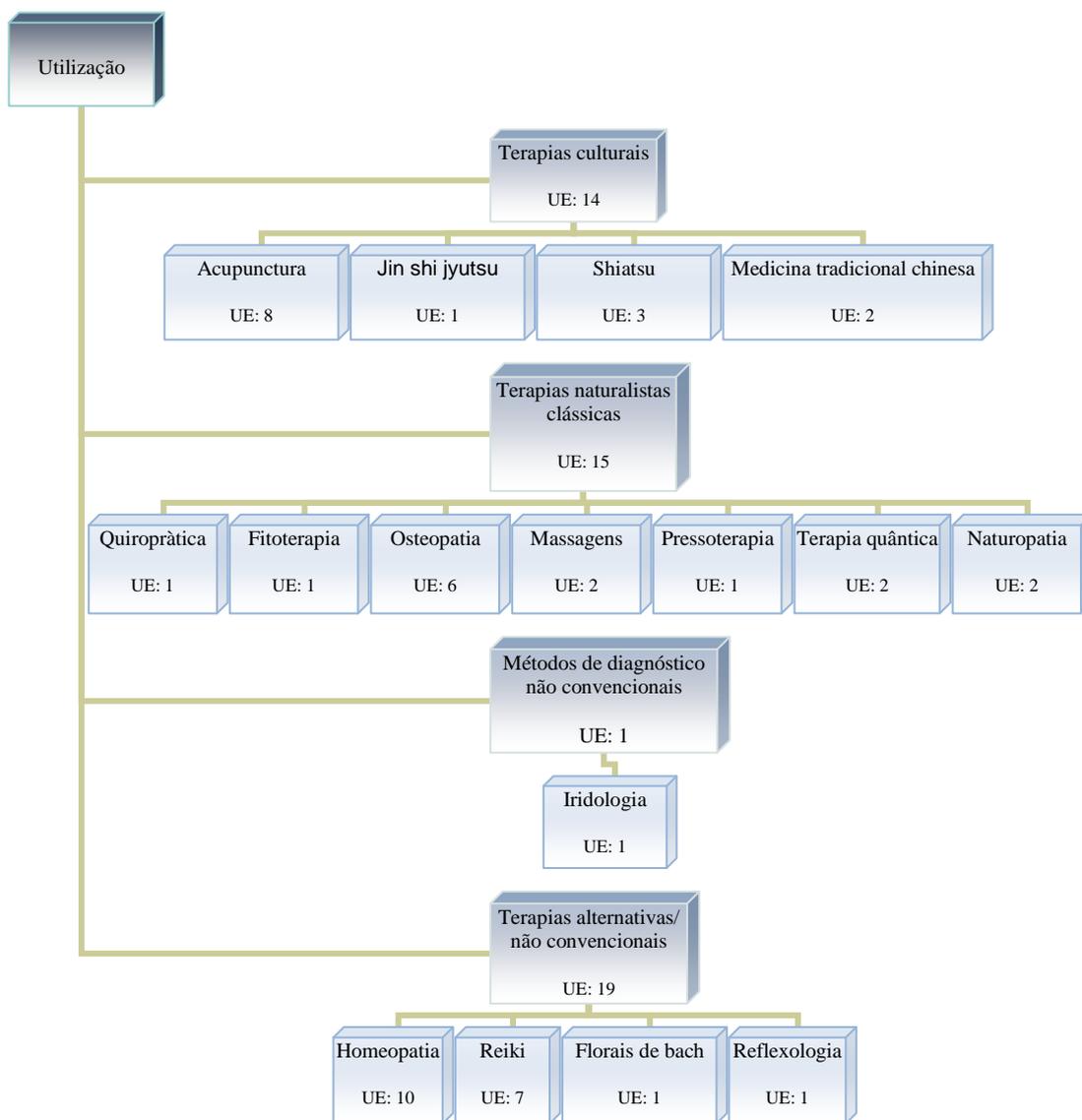
“Reiki.” (E15)

“Acupunctura.” (E17)

“Acupunctura, medicina chinesa e terapia quântica.” (E18)

“Reiki, medicina transpessoal, cura quântica, homeopatia.” (E19)

“Reiki, homeopatia e shiatsu.” (E20)



**Figura 8 – Esquemática da categoria utilização.**

(Legenda: UE – unidades de enumeração.)

Podemos referir que as *terapias mais frequentadas* pelos participantes são a homeopatia, a acupunctura, o reiki e a osteopatia sendo as outras menos frequentadas, resultados não totalmente concordantes com os de Palinkas (2000), relativamente à quiroprática, com os de Elias (2001) no que diz respeito à fitoterapia e à homeopatia e com os de Shepherd (2002) a nível da quiroprática, da fitoterapia e das massagens.

A acupunctura surge como uma das terapias não convencionais mais procurada tal como no estudo de Tindle (2002). Já a utilização das massagens e da fitoterapia aproxima-se do referido no estudo de Pereira (2004).

Em 2008, Manzini, entrevistou 40 profissionais do Hospital de Ribeirão Preto, com o objectivo de perceber o conhecimento, as crenças e o uso das terapias não convencionais/complementares entre os profissionais de saúde. Observou que as terapias mais procuradas foram a acupunctura, as massagens e a homeopatia e com resultados razoáveis foram os florais de bach e a fitoterapia.

A comparação do nosso estudo com os estudos supracitados tornou-se difícil devido à discrepância dos resultados; se uns se aproximam outros são dispares, sugerindo que a escolha da terapia não convencional poderá estar relacionada com a diferença de contextos em que os participantes se inserem e das doenças por eles sofridas.

### ↳ **RAZÃO DA ESCOLHA DAS TERAPIAS NÃO CONVENCIONAIS**

Sendo os nossos participantes utilizadores das terapias não convencionais, resolvemos verificar a razão de procurarem estas terapias, que se pode verificar na figura 9.

Analisando as transcrições das entrevistas, salienta-se que a necessidade da procura das terapias não convencionais se deve muito aos resultados que os participantes experienciam:

“ (...) porque experimentei e senti-me bem.” (E1)

- “Para obter melhor qualidade de vida.” (E2)
- “Para melhorar o meu bem-estar psico-somático.” (E3)
- “ Porque achei conveniente para o meu problema, pois queria curar a causa.” (E4)
- “Porque harmonizam o estado energético do corpo físico.” (E6)
- “Porque encontrei nesses tratamentos alívio e solução para alguns problemas de stress, alergias entre outras.” (E8)
- “Devo confessar que a minha ideia da medicina alternativa era negativa, até porque a minha formação sempre foi dentro da medicina convencional. No entanto como não costuma por de lado algo que não conheço resolvi experimentar a homeopatia, os resultados foram excelentes assim conclui que havia mais para além dos tratamentos convencionais. A medicina ortodoxa falha em situações que não consegue explicar e compreender, e é nestas que entram as “boas da salvação”, ou seja, a medicina alternativa.” (E11)
- “Porque acredito neles, e tenho prova da sua eficácia.” (E12)
- “Porque acredito no funcionamento deles.” (E13)
- “Problemas musculares.” (E17)
- “Porque me parece a melhor maneira de me tratar a longo prazo.” (E18)
- “Para obter bem-estar sem ingerir tantos medicamentos (químicos) e sem sofrer os seus efeitos secundários. Para aliviar tenções musculares, melhorar problemas de circulação e equilibrar e harmonizar as energias de todo o meu corpo.” (E20)

A procura das terapias não convencionais emergiu de tal forma que certos participantes do estudo procuraram estas terapias unicamente por curiosidade, despoletada por testemunhos de utentes frequentadores das mesmas:

- “Porque me aconselharam pois não tinha que levar injeções para a coluna.” (E7)
- “Por recomendação médica.” (E8)
- “Por curiosidade no primeiro impulso, mas por ser apologista de tudo o que é natural.” (E9)
- “Por passagem de testemunho.” (E14)
- “Por curiosidade associada a uma fase difícil.” (E15)

É importante referir que uma das razões apontadas para a escolha das terapias não convencionais é a falta de resultado na medicina convencional, isto é, a limitação da medicina convencional em algumas situações:

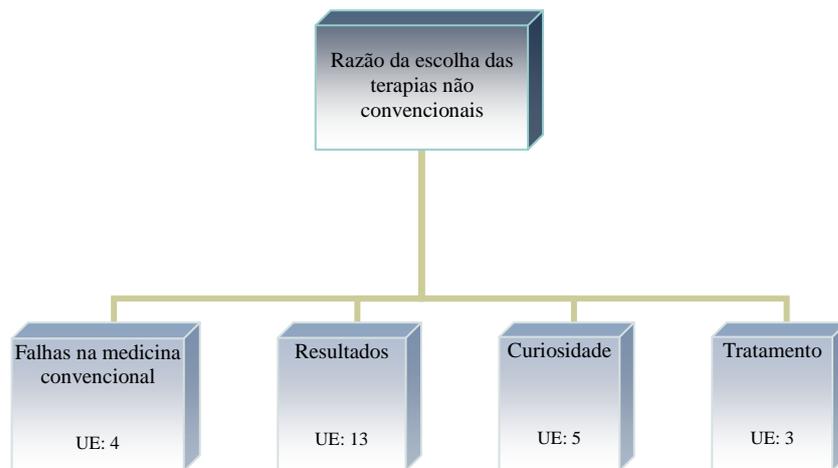
- “Por falta de resultados na medicina convencional (...)” (E1)
- “Não encontrei solução para a minha hérnia discal na medicina convencional.” (E10)
- “(…) A medicina ortodoxa falha em situações que não consegue explicar e compreender, e é nestas que entram as “boas da salvação”, ou seja, a medicina alternativa.” (E11)
- “Porque a medicina convencional não vê o ser humano como integral.” (E19)

O tratamento é também apresentado como uma razão da procura das terapias não convencionais por se caracterizar, na opinião dos participantes do estudo, pela sua naturalidade:

“Porque me aconselharam, pois não tinha que levar injeções para a coluna.” (E7)

“ (...) por ser apologista de tudo o que é natural.” (E9)

“Para obter bem-estar sem ingerir tantos medicamentos (químicos) e sem sofrer os seus efeitos secundários (...)” (E20)



**Figura 9 – Esquematização da categoria razão da escolha das terapias não convencionais.**

(Legenda: UE – unidades de enumeração.)

Em síntese, os *resultados* obtidos com as terapias não convencionais poderão ser a razão da escolha das mesmas, não se evidenciando que as falhas na medicina convencional, o tratamento e a curiosidade, embora explícitas no discurso dos participantes, sejam razões para a escolha das mesmas.

As razões da escolha das terapias não convencionais, no nosso estudo, são congruentes com a maioria das razões apontadas pelos participantes de outros estudos. A curiosidade e a indicação de terceiros são referidos nos estudos de Palinkas (2000) e de Elias (2001), os efeitos positivos dos tratamentos foram igualmente indicados pelos participantes nos estudos desenvolvidos por Palinkas

(2000), Shepherd (2002), Tindle (2002) e Nunes (2005). No que concerne à falha dos tratamentos da medicina convencional e à falta de confiança na mesma, os resultados estão de acordo com o estudo de Palinkas (2000) e de Elias (2001).

Em 2003, Trovo realizou um estudo através da aplicação de um questionário a alunos de Enfermagem na cidade de São Paulo com o objectivo de perceber o conhecimento e a utilização das terapias não convencionais pelos alunos de enfermagem e verificar se consideravam o ensino destas terapias como obrigatório ou opcional. Dos resultados obtidos, a utilização destas medicinas foi referida quer pela sua eficácia quer pelos seus resultados.

Nagai (2008) refere que os entrevistados no seu estudo apresentam a dificuldade da medicina convencional no tratamento de doenças agudas como justificação para a utilização das terapias não convencionais.

#### ↳ **FREQUÊNCIA SIMULTÂNEA**

Quanto à utilização da medicina convencional e das terapias não convencionais, resolvemos evidenciar o tipo de utilização que os participantes faziam das mesmas, isto é, se as frequentavam para o tratamento da mesma doença/sintomatologia ou para doenças/sintomatologias diferentes.

Verificámos pelos resultados, que se podem verificar na figura 10, que existem participantes que utilizam as terapias em simultâneo nomeadamente em fases de desespero ou por considerarem que existe diferente eficácia em patologias diferentes:

“Sim.” (E2, E3, E10, E12, E14, E18, E 19 e E20)

“ Nas fases de crise sim (...)” (E4)

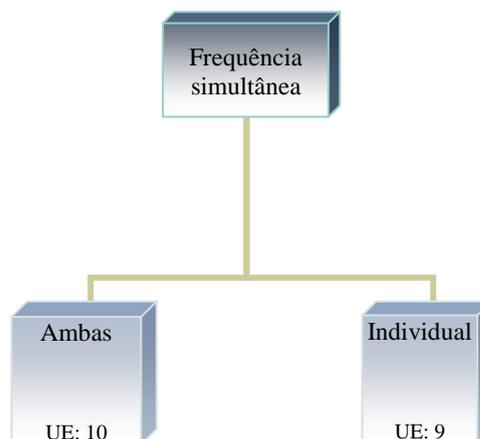
“Porque para solucionar problemas infecciosos os medicamentos são mais eficazes e para equilibrar os estados ansiosos e de sistema nervoso as complementares são mais eficazes.” (E6)

Em oposição os restantes utentes referem que utilizam as terapias não convencionais e a medicina convencional individualmente:

“Não simultaneamente.” (E1)

“Não.” (E5, E7, E8, E9, E13, E15 e E17)

“Quando iniciei o tratamento homeopático e vi as suas potencialidades organizei os meus conhecimentos e comecei a ter uma mente mais aberta. Neste momento apenas uso a medicina convencional, em caso de emergência médica onde existe benefício ao controlar os sintomas e actuar segundo protocolos científico estabelecidos.” (E11)



**Figura 10 – Esquematização da categoria frequência simultânea.**

(Legenda: UE – unidades de enumeração.)

## ↪ RAZÕES DA FREQUÊNCIA SIMULTÂNEA

Como os participantes referiram frequentar simultaneamente, a medicina convencional e as terapias não convencionais, achámos pertinente identificar as razões que impulsionam os nossos participantes a tal opção, que se podem verificar na figura 11.

Nas entrevistas transcritas percebemos que a falta de resultados em algumas patologias e a presença de meios de diagnóstico na medicina convencional, contrastando com a presença de resultados em algumas patologias mas a falta de meios de diagnóstico nas terapias não convencionais, impulsionam à frequência simultânea:

“ (...) pois precisava da ajuda de remédios que actuassem com mais rapidez.” (E4)

“ (...) para solucionar problemas infecciosos os medicamentos são mais eficazes e para equilibrar os estados ansiosos e de sistema nervoso as complementares são mais eficazes.” (E6)

“Só fui para a Medicina Tradicional, porque não resolve a minha doença na Medicina Convencional.” (E10)

“ (...) porque precisei de radiografias e depois do tratamento adequado para a doença.”  
(E12)

“ (...) a alternativa em certas coisas foi mais eficaz.” (E19)

É interessante verificarmos na análise das entrevistas realizadas, que a patologia que se padece assim como a fase de evolução em que se encontra, justifica a procura em simultâneo das terapias não convencionais e da medicina convencional:

“Porque preciso do dentista e do ginecologista. Neste tipo de problemas procuro as duas medicinas.” (E2)

“ (...) ginecologia. Porque tive um tumor e frequentei ambas.” (E3)

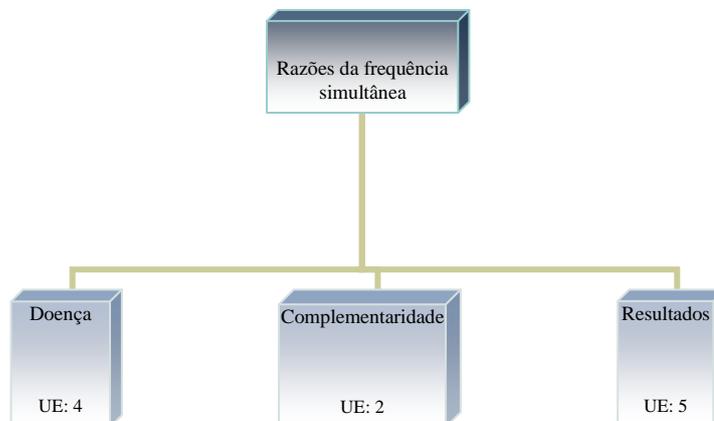
“Nas fases de crise sim (...)” (E4)

“ Em fase de mudança.” (E18)

A percepção que os nossos participantes têm da complementaridade entre ambas justifica a sua utilização simultânea:

“ (...) porque considero que se complementam.” (E14)

“ (...) porque penso que são complementares.” (E20)



**Figura11 – Esquematização da categoria razões da frequência simultânea.**

(Legenda: UE – unidades de enumeração.)

Em síntese, os participantes do estudo afirmam utilizar a medicina convencional e as terapias não convencionais em simultâneo, devido *aos resultados obtidos, à doença que possuem e à complementaridade entre ambas.*

Este é também o resultado obtido por Elias (2001) em que a maioria dos doentes oncológicos utilizadores das terapias não convencionais não abandonam a medicina convencional, utilizando aquelas de forma complementar ao tratamento convencional.

Após termos conhecido os factores que influenciam a escolha das terapias não convencionais dos nossos participantes, vamos identificar as doenças associadas à procura das mesmas.

#### ↳ TIPO DE DOENÇAS

Outra estratégia por nós utilizada para explorar um pouco mais a adesão às terapias não convencionais, foi o reconhecimento das patologias que levam os nossos participantes a recorrer a elas, verificadas na figura 12.

Comprova-se, ao analisar as entrevistas, que a maioria dos nossos entrevistados afirma que toda e qualquer tipo de doença os faria recorrer às terapias não convencionais:

“Todas.” (E3, E9, E10, E13, E18 e E19)

“Qualquer doença em que a medicina convencional não me convença.” (E2)

“Todas as doenças que possam vir a surgir.” (E12)

“Todo o tipo de doenças.” (E14)

“Qualquer tipo. Desde que as terapias complementares me apresentassem à partida possibilidade de melhoras.” (E20)

Por outro lado, e de uma forma mais específica, foram apontadas as depressões, as insónias, a ansiedade e todos os problemas do foro psiquiátrico/psicológico:

“Foro psicológico. Neste caso nunca procuraria a medicina convencional.” (E1)

“Tensão nervosa (...).” (E5)

“Depressão, insónia, ansiedade, (...).” (E6)

É de salientar que as terapias não convencionais acompanham as mudanças da sociedade, isto é, actualmente o ser humano tem uma crescente preocupação com

a aparência havendo um maior investimento em manter o peso ideal. Ao analisarmos pequenos excertos das entrevistas, verificamos que as terapias não convencionais são procuradas para programas de emagrecimento:

“ (...) perda de peso.” (E5 e E7)

“A medicina alternativa tem efeitos comprovados numa grande quantidade de patologias, no entanto, é uma medicina de último recurso. Poderemos recorrer a ela com patologias desde (...) e obesidade.” (E11)

Percebe-se que, para os participantes do nosso estudo, as terapias não convencionais não são utilizadas apenas para fins estéticos mas também para alívio de queixas álgicas nomeadamente a nível muscular e ósseo:

“ (...) tensão muscular (...)” (E6)

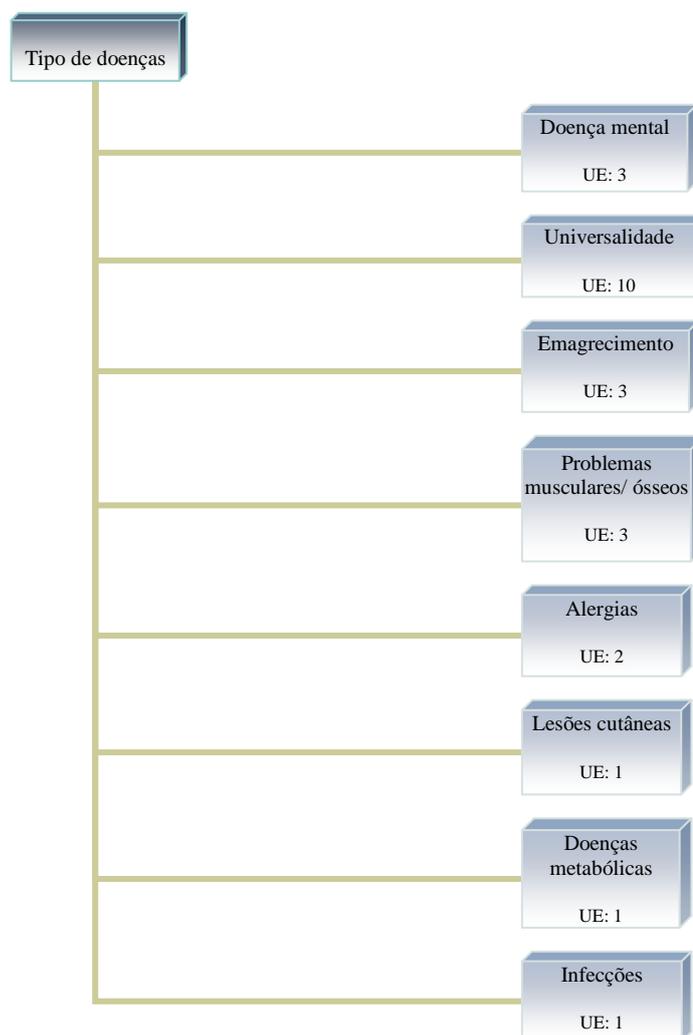
“ (...) cervicalgias, (...) lombalgias (...)” (E11)

“ Problemas musculares e ósseos.” (E17)

Deve-se considerar, embora apareçam de uma forma minoritária, as patologias do foro dermatológico, metabólico, infeccioso e no âmbito da alergologia:

“Alergias (...)” (E7)

“A medicina alternativa tem efeitos comprovados numa grande quantidade de patologias, no entanto, é uma medicina de último recurso. Poderemos recorrer a ela com patologias desde gripes, cervicalgias, lombalgias, alergias, diabetes, psoríase e obesidade.” (E11)



**Figura12 – Esquematização da categoria tipo de doenças.**  
(Legenda: UE – unidades de enumeração.)

Os participantes afirmam que *qualquer tipo de doença* os faria procurar as terapias não convencionais, sendo que o emagrecimento, as doenças mentais e os problemas musculares/ósseos são evidenciadas no discurso dos mesmos, o que vai de encontro aos estudos de Astin (1998), Palinkas (2000), Shepherd (2002), Pereira (2004) e Nunes (2005) em que é evidente a procura das terapias não convencionais para as doenças músculo-esqueléticas e doenças mentais.

Procurámos, ao longo deste capítulo, apresentar os resultados obtidos no estudo, interpretá-los e discuti-los à luz das pesquisas efectuadas. Pensamos ter respondido aos objectivos enunciados e dado resposta às questões de investigação, nossos pontos de partida.

## CONCLUSÃO

Nos últimos anos tem sido observada uma atenção crescente quanto ao uso das terapias não convencionais em muitos países desenvolvidos. As terapias não convencionais traduzem-se num conjunto de práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento alheias ao modelo médico convencional.

Ao longo dos tempos, as terapias não convencionais têm vindo a implementar-se no mundo ocidental apesar de se considerar que ainda tem um corpo de conhecimentos por definir. Sendo o crescimento destas terapias um fenómeno que preocupa a saúde pública, temos como missão alargar os nossos limites do saber, aprofundando os domínios e o fundamento destas terapias.

Neste sentido, com a presente dissertação de mestrado, procurámos contribuir para o estudo das terapias não convencionais, tema complexo e actual, considerado parte integrante no desenvolvimento da saúde em Portugal. Este estudo resulta do entusiasmo de quem investiga um tema de interesse pessoal, social e profissional, motivando uma intensa pesquisa numa área tão significativa no âmbito da saúde do ser humano.

Com este intuito elaborámos, numa primeira fase do estudo, um enquadramento teórico dando especial atenção à transição de paradigma na assistência à saúde, nomeadamente a medicina convencional e as terapias não convencionais na assistência à saúde.

O estudo empírico subordinou-se aos objectivos: aprofundar conhecimento sobre terapias não convencionais, conhecer a percepção dos doentes em relação à medicina convencional e terapias não convencionais, identificar os factores que influenciam a escolha das terapias não convencionais e identificar as doenças associadas à procura das terapias não convencionais.

Para a concretização dos objectivos anteriormente enunciados partimos das questões de investigação que de seguida se expõem:

- Qual a percepção dos doentes sobre a medicina convencional e as terapias não convencionais?
- Quais os factores que influenciam a escolha das terapias não convencionais?
- Quais as doenças associadas à procura das terapias não convencionais?

Relativamente à primeira questão, os resultados encontrados demonstram que a medicina convencional é uma ciência gerida por um conceito caracterizado pela sua função, pelo seu ensino, pelo seu exercício profissional, pela sua cultura e pela resolução de problemas físicos. É percebida como a mais antiga das medicinas, sendo uma ciência com base no conhecimento científico, reconhecida socialmente e governamentalmente, com a finalidade de tratar doenças através da percepção dos sintomas com aplicação de tratamentos químicos e cirúrgico.

Em relação às terapias não convencionais, os resultados encontrados demonstram que estas são percebidas como tendo uma origem antiga e oriental, possuem uma base conceptual própria e um modelo holístico, tratando e prevenindo doenças com tratamentos naturais à base de plantas, massagens e manipulação do sistema nervoso.

Os resultados encontrados na percepção das diferenças entre a medicina convencional e as terapias não convencionais evidenciam que o tratamento, o conhecimento, o modelo holístico, o tipo de atendimento, a percepção dos sintomas e os meios de diagnóstico utilizados, são discrepantes entre ambas.

Relativamente à credibilidade, esta é imputada a ambas demonstrando que a complementaridade é desejada pelos participantes do estudo. É importante referir que existe influência do tipo de doença na credibilidade atribuída.

No que concerne às expectativas da medicina convencional, os resultados encontrados evidenciam a complementaridade entre esta medicina e as terapias não convencionais; a humanização dos cuidados e o conhecimento científico para obter resultados eficazes e eficientes.

No entanto, em relação às sugestões apontadas no nosso estudo para a medicina convencional, verificou-se o desenvolvimento do modelo holístico e a humanização dos cuidados e para as terapias não convencionais a comparticipação pelo governo e a legalização das suas práticas. A complementaridade foi sugerida para ambas.

Os resultados encontrados na categoria de utilização de terapias não convencionais demonstraram-nos que a acupunctura, a homeopatia, o reiki e a osteopatia são as terapias mais utilizadas pelos nossos participantes.

Relativamente às razões apontadas para a utilização das terapias não convencionais, os resultados encontrados evidenciam as falhas na medicina convencional, a curiosidade, os tratamentos usados e os resultados alcançados com os mesmos.

Em relação a frequentarem a medicina convencional e as terapias não convencionais em simultâneo os resultados permitem verificar que os nossos participantes tanto as usam individualmente como em complementaridade, quer pelos resultados obtidos quer pelo tipo de doença que sofrem.

No que concerne às doenças que os levam a recorrer à utilização das terapias não convencionais, os resultados demonstram que qualquer doença os leva à sua utilização, sendo mais específicas as doenças mentais, problemas musculares/ósseos e o emagrecimento, alergias, lesões cutâneas, doenças metabólicas e infecções.

Em síntese, tendo em conta os resultados obtidos podemos dizer que o ser humano quando fica doente usa diferentes estratégias para solucionar os seus problemas, recorrendo a recursos terapêuticos existentes na comunidade, escolhas essas, por vezes, ligadas a crenças, valores e até à natureza da própria doença.

Segundo Tesser (2008), a medicina convencional aderiu, actualmente, a um modelo biomecânico que, ao integrar progressivamente os avanços da tecnologia propiciou influências modificadoras na relação entre o médico e o doente. Esta mudança implicou a ocultação do sofrimento por parte do doente proporcionando a ascensão das terapias não convencionais por estas evidenciarem a humanização dos cuidados. A percepção gerada por estas novas experiências incutiu a

necessidade de algumas mudanças, como por exemplo, o desenvolvimento do modelo holístico por parte da medicina convencional.

No discurso dos nossos participantes evidencia-se a utilização racional e prudente das terapias não convencionais, não pondo estes de parte a medicina convencional.

Está emergente a reflexão sobre um novo paradigma na saúde com base na reconstrução da concepção de saúde e doença baseada em fundamentos teóricos não mecanicistas. Não é através da redução ou dos preconceitos instaurados às terapias não convencionais, identificando-as com misticismo e primitivismo, que o fenómeno que estamos a viver sofrerá alterações.

As terapias não convencionais não são nada mais que uma proposta terapêutica que se afasta do modelo científico que gere a medicina convencional, adoptando uma postura holística e naturalística perante a saúde e a doença. Ou seja, as terapias não convencionais apostam na crítica à medicina convencional reduzindo-a a conhecimentos biológicos, ao mecanicismo, à estatística e ao método adoptado sobre o fenómeno da doença. No entanto, existem algumas, embora poucas, terapias não convencionais estudadas cientificamente com metodologias aceites, com características teóricas e técnicas e com eficácia comprovada, o que levou à introdução destas na prática biomédica, como por exemplo, a musicoterapia e a acupunctura (Tesser, 2008).

Não queremos terminar esta dissertação sem efectuarmos uma avaliação global dos resultados, incluindo algumas limitações do estudo realizado e sem apresentarmos algumas sugestões.

Do ponto de vista metodológico constituíram preocupações deste estudo: ao nível dos participantes, procurámos que os dados colhidos alcançassem a saturação; procurámos respeitar os aspectos éticos, através do pedido de autorização às clínicas de terapias não convencionais para a realização da entrevista, explicando a cada participante o objectivo do estudo, solicitando a sua colaboração e evidenciando a confidencialidade dos resultados. Também foram para nós preocupações neste estudo, a adesão dos participantes ao mesmo e a escassez dos estudos realizados nesta área particularmente em Portugal.

Consideramos pontos fortes deste estudo o método de recolha de dados, a entrevista, e a análise de conteúdo efectuada, pois permitiu-nos identificar e conhecer o fenómeno em estudo nos participantes que connosco colaboraram.

No entanto, consideramos que existem no nosso estudo alguns pontos críticos que impõem limitações ao aprofundamento das implicações ou dos resultados encontrados: é um estudo qualitativo, logo é impossível a generalização dos dados; o método de recolha de dados escolhido pode conduzir a atribuição de valores socialmente desejáveis devido à presença do investigador, a análise de dados escolhida proporciona a inferência de valores aceites pelo investigador na análise das respostas dos participantes; e, a nível do estudos encontrados, embora os resultados fossem aproximados na maioria dos casos, os participantes pertenciam a contextos diferentes.

É notório que o nosso estudo dificilmente reflecte uma resposta definitiva ao fenómeno estudado; no entanto, acreditamos que constitui um contributo e um incentivo à continuidade do mesmo. A implementação de um futuro projecto de investigação, com maior número de participantes, englobando diferentes áreas de Portugal e tendo em conta outros factores, irá permitir um conhecimento mais aprofundado deste fenómeno em Portugal.

No que concerne aos contributos teóricos dos resultados encontrados, relativamente à medicina convencional e às terapias não convencionais e em consonância com os objectivos definidos, pensamos que, debates e sessões de esclarecimento, no âmbito desta temática, à sociedade, contribuiriam para que os indivíduos doentes adoptassem e vivenciassem experiências mais responsáveis a nível da sua saúde.

Esperamos que este estudo tenha contribuído para o desenvolvimento do conhecimento no âmbito sociológico e da saúde pública, na área das terapias não convencionais, e que possa vir a ser um ponto de partida para futuras investigações.

**BIBLIOGRAFIA**

- ALBRIGHT, Peter. - **Saúde natural: sintomas e curas, tratamentos naturais como alternativa ou complemento à medicina convencional.** Lisboa: Estampa, 2003.
- ALVES, Nuno; FIGUEIRAS, Maria. - **Adaptação experimental da escala de queixas subjectivas de saúde para a população portuguesa,** <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v6n1/v6n1a06.pdf>> (2005).
- AMADO, João da Silva. - A técnica de análise de conteúdo. Referência. Coimbra. 1ª Série: 5. (2000).
- ASTIN, J. A. - **Why patients use alternative medicine: results of national survey,** <<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/279/19/1548>> (1998).
- BADOU. G. - **Le corps défendu — quand la médecine dépasse les bones.** Paris : Éditions Jean-Claude Lattés, 1994.
- BANNERMAN, R. H. - **Acupuncture: the WHO View,** <<http://www.acupuntura.org/acupuntura.htm>> (1999).
- BARDIN, Laurence. - **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2007. ISBN: 978-972-4411-54-5.
- BARROS, Pedro. - **Estilos de vida e estado de saúde: uma estimativa da função de produção de saúde.** <<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2003.pdf>> (2003).
- BATISTA, Fernando. - **Medicinas Alternativas.** <<http://www.medicosdeportugal.iol.pt>> (2006).
- BEAU, G. - **A medicina chinesa.** Lisboa: Interciência, 1982.

- 
- BERNASCONI, Waldo. - **Como curar-se com as medicinas alternativas**. Lisboa: Estampa, 2000.
  - BOA SAÚDE. - **Ciência Versus Alternativismo – As Fronteiras entre a Medicina Alternativa e a Tradicional**. <<http://boasaude.uol.com.br>> (2000).
  - BOGDAN, R; BIKLEN, S. - **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. ISBN: 972-0-34112-2.
  - CANDEIAS, Conceição. - **A beleza: terapias alternativas**. Lisboa: Estampa, 1999.
  - CARDOSO, Joel. - **Diabetes: causas, sintomas, cuidados, tratamentos naturais, terapias alternativas, modo de vida**. São Paulo: Escala Queluz, 2005.
  - CARDOSO, Joel. - **Dor de cabeça: causas, sintomas, cuidados, tratamentos naturais, terapias alternativas, modo de vida**. São Paulo: Escala Queluz, 2005.
  - CARDOSO, Joel. - **Dor nas costas: causas, sintomas, cuidados, tratamentos naturais, terapias alternativas, modo de vida**. São Paulo: Escala Queluz, 2005.
  - CARDOSO, Joel. - **Hipertensão: causas, sintomas, cuidados, tratamentos naturais, terapias alternativas, modo de vida**. São Paulo: Escala Queluz, 2005.
  - CARDOSO, M. - **História e medicina: a herança arcaica de um paradigma**. <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-004&script=sciarttext&tlng=en>> (1999).
  - CARPENTER, R.; STREUBERT, H. - **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.
  - CARVALHO, Augusto da Silva. - **Contribuição para a história da matéria médica em Portugal**. Lisboa: Imprensa Nacional, 1920.
  - CARVALHO, Augusto da Silva. - **História da medicina portuguesa**. Lisboa: Imprensa Nacional, 1957.

- 
- CENTENO, Sebastião; FARIA, Frazão. - **Breve história da medicina**. Lisboa: Revista Cultura, 1963.
  - CHOY, Pedro. - De agulha em punho sem papas na língua. Saúde naturalmente: a revista dos profissionais da medicina não convencional. Comunicar com letras. Lisboa. Série I: 1. (2001).
  - COLLIÈRE, Marie-Françoise. - **Promover a vida**. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN: 972-757-109-3.
  - COUDERC, Monique. - **Eu venci o meu cancro: história duma cura pela medicina "natural"**. Lisboa: Via Editora, 1979.
  - COURTENAY, Thomas. - **Os melhores remédios caseiros das nossas avós**. Mafra: Rolo e Filhos, 2000.
  - CRUZ, O. - História, Ciências, Saúde . Manguinhos. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro. Vol.6: 3. (2000). ISSN: 0104-5970.
  - DUJANY, Ruggero. - **Manual prático de homeopatia**. Lisboa: Estampa, 1995.
  - ELIAS, Marcia. [et al]. - **Medicina não-convencional: prevalência em pacientes oncológicos**. [http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102008000100023&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102008000100023&script=sci_arttext) (2001).
  - EPSTEIN, J. - **Altered conditions - disease, medicine and storyteller**. Nova York: Routledge, 1995.
  - ESCALA. - **Ervas medicinais & terapias alternativas**. São Paulo: Escala Queluz, 2007.
  - FARINA, Crispim. - **Medicina e doença na História de Portugal**. [S.l.: s.n.], 1973.
  - FERREIRA, Pedro; FERREIRA, Lara. - **A medição de preferências em saúde na população portuguesa**. <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-01-2006.pdf> (2006).
  - FISHER, P. - Complementary Medicine in Europe. British Medical Journal. Londres. Nº 309. (1994).

- 
- FORTIN, M. F. - **O Processo de Investigação: da concepção à realização.** Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-10-X.
  - FOUCAULT, M. - **The order of things: an archaeology of the human sciences.** Nova York: Vintage Books, 1994.
  - FOUCAULT, Michel. - **O Nascimento da clínica.** Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.
  - FOUCAULT, Michel. - **A história da sexualidade.** Lisboa: Relógio d'água, 1994. ISBN: 972-70824-08.
  - FREIDSON, Eliot. - **Professionalism Reborn.** Cambridge: Polity Press, 1994.
  - GIDDENS, A. - **As consequências da modernidade.** Oeiras: Celta Editora, 1995.
  - GODEFROY, Christian. - **A super-saúde: como controlar as defesas naturais do corpo.** Lisboa: Estampa, 1997.
  - GODINHO, José. - Medicinas Alternativas. Saúde naturalmente: a revista dos profissionais da medicina não convencional. Comunicar com letras. Lisboa. Nº1. (2001).
  - GORDON, Richard. - **The alarming history of medicine.** London: Mandarin paperbacks, 1993. ISBN: 0-74-931-60-12.
  - GOYETTE, G.; BOUTIN, G. - **Investigação qualitativa: fundamentos e práticas.** Lisboa: Inst. Piaget, 2001.
  - GUERRA, Francisco. - **Historia de la medicina.** Madrid: Norma, 1999.
  - GUERRA, Miller. - **A medicina em Portugal na Idade Média.** Lisboa: Academia das Ciências de Lisboa, 1986.
  - HAYWAARD, John A. - **Historia de la medicina.** México: Fundo de Cultura Económica, 1988.
  - HUBERMAN, A.; MILES, M. - **Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods.** Newbury Park : Sage Publications, 1984. ISBN 0-8039-2117-9.

- 
- HUNGLER, Bernardette; POLIT, F. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. ISBN: 8-573-071-01-X.
  - HYDÉN, L. C. - **Illness and narrative - Sociology of health & illness**. Dakar: Codesria, 1997.
  - I.P.J. - **A medicina através dos tempos: nomes e factos que fizeram história**. Amadora:IPJ, 1999.
  - JÚNIOR, Maximiano. - **Archivos de historia da medicina portuguesa**. Porto: Lemos & Companhia, 1920.
  - KLEINMAN, A. - **The illness narratives — suffering, healing & the human condition**. Nova York: Basic Book, 1988.
  - KRIPPAHL, Ludwig. - **A origem da medicina moderna**. <<http://mythdreams.blogspot.com/2008/08/medicina-alternativa.html>> (2002).
  - LACQUEUR, T. W. - **A nova história cultural**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
  - LANNOYE, Paul. - **Comissão do Meio ambiente, da saúde pública e da defesa do consumidor, relatório sobre o estatuto das medicinas não convencionais**, Parlamento Europeu, 1997.
  - LARANJEIRA, Ana. [et al]. - **Health in Portugal 2007**. Ministério da Saúde. <[http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads\\_Contrat/Informa%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20Online/Health\\_in\\_Portugal.pdf](http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Informa%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20Online/Health_in_Portugal.pdf)> (2007).
  - LE GOFF, Jacques. - **As doenças têm história**. Mem Martins: Terramar, 1991. ISBN: 972-710-042-2.
  - LEJEUNE. - **As contribuições de Portugal para a história da Medicina**. Lisboa: [s.n.], 1938.
  - LEMOS, M.; MEYRA, João. - **Archivos de historia da medicina portuguesa**. Porto: Lemos & Companhia, 1970.

- 
- LIMA, Joaquim Alberto Pires. - **Epítome de história da medicina portuguesa**. Porto: Portucalense Editora, 1943.
  - LIPOVETSKY, Gilles. - **A Era do Vazio**. Lisboa: Relógio d'água, 1988.
  - LUDKE, M.; André, M. - **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. ISBN 85-12-30370-0.
  - LUZ, Madel. - **Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX**. <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a08.pdf>> (2005).
  - MACEDO, M. M. - **História da medicina portuguesa no século XX**. Lisboa: Clube do Coleccionador dos Correios, 2000.
  - MALTA, José. [et al]. - **Terapias naturais na prática de enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2003. ISBN: 972-8485-32-8.
  - MANZINI, Thaise. [et al]. - **Conhecimento, crença e uso de medicina alternativa e complementar por fonoaudiólogos**. <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/12.pdf>> (2008).
  - MARGOTTA, R. - **História ilustrada da medicina**. Lisboa: Centralivros, 1996. ISBN: 9728138814.
  - MARTINS, André. - **Nouveaux paradigmes et santé**. <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-7331199900010004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-7331199900010004)> (1999).
  - MARTINS, Luísa. - Naturalmente, sem fundamentalismos. Saúde naturalmente: a revista dos profissionais da medicina não convencional. Comunicar com letras Lisboa. Série I: 1. (2001).
  - MATOS, F. - **História da medicina: simpósio internacional**. Lisboa: [s.n.], 1992.
  - MELO, José. - **A medicina e sua história**. Lisboa: Matriz 1989.
  - MENDES, João. - **Terapias complementares e alternativas: utilidade e riscos**. Lisboa: Pró Teste, 2001. ISBN: 9728162359.

- 
- MENEZES, Jorge. - **Investigação qualitativa avançada para enfermagem**. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.
  - MIRA, M. - **História da medicina portuguesa**. Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1948.
  - MORENO, Armando. - **O mundo fascinante da medicina**. Lisboa: [s.n.], 1998.
  - MORRIS, David B. - **Illness and culture in the postmodern age**. Berkeley: University of California Press, 1998.
  - MORSE, J. - **Critical issues in qualitative research methode**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994. ISBN 0-8039-5043-8.
  - MUNDIM, Marcos. - **Tratado de saúde holística**. Lisboa: Estampa, 1997.
  - MUNHALL, Patrícia; BOYD, Carolyn. - **Nursing Research: a qualitative perspective**. New York: National League for Nursing Press, 1993. ISBN: 0-88737-590-1.
  - NAGAI, Silvana. - **Medicina complementar e alternativa na rede básica de serviços de saúde: uma aproximação qualitativa**. <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2925](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2925)> (2008).
  - NETO, Carvalho. - **Nova Era medicina alternativa a perspectiva correcta. As causas da doença**. Lisboa, 2000. Nº 9. ISSN 0874/6184.
  - NOGUEIRA, Maria Inês. – **A orientalização do Ocidente como superfície de emergência de novos paradigmas em saúde**. <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702007000300009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300009)> (2007).
  - NUNES, B. [et al]. - **Therapeutic itineraries in rural and urban áreas: a portuguese study**. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16489853>> (2005).
  - NUNES, João Ribeiro. - **Medicina popular: tratamento pelas plantas medicinais**. Porto: Litexa, 1999.

- 
- PALINKAS, Lawrence. - **The use of complementary and alternative medicine by primary care patients: a surfnet study.** <[http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0689/is\\_12\\_49/ai\\_68913020/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0689/is_12_49/ai_68913020/)> (2000).
  - PARKER, Steve. - **História da medicina.** Lisboa: Estampa, 1995.
  - PEGADO, Elsa. - **As medicinas complementares em Portugal: processo de constituição e legitimação de um campo.** Lisboa: [s.n.], 1998.
  - PEREIRA, A. [et al.]. - **Complementary and alternative medicines: use and users in Portugal.** <[http://jech.bmj.com/cgi/pdf\\_extract/47/5/412](http://jech.bmj.com/cgi/pdf_extract/47/5/412)> (2004).
  - PEREIRA, Mário. - **História da medicina contemporânea.** 3ª ed. Lisboa: Soc. De Expansão Cultural, 1963.
  - PEREIRA, Ruy. - **Terapias alternativas.** São Paulo: Massamá, 2005.
  - PINA, Luís. - **História Geral da medicina.** Porto: Li Simões Lopes, 1984.
  - PINA, Luís. - **A Igreja na história da medicina portuguesa.** Lisboa: [s.n.], 1986.
  - PISCO, Paulo. - Quem está a tratar da saúde das medicinas não convencionais? Saúde naturalmente: a revista dos profissionais da medicina não convencional. Comunicar com letras. Lisboa. Série I: 1. (2001).
  - PITA, J. R. - **Farmácia, medicina e saúde pública em Portugal.** Coimbra: Minerva, 1996.
  - PITMAN, Vicki. - **Fitoterapia: as plantas medicinais e a saúde.** Lisboa: Estampa, 1996.
  - PORTER, R. - **The greatest benefit of mankind — a medical history of humanity.** Londres: Northon & Company, 1997.
  - PRÓ-TESTE. - Terapias paralelas: porque não?!... Pró-teste. Lisboa. Nº 118. (1992).
  - QUARESMA, Leonor. - **Mistérios: mensário de ciências ocultas, parapsicologia, religião, medicinas alternativas.** Almada: MLQA, 1995. Nº 22.

- 
- QUEIRÓS, Belarmina; ALBUQUERQUE, Ana. - **De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem.** Coimbra: Quarteto, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
  - QUEIROZ, Marcos. - **O itinerário rumo às medicinas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde.** <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200007&lng=en&nrm=iso)> (2000).
  - REUNIÃO INTERNACIONAL DE HISTÓRIA DA MEDICINA. - **Actas da reunião internacional de história da medicina.** Lisboa: [s.n.], 2001.
  - RIERA, Juan. - **Historia, medicina y sociedad.** Madrid: Pirâmide, 1985.
  - ROTH, Marilyn. [et al]. - **The use of complementary and alternative medicine among Chinese Canadians: results from a national survey.** <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18386179>> (2008).
  - RUFFIE, J. - **De la biologie à la culture.** Paris: Flamarion, 1983.
  - RUFFIE, J. - **La naissance de la médecine prédictive.** Paris : Éditions Odile Jacob, 1993.
  - RUQUOY, Danielle. - **Situação de entrevista e estratégia do investigador.** Lisboa: Gradiva, 1997. ISBN: 972-6662-554-8.
  - SANTOS, Faustino. - **2º Congresso de Medicinas Alternativas e Populares do Ribatejo.** Alpiarça: Garrido – Artes Gráficas, 2000.
  - SANTOS, Rui. - **O cuidar ecológico na história da medicina.** Évora: [s.n.], 2004.
  - SERRES, M. - **Elementos para uma história das ciências.** Lisboa: Terramar, 1995. ISBN: 972-710-124-0.
  - SHARMA, Úrsula - **Complementary Medicine Today: Practioners and Patients.** 1º ed. Londres: Routledge, 1992.
  - SHEALY, Norman. - **Guia familiar completo de medicinas alternativas: uma enciclopédia ilustrada de curas naturais.** Porto: Lello, 1998.

- 
- SHEPHERD, William. [et al]. - **Use of alternative medicine by patients in a rural clinic in family practice.** <<http://www.stfm.org/fmhub/fm2002/mar02/cram2.pdf>> (2002).
  - SHIATSU SOCIETY. - <<http://www.shiatsusociety.org/public/index.shtml>> (2006).
  - SILVA, Pedro [et al]. - **Análise Social.** <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aso/n174/n174a14.pdf>> (2002).
  - SOCIEDADE DA HISTÓRIA DA MEDICINA PORTUGUESA. - **Boletim informativo.** Lisboa: S.H.M.P, 1993.
  - SOURNIA, Jean. - **História da medicina.** - Lisboa: Inst. Piaget, 1995.
  - SOUSA, A. Tavares. - **Curso de História da Medicina: das origens aos fins do século XVI.** Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1981.
  - SOUSA, Mário. - **Medicinas complementares e o seu desenvolvimento no contexto económico e social: importância do enquadramento destas medicinas no Serviço Nacional de Saúde Português.** Lisboa: Instituto de técnicas de Saúde, 1998.
  - STRAUSS, A.; CORBIN, J. - **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory.** Thousand Oaks: Sage Publications, 1998. ISBN: 0-803-95-940-0.
  - TAVARES, Manuela. - O que diz o bloco de Esquerda. Saúde naturalmente: a revista dos profissionais da medicina não convencional. Comunicar com letras Lisboa. Série I: 1. (2001).
  - TEIXEIRA, Elisabeth. - **As três metodologias académicas da ciência e da pesquisa.** 4ªed. Belém: Urama, 2001.
  - TEIXEIRA, José. - **A revista ocultíssimo e medicinas alternativas.** Lisboa: M. L. Bragança, 2006. Nº3.
  - TEIXEIRA, M. L. - **Comunicabilidades da Medicina convencional e alternativa.** Porto: [s.n.], 2003.

- 
- TESSER, Charles; BARROS, Nelson. - **Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do sistema único de saúde.** <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S04-89102008000500018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S04-89102008000500018&script=sci_arttext)> (2008).
  - THORWALD, J. - **O segredo dos médicos antigos.** São Paulo: Melhoramentos, 1990.
  - TINDLE, H. A. [et al]. - **Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002.** <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15712765>> (2002).
  - TROVO, Mónica. [et al]. - **Terapias alternativas/ complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos académicos de enfermagem.** <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S014-169200300040001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S014-169200300040001&script=sci_arttext)> (2003).
  - TUBIANA, M. - **História da medicina e do pensamento médico.** Lisboa: Teorema, 2000.
  - VENÂNCIO, Silvana. - **Pesquisa qualitativa na modalidade da análise do fenómeno situado.** Almada: Instituto Piaget, 2000.
  - VENNELS, David. - **Reiki para principiantes.** Lisboa: Estampa, 2000.
  - VENTURA, Carlos. - **Manual completo de medicina natural.** Lisboa: Estampa, 1993.
  - VENTURA, Carlos. - **Saúde ao natural – de 1974 a 2000.** <<http://www.netpub.pt/escnh/SAUNAT.html>> (1998).
  - WALKER, Kenneth. - **História da medicina.** Lisboa: Empresa Nacional de Publicidade, 1985.
  - WANG, B. - **Princípios de Medicina Interna do Imperador Amarelo.** São Paulo: Ícone, 2001.
  - WARENTER, Stiftung. - **Terapias complementares e alternativas.** 1ª ed. Lisboa: Pró-teste, 2001. ISBN 972-8162-35-9.

- WESTPHAL, Márcia F. – **Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade.** <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100007&script=sci_arttext)> (1999).
- WHORTON, James C. - **The History of Complementary Medicine.** <<http://www.h-net.org/announce/show.cgi?ID=136329>> (2003).
- WONG, Cathy. - **Alternative medicine guide.** <<http://altmedicine.about.com/od/massage/a/shiatsu.htm>> (2000).
- XAVIER, Beatriz O. – **Terapias alternativas e sociedade moderna: Popularidade e consumo de medicinas não convencionais.** <<http://www.esenfc.pt/rr/admin/conteudos/downloadArtigo.php?...>> (2001).

## ANEXOS

Anexo I  
Instrumento de colheita de dados.

## GUIÃO DA ENTREVISTA

Idade:

Sexo:

Nível de escolaridade:

Profissão:

Situação conjugal:

OBJECTIVOS	QUESTÃO DO ESTUDO	QUESTÕES GLOBAIS
<p><b>A</b></p> <p>- Conhecer a percepção dos doentes em relação à medicina convencional e terapias não convencionais.</p>	<p><b>A</b></p> <p>- Qual a percepção dos doentes sobre a medicina convencional e as terapias não convencionais?</p>	<p><b>A</b></p> <p>- Para si o que é medicina convencional?</p> <p>- Para si o que são medicinas complementares/ alternativas (terapias não convencionais)?</p> <p>-Quais as diferenças, para si, entre as medicinas complementares/ alternativas (terapias não convencionais) e a medicina convencional?</p> <p>-Qual a mais credível para si? Porquê?</p> <p>- O que espera da medicina convencional?</p> <p>- O que mudava em cada uma delas?</p>
<p><b>B</b></p> <p>- Identificar os factores que influenciam a escolha das terapias não convencionais.</p>	<p><b>B</b></p> <p>- Quais os factores que influenciam a escolha das terapias não convencionais?</p>	<p><b>B</b></p> <p>- Quais as medicinas complementares/ alternativas (terapias não convencionais) a que já recorreu?</p> <p>- Porque é que recorreu a esses tratamentos?</p> <p>- Frequentou ao mesmo tempo ambas? Porquê?</p>
<p><b>C</b></p> <p>- Identificar as doenças associadas à procura das terapias não convencionais.</p>	<p><b>C</b></p> <p>-Quais as doenças associadas à procura das terapias não convencionais?</p>	<p><b>C</b></p> <p>- Que outro tipo de doenças é que o levariam a recorrer a medicinas complementares/ alternativas (terapias não convencionais)?</p>

## Anexo II

Pedidos de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados.

# Hotmail

New Delete Mark as Move to

Available Options

ribeiro\_rita@hotmail...

Reply Reply all Forward

- Inbox
- Junk (12)
- Drafts (1)
- Sent
- Deleted (21)
- Manage folders
- Related places
- Today
- Contact list
- Calendar
- scam alert!
- Privacy >

## Estudo de Investigação

From: Rita Ribeiro (ribeiro\_rita@hotmail.com)  
Sent: Monday, February 16, 2009 2:56:58 PM  
To: mail@espacodivinos.com

Boa tarde, sou Rita Ribeiro e encontro-me a frequentar o Mestrado de Saúde Pública na Faculdade de Medicina em Coimbra.

Na sequência de obter o grau de mestre propus á faculdade realizar um estudo cujo tema é " A escolha entre as Medicinas Complementares e Medicina Convencional: uma análise sociológica das motivações e preferências dos utentes" e para qual elaborei um projecto de investigação, o qual envio em anexo, assim como um guião de entrevista para realizar a utentes frequentadores de algumas Clínicas de Medicinas Alternativas, o qual também envio em anexo.

Em conversa com Sr. Professor Dr. Jacques Houart do Departamento de Antropologia em Coimbra e da Dra. Maria José Lino aconselharam-me esta clínica afim de realizar meu estudo. Venho então por este meio saber a sua disponibilidade para realização deste estudo.

Desde já agradeço a sua atenção Rita Ribeiro.

Connect to the next generation of MSN Messenger [Get it now!](#)

Clica aqui!

**GANHA**  
UMAS  
**FÉRIAS**  
EM  
**IBIZA**



Windows Live Hotmail - Windows Internet Explorer

http://mail.live.com/default.aspx?rru=inbox&wa=wsignin1.0

Links Customize Links Free Hotmail Windows Windows Marketplace Windows Media

Windows Live Hotmail Home Feeds (1) Print Page Tools

---

**De:** Rita Ribeiro [mailto:ribeiro\_rita@hotmail.com]  
**Enviada em:** quarta-feira, 25 de Fevereiro de 2009 11:57  
**Para:** info@spasozen.com  
**Assunto:** estudo de investigação

Boa tarde, sou Rita Ribeiro e encontro-me a frequentar o Mestrado de Saúde Pública na Faculdade de Medicina em Coimbra. Na sequência de obter o grau de mestre propus á faculdade realizar um estudo cujo tema é " A escolha entre as Medicinas Complementares e Medicina Convencional: uma análise sociológica das motivações e preferências dos utentes" e para qual elaborei um projecto de investigação, o qual envio em anexo, assim como um guião de entrevista para realizar a utentes frequentadores de algumas Clínicas de Medicinas Alternativas, o qual também envio em anexo. Venho então por este meio saber a sua disponibilidade para realização deste estudo. Desde já agradeço a sua atenção Rita Ribeiro.

Information from ESET NOD32 Antivirus, version of virus signature database 3853 (20090214)

The message was checked by ESET NOD32 Antivirus.

<http://www.eset.com>

---

What can you do with the new Windows Live? [Find out](#)

Done

Internet 100%

Iniciar O meu com... Minha Ciência & S... http://www... Windows Li... Parte prác... mail de entr... mail espaço ... 12:00

Anexo III  
Instrumento de colheita de dados aplicado.



Anexo V

Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “*Para si o que é medicina convencional?*”.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUBSUBCATEGORIA	UNIDADE DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)
Percepção da medicina convencional	Conhecimento Científico		“( ... ) baseia-se na investigação ( ... )”E <sub>1</sub>	1	5
			“( ... ) usa métodos científicos ( ... )”E <sub>6</sub>	1	
			“( ... ) com base em estudos científicos( ... )”E <sub>8</sub>	1	
			“( ... ) realização de estudos ( ... )”E <sub>13</sub>	1	
			“( ... ) grande conhecimento ( ... )”E <sub>19</sub>	1	
	Sintomas		“( ... ) sintomas referidos pelo doente ( ... )”E <sub>1</sub>	1	7
			“( ... ) tratamento de sintomas( ... )”E <sub>3</sub>	1	
			“( ... ) olhar os problemas isoladamente.” E <sub>9</sub>	1	
			“( ... ) tenta tratar os sintomas( ... ) não vai á causa da doença.” E <sub>10</sub>	1	
			“( ... ) prática baseada na evidência.” E <sub>11</sub>	1	
			“( ... ) é o resolver da situação real.” E <sub>12</sub>	1	
			“( ... ) sintomas apresentados ( ... )”E <sub>20</sub>	1	
Tratamento			Químico	“( ... ) tratamento através de medicamentos químicos( ... )”E <sub>1</sub>	
		“( ... ) trata através de remédios ( ... )”E <sub>4</sub>	1		
		“( ... ) uso de químicos.” E <sub>5</sub>	1		
		“( ... ) e medicamentos.” E <sub>6</sub>	1		
		“( ... ) ao uso de fármacos( ... )”E <sub>9</sub>	1		
		“( ... ) trata muito a nível químico.” E <sub>19</sub>	1		
		“( ... ) através de medicamentos.” E <sub>20</sub>	1		
	Cirúrgico	“( ... ) e cirurgias.” E <sub>4</sub>	1		
Reconhecimento		“( ... ) aceites e reconhecidas pela ordem dos médicos( ... )”E <sub>2</sub>	1	2	
		“Aceite pela ordem dos médicos ( ... )”E <sub>3</sub>	1		
Costumes		“( ... ) é a tradicional ( ... )”E <sub>7</sub>	1	1	
Conceito	Função	“( ... ) um meio de diagnóstico ( ... )”E <sub>12</sub>	1	8	
		“( ... ) meios de diagnóstico.” E <sub>14</sub>	1		
	Corpo	“( ... ) problemas de saúde física ( ... )”E <sub>15</sub>	1		
	Cultural	“( ... ) um mal que temos de aceitar ( ... )”E <sub>17</sub>	1		
	Ensino	“( ... ) leccionada nas Faculdades ( ... )”E <sub>16</sub>	2		
		E <sub>20</sub>	1		
	Exercício profissional	“( ... ) praticada nos hospitais.” E <sub>20</sub>	1		
Finalidade		“( ... ) tratamento de doenças ( ... )” E <sub>14</sub>	1	1	

#### Anexo V

Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “*Para si o que são medicinas complementares/ alternativas (terapias não convencionais)?*”.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUBSUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)	
Percepção das terapias não convencionais	Costumes		“(…) muito antiga (…)”E <sub>1</sub>	1	4	
			“são (…)	2		
			“são (…)	1		
	Sintomas		“(…) responder aos sintomas (…)”E <sub>1</sub>	1	1	
	Tratamento	Massagens		“(…) esquemas de massagens (…)”E <sub>1</sub>	1	11
				“(…) massagens,(…)” E <sub>4</sub>	1	
		Sistema Nervoso		“(…) manipulação do sistema nervoso do doente (…)”E <sub>1</sub>	1	
		Plantas		“(…) á base de plantas (…)”E <sub>1</sub>	1	
	“(…) ervas (…)”E <sub>4</sub>			1		
	Natural			“(…) medicamentos não químicos(…)”E <sub>1</sub>	1	
“(…) de meios naturais, adoptando remédios homeopatas (…)”E <sub>4</sub>				1		
“são (…)				2		
“(…) tratamento natural de doenças (…)”E <sub>13</sub> E <sub>14</sub>				2		
Conceito			“(…) não estão abrangidas pela definição de medicina convencional.” E <sub>2</sub>	1	8	
			“(…) usam métodos não convencionais (…)”E <sub>6</sub>	1		
			“(…) completam a medicina convencional (…)”E <sub>7</sub>	1		
			“Formas de tratamento (…)	1		
			“São as não tradicionais (…)”E <sub>9</sub>	1		
			“(…) alternativa (…)”E <sub>15</sub>	1		
			“(…) preencher algumas lacunas que existam na medicina convencional.” E <sub>16</sub>	1		
“(…) complementar às ocidentais.” E <sub>17</sub>	1					
Modelo Holístico			“(…) medicinas holísticas.”E <sub>3</sub> E <sub>11</sub>	2	7	
			“(…) visão mais abrangente do ser humano na sua integra.” E <sub>5</sub>	1		
			“(…) olham o indivíduo como um todo (…)”E <sub>9</sub>	1		
			“(…) doente é visto como um todo (…)” E <sub>10</sub>	1		
			“Trata ou procura tratar o ser humano na integridade.” E <sub>19</sub>	1		
			“(…) corpo como um todo (…)”E <sub>20</sub>	1		
Origem			“(…) origem oriental (…)”E <sub>9</sub>	1	3	
			“(…) medicina chinesa.” E <sub>18</sub>	1		
			“(…) praticadas no oriente.” E <sub>20</sub>	1		
Finalidade			“(…) prevenção (…)”E <sub>13</sub> E <sub>14</sub>	2	2	

## Anexo VI

Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, *“Quais as diferenças, para si, entre as medicinas complementares/ alternativas (terapias não convencionais) e a medicina convencional?”*.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUBSUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)
Diferenças entre terapias não convencionais e medicina convencional	Tratamento	Químico	“(…) nos tratamentos.” E <sub>1</sub>	1	10
			“ A medicina convencional usa recursos químicos (… ) a outra usa recursos naturais.” E <sub>5</sub>	1	
			“ (… ) tratamento através de produtos naturais e a segunda mais a nível de químicos (… )” E <sub>8</sub>	1	
		Natural	“ (… ) medicinas complementares/alternativas utilizam tratamentos menos agressivos.” E <sub>16</sub>	1	
			“(…) tratamento são mais suaves.” E <sub>17</sub>	1	
			“(…) medicamentos (… )” E <sub>3</sub>	1	
		Cirúrgico	“(…) medicina alternativa (… ) evitamos de usar remédios que agridem (… )” E <sub>4</sub>	1	
			“(…) convencional é á base de medicamentos com químicos (… ) complementares ou alternativas (… ) produtos naturais.” E <sub>7</sub>	1	
			“(…) origem da medicação (… )” E <sub>9</sub>	1	
	Conhecimento Científico		“(…) cirurgias desnecessárias (… )” E <sub>4</sub>	1	
			“A medicina convencional (… ) base científica.” E <sub>5</sub>	1	
			“(…) convencional fazem-se estudos para descobrir doenças.” E <sub>12</sub>	1	
“(…) convencional fazem-se estudos (… )” E <sub>13</sub>			1		
Estratégias	Observação	“(…) quadro filosófico e científico (… )” E <sub>18</sub>	1		
		“(…) métodos de observação (… )” E <sub>1</sub>	1		
Modelo Holístico		“(…) são (… ) holísticas (… )” E <sub>2</sub>	1		
		“(…) trata o doente no seu todo (… )” E <sub>3</sub>	1		
		“(…)convencional (… ) ser humano(… ) composta por peças. A alternativa (… ) ser humano (… ) ser integral, espiritual e físico.” E <sub>19</sub>	1		
Meio de Diagnóstico		“(…) diagnóstico (… ) através (… )sangue, íris, pulsos, visualização, facial, boca, (… )” E <sub>10</sub>	1	1	
Sintomas		“(…) convencional (… )tratam sintomas (… )” E <sub>3</sub>	1		
		“(…) convencional (… ) pode curar um sintoma (… )” E <sub>6</sub>	1		
		“Actua “desligando” os sinais e sintomas(… )” E <sub>11</sub>	1		
		“(…) complementar/alternativas tenta-se curar (… )” E <sub>12</sub>	1		
		“(…) medicina alternativa curam-se doenças (… )” E <sub>13</sub>	1		
Atendimento	Rapidez	“(…) com mais rapidez (… )” E <sub>6</sub>	1		
	Eficácia	“ A medicina convencional (… ), com mais (… ) eficácia.” E <sub>6</sub>	1		
		“(…) tipo de atendimento (… )” E <sub>9</sub>	1		
		“(…) complementar não só vê doente com paz, amor e tranquilidade (… )” E <sub>10</sub>	1		
	Esclarecimento	“(…) complementares/alternativas encontro um caminho mais tranquilo (… )” E <sub>15</sub>	1		
		“(…) o tipo de (… ) esclarecimento.” E <sub>9</sub>	1		



## Anexo VII

Grelhas de análise de conteúdos expressos pelos participantes nas perguntas, “*Qual a mais credível para si? Porquê?*”.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)
Credibilidade	Terapias não convencionais	“Respondo com duas experiências pessoais em familiares muito próximos, (...) a medicina complementar (...)”E <sub>1</sub> “A quiroprática (...)”E <sub>4</sub> “A medicina alternativa (...)”E <sub>6</sub> E <sub>12</sub> E <sub>13</sub> “A medicina complementar ou alternativa (...)”E <sub>7</sub>	1 1 3 1	6
	Medicina Convencional	“A medicina convencional (...)”E <sub>5</sub> “Tradicional.” E <sub>10</sub>	1 1	2
	Ambas	“São todas necessárias.” E <sub>2</sub> E <sub>3</sub> “Ambas são necessárias.” E <sub>8</sub> “Ambas são válidas (...)”E <sub>9</sub> “Ambas (...) são credíveis (...)”E <sub>11</sub> E <sub>16</sub> E <sub>20</sub> “(...) se devem complementar.” E <sub>19</sub> “As duas.” E <sub>15</sub> “São ambas.” E <sub>17</sub> E <sub>18</sub>	2 1 1 3 1 1 2	11

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUBSUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)
Justificação da credibilidade	Medicina convencional	Conhecimento científico	“ (...) fundamenta em base científica.” E <sub>5</sub>	1	1
	Terapias não convencionais	Resultados	“ (...) a medicina complementar solucionou um problema grave após várias tentativas com medicina convencional; a medicina convencional não teve resposta para um problema grave.” E <sub>1</sub>	1	5
			“ (...) resultados fantásticos.” E <sub>4</sub>	1	
		Filosofia	“ (...) visão mais holística do ser humano e por ser menos ofensiva.” E <sub>6</sub>	1	
	Tratamento	“ (...) ter que tomar medicação não são á base de químicos mas sim á base de coisas naturais.” E <sub>7</sub>	1		
		“ Por experiência própria (...)” E <sub>12</sub>	1		
	Ambas	Complementaridade	“A medicina convencional tem muito que aprender com a alternativa. A alternativa pode aprender com a metodologia.” E <sub>19</sub>	1	4
			“ (...) diferentes situações/gravidade, ou de forma complementar (...)” E <sub>20</sub>	1	
Doença		“É lógico que se estivermos numa situação de emergência iremos preferir uma actuação mais convencional. No entanto verifica-se que em situações crónicas e outras não explicáveis nos moldes científicos é necessária a intervenção de medicinas alternativas com eficácia comprovada há mais de 2 mil anos de existência.” E <sub>11</sub>	1		
	“Depende da situação e da fase na vida em que me encontro (...)” E <sub>15</sub>	1			

### Anexo VIII

Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “*O que espera da medicina convencional?*”.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)
Expectativa sobre medicina convencional	Complementaridade de	“(…) abra portas á medicina complementar.” E <sub>1</sub>	1	5
		“(…) a par com as complementares/alternativas.” E <sub>8</sub>	1	
		“(…) fundissem a sua actuação (…).” E <sub>11</sub>	1	
		“(…) colaboração com as alternativas.” E <sub>16</sub>	1	
Expectativa sobre medicina convencional	Conhecimento científico	“(…) desenvolva (…).” E <sub>1</sub>	1	4
		“Que altere alguns paradigmas (…).” E <sub>6</sub>	1	
		“(…) melhore (…) e que descubra (…).” E <sub>7</sub>	1	
		“Diagnósticos objectivos baseados em exames científicos. Tratamentos em casos mais graves (…).” E <sub>20</sub>	1	
Expectativa sobre medicina convencional	Humanização	“(…) sensibilidade (…).” E <sub>5</sub>	1	8
		“(…) humanize (…).” E <sub>6</sub>	1	
		“(…) atenção, mais disponibilidade (…).” E <sub>9</sub>	1	
		“(…) para os doentes e humanização (…).” E <sub>10</sub>	1	
		“Atendimento mais humano e maior disponibilidade (…).” E <sub>12</sub>	1	
		“(…) Melhorar o seu atendimento com os pacientes (…).” E <sub>13</sub>	1	
		“(…) evitar as listas de espera.” E <sub>13</sub>	1	
“Cura e aprendizagem a compreender o ser humano.” E <sub>19</sub>	1			
Resultados		“(…) solução de casos agudos(…).” E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	2	2

Anexo IX

Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “*O que mudava em cada uma delas?*”.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUBSUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)
Sugestões	Medicina Convencional	Humanização	“(…) escolha dos médicos (…)”E <sub>6</sub> “(…) médicos (…)	1	6
			para ver e tratar os doentes com dignidade (…)”E <sub>10</sub> “Atendimento mais humano (…)”E <sub>12</sub> “(…) mudava abordagem “eu sei tudo” dos médicos e ensinava-os a ouvir mais e receitar menos.” E <sub>18</sub>	1 1 1	
		Modelo holístico	“A medicina convencional vê o ser humano (…)	1	6
			composta por peças. A alternativa vê o ser humano como ser integral, espiritual e físico” E <sub>19</sub> “(…) corpo como um todo.” E <sub>20</sub>	1	
	Terapias não convencionais	Comparticipação	“(…) acessíveis(…) participação (…)	1	6
			”E <sub>1</sub> “(…) participada (…)”E <sub>10</sub>	1	
	Legalização	“Na medicina alternativa (…)	1	6	
		certificação dos terapeuta (…)	1		
		constituição de uma ordem.” E <sub>6</sub> “(…) legalização por parte do governo.” E <sub>12</sub> “(…) reconhecida e legalizada (…)”E <sub>13</sub> “(…) aceites.” E <sub>20</sub>	1 1 1 1		
Ambas	Complementaridade	“(…) colaboração entre ambas.”E <sub>1</sub> “A convencional devia respeitar (…)	1	11	
		outras (…)”E <sub>2</sub> “(…) aproximação de ambas (…)”E <sub>3</sub> “(…) trabalhando a par (…)”E <sub>8</sub> “(…) colocava-as em simultâneo (…)”E <sub>9</sub> “(…) equilíbrio entre ambas (…)”E <sub>11</sub> “(…) aproximação das duas (…)”E <sub>13</sub> E <sub>14</sub> “Aproximava-as (…)”E <sub>15</sub> “(…) que se unissem.” E <sub>16</sub> “(…) aceitar-se mutuamente.” E <sub>17</sub>	1 1 1 1 1 2 1 1 1		

Anexo X

Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “*Quais as medicinas complementares/ alternativas (terapias não convencionais) a que já recorreu?*”.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	SUBSUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)
Terapias não convencionais frequentadas	Terapias culturais	Acupunctura	“ Acupunctura.”E <sub>2</sub> E <sub>3</sub> E <sub>4</sub> E <sub>9</sub> E <sub>13</sub> E <sub>14</sub> E <sub>17</sub> E <sub>18</sub>	8	14
		Jin shi jyutsu	“ (...) jim shi (...)”E <sub>2</sub>	1	
		Shiatsu	“ (...) shiatsu.” E <sub>2</sub> E <sub>9</sub> E <sub>20</sub>	3	
		Medicina tradicional chinesa	“ Medicina tradicional chinesa (...)”E <sub>8</sub> “ (...) medicina chinesa (...)”E <sub>18</sub>	1 1	
	Terapias naturalistas clássicas	Quiroprática	“ (...) quiroprática.” E <sub>4</sub>	1	15
		Fitoterapia	“ (...) fitoterapia (...)”E <sub>6</sub>	1	
		Osteopatia	“ (...) osteopatia(...)” E <sub>2</sub> E <sub>5</sub> E <sub>7</sub> E <sub>9</sub> E <sub>12</sub> E <sub>13</sub>	6	
		Massagens	“ (...) massagens (...)”E <sub>8</sub> E <sub>13</sub>	2	
		Pressoterapia	“ (...) pressoterapia (...)”E <sub>13</sub>	1	
		Terapia quântica	“ (...) terapia quântica.”E <sub>18</sub> “ (...) cura quântica (...)”E <sub>19</sub>	1 1	
	Naturopatia	“ (...) naturopatia (...)”E <sub>2</sub> E <sub>3</sub>	2		
	Métodos de diagnóstico não convencionais	Iridologia	“ Iridologia (...)”E <sub>1</sub>	1	1
	Terapias alternativas/não convencionais	Homeopatia	“ (...) homeopatia.”E <sub>1</sub> E <sub>2</sub> E <sub>3</sub> E <sub>4</sub> E <sub>9</sub> E <sub>12</sub> E <sub>13</sub> E <sub>19</sub> E <sub>20</sub>	9	19
			“ (...) medicina homeopática (...)”E <sub>11</sub>	1	
		Reiki	“ (...) reiki(...)”E <sub>2</sub> E <sub>3</sub> E <sub>5</sub> E <sub>8</sub> E <sub>15</sub> E <sub>19</sub> E <sub>20</sub>	7	
		Florais de bach	“ (...) florais de bach.”E <sub>6</sub>	1	
Reflexologia	“ (...) reflexologia(...)”E <sub>2</sub>	1			

Anexo XI

Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, *“Porque é que recorreu a esses tratamentos?”*.



Anexo XII

Grelhas de análise de conteúdos expressos pelos participantes nas perguntas,  
*“Frequentou ao mesmo tempo ambas? Porquê?”.*

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)
Frequência simultânea	Ambas	<p>“ Sim.” E<sub>2</sub> E<sub>3</sub> E<sub>10</sub> E<sub>12</sub> E<sub>14</sub> E<sub>18</sub> E<sub>19</sub> E<sub>20</sub></p> <p>“ Nas fases de crise sim.” E<sub>4</sub></p> <p>“ (...) para solucionar problemas infecciosos os medicamentos são mais eficazes e para equilibrar os estados ansiosos e de sistema nervoso as complementares são mais eficazes.” E<sub>6</sub></p>	8 1 1	10
	Individual	<p>“ Não simultaneamente.” E<sub>1</sub></p> <p>“ Não.” E<sub>5</sub> E<sub>7</sub> E<sub>8</sub> E<sub>9</sub> E<sub>13</sub> E<sub>15</sub> E<sub>17</sub></p> <p>“ Neste momento apenas uso a medicina convencional, em caso de emergência médica onde existe benefício ao controlar os sintomas e actuar segundo protocolos científico estabelecidos.” E<sub>11</sub></p>	1 7 1	9

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)
Razões da frequência simultânea	Doença	<p>“Porque preciso do dentista e do ginecologista. Neste tipo de problemas procuro as duas medicinas.” E<sub>2</sub></p> <p>“ (...) ginecologia. Porque tive um tumor e frequentei ambas.” E<sub>3</sub></p> <p>“Nas fases de crise sim (...)” E<sub>4</sub></p> <p>“ Em fase de mudança.” E<sub>18</sub></p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	4
	Complementaridade	<p>“ (...) porque considero que se complementam.” E<sub>14</sub></p> <p>“ (...) penso que são complementares.” E<sub>20</sub></p>	<p>1</p> <p>1</p>	2
	Resultados	<p>“ (...) que actuassem com mais rapidez.” E<sub>4</sub></p> <p>“ (...) para solucionar problemas infecciosos os medicamentos são mais eficazes e para equilibrar os estados ansiosos e de sistema nervoso as complementares são mais eficazes.” E<sub>6</sub></p> <p>“Só fui para a Medicina Tradicional, porque não resolve a minha doença na Medicina Convencional.” E<sub>10</sub></p> <p>“ (...) porque precisei de radiografias e depois do tratamento adequado para a doença.” E<sub>12</sub></p> <p>“ (...) alternativa em certas coisas foi mais eficaz.” E<sub>19</sub></p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p>	5

### Anexo XIII

Grelha de análise de conteúdo expresso pelos participantes na pergunta, “*Que outro tipo de doenças é que o levariam a recorrer a medicinas complementares/ alternativas (terapias não convencionais)?*”.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (UE)	UNIDADES DE ENUMERAÇÃO (SC)
Tipo de doenças	Doença mental	“ Foro psicológico.” E <sub>1</sub>	1	3
		“ Tensão nervosa.” E <sub>5</sub>	1	
		“ Depressão, insónia, ansiedade (...)” E <sub>6</sub>	1	
	Universalidade	“ Todas.” E <sub>3</sub> E <sub>9</sub> E <sub>10</sub> E <sub>13</sub> E <sub>18</sub> E <sub>19</sub>	6	10
		“ (...) Qualquer doença em que a medicina convencional não me convença (...)” E <sub>2</sub>	1	
		“ Todas as doenças (...)” E <sub>12</sub>	1	
		“ Todo o tipo de doenças.” E <sub>14</sub>	1	
		“ Qualquer tipo.” E <sub>20</sub>	1	
	Emagrecimento	“ (...) perda de peso.” E <sub>5</sub> E <sub>7</sub>	2	3
“ (...) obesidade.” E <sub>11</sub>		1		
Problemas musculares/ósseos	“ (...) tensão muscular (...)” E <sub>6</sub>	1	3	
	“ (...) cervicalgias, (...) lombalgias (...)” E <sub>11</sub>	1		
	“ Problemas musculares e ósseos.” E <sub>17</sub>	1		
Alergias	“ Alergias (...)” E <sub>7</sub> E <sub>11</sub>	2	2	
Lesões cutâneas	“ (...) psoríase (...)” E <sub>11</sub>	1	1	
Doenças metabólicas	“ (...) diabetes (...)” E <sub>11</sub>	1	1	
Infecções	“ Gripe (...)” E <sub>11</sub>	1	1	