

**O Recurso às Medicinas Complementares e Alternativas:
padrões sociais e trajetórias terapêuticas**

Elsa Pegado

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de
Doutor em Sociologia

Orientador:

Doutor António Firmino da Costa, Professor Catedrático
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Março, 2017

**O Recurso às Medicinas Complementares e Alternativas:
padrões sociais e trajetórias terapêuticas**

Elsa Pegado

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Sociologia

Júri

Doutor Alan David Stoleroff, Professor Associado do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa (Presidente)

Doutora Noémia da Glória Mendes Lopes, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz

Doutor David Miguel de Oliveira Cabral Tavares, Professor-Coordenador da Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa

Doutora Amélia Maria Cavaca Augusto, Professora Auxiliar do Departamento de Sociologia da Universidade da Beira Interior

Doutora Graça Maria Gouveia da Silva Carapinheiro, Professora Catedrática do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa

Doutor António Manuel Hipólito Firmino da Costa, Professor Catedrático do ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa (Orientador)

Março, 2017

Agradecimentos

Quero agradecer a um conjunto de pessoas que, não só ao longo dos anos de realização da presente tese, mas também tantos anos antes, fizeram com que eu conseguisse cumprir esta etapa rodeada de amizade, apoio e sabedoria.

Em termos institucionais, agradeço ao CIES - Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. Além das condições de acolhimento e de todo o apoio prestado durante a tese, foi aí que iniciei o meu percurso de investigação e que participei, ao longo de mais de 20 anos, em muitos projetos de pesquisa que, uns de forma mais direta, outros mais indireta, contribuíram para o trabalho que agora apresento. Agradeço ainda à FCT – Fundação para a Ciência e Tecnologia, a bolsa de doutoramento que me foi concedida.

Boa parte dos dados empíricos que sustentam esta tese resulta do projeto “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais”, que integrei como investigadora, em 2008. Agradeço à Noémia Lopes, coordenadora do projeto, não só a possibilidade de utilização dos dados, mas sobretudo as reflexões e discussões teóricas e metodológicas, que me permitiram explorar e consolidar um domínio de investigação que tinha encetado uns anos atrás, a sociologia da saúde. O agradecimento é extensível aos colegas dessa equipa de investigação, Telmo Clamote, Hélder Raposo e Carla Rodrigues. Ao Telmo, em particular, agradeço a leitura e a discussão sobre conteúdos parcelares da tese.

Ao meu orientador, colega e amigo António Firmino da Costa, agradeço o seu apoio e incentivo constantes. Ao longo de muitos anos, tive o privilégio de com ele trabalhar e aprender em vários projetos de investigação. Durante a realização desta tese, agradeço a disponibilidade, o acompanhamento próximo, os comentários, as reflexões conjuntas, a partilha de conhecimento. Um agradecimento especial pela confiança que depositou em mim e os incentivos para continuar, mesmo nos meus momentos de encruzilhadas pessoais e profissionais.

Agradeço aos meus dois amigos sociólogos mais antigos, com quem partilho alegrias e tristezas, dentro e fora da academia. Sobretudo pela amizade diariamente manifestada, mas também pelos seus contributos específicos para esta tese. À Sandra Palma Saleiro, que se disponibilizou para ler integral e minuciosamente o texto, pela sua revisão atenta e úteis sugestões. Ao Vítor Sérgio Ferreira, pelos seus conselhos sábios e pragmáticos.

A outras amigas e colegas do CIES – Sandra Mateus, Patrícia Amaral, Cristina Conceição, Rosário Mauritti, Susana Martins e Patrícia Ávila - agradeço a amizade e o encorajamento, tão importantes para mim.

E tudo, agradeço tudo às minhas filhas, Teresa e Joana, ao meu pai, Rogério, à minha mãe, Natividade, e à minha irmã, Graça. É também por eles que cheguei aqui.

Resumo

O Recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: padrões sociais e trajetórias terapêuticas

Esta tese desenvolve-se em torno da temática das *medicinas complementares e alternativas* (MCA) em Portugal, mais concretamente sobre o recurso dos indivíduos às respetivas terapias. Por MCA entendemos um conjunto diversificado de terapias ou práticas terapêuticas que têm em comum o facto de se demarcarem da chamada *medicina convencional* e de proclamarem a posse de um corpo de saberes mais ou menos sistematizado sobre a saúde e a doença orientador das práticas terapêuticas. Embora tenham vindo a assumir, nas últimas décadas, uma visibilidade social crescente, em Portugal o conhecimento sociológico sobre a matéria é escasso. Os resultados da pesquisa contribuem para o avanço desse conhecimento em três níveis. Primeiro, a reconstituição do contexto em que a procura das MCA ocorre, isto é, como se estrutura o campo no país, em termos de regulamentação, oferta de cuidados terapêuticos, ensino e formação. Segundo, a caracterização das regularidades sociais na utilização destas medicinas, através de uma sociografia dos utilizadores e da exploração dos padrões sociais de recurso. Terceiro, a demonstração da diversidade de práticas e lógicas sociais no envolvimento com as MCA, através da construção de uma tipologia de quatro *modos de relação com as MCA* – *convicção, ecletismo, experimentalismo e complacência* –, constituídos ao longo de trajetórias terapêuticas também diversas. Adotámos uma estratégia de investigação plurimetodológica, que combinou procedimentos de tipo extensivo-quantitativo com procedimentos de tipo intensivo-qualitativo, designadamente: análise documental; inquéritos por questionário e entrevistas semi-diretivas.

Palavras-chave: Medicinas Complementares e Alternativas; Saúde; Medicina; Trajetórias terapêuticas

Abstract

The use of Complementary and Alternative Medicine: social patterns and therapeutic trajectories

This thesis is built upon the topic of *complementary and alternative medicine* (CAM) in Portugal, more specifically about how individuals make use of these therapies. CAM means a diverse set of therapies or therapeutic practices, sharing the fact they are distinct from *conventional medicine* and claim the ownership of a knowledge more or less systematized about health and disease which guides therapeutic practices. Although it has been gaining growing social visibility in the last decades, in Portugal sociological knowledge about it is still scarce. The research results help in the progress of that knowledge on three levels. In the first place, reconstituting the context where the search for CAM occurs, in other words, how the field is structured in our country in terms of regulation, therapeutic health care supply, teaching and training. Secondly, characterizing social regularities when using CAM, through a sociography of users and an analysis of social patterns of use. Third, putting in evidence the diversity of social practices and logics that features the involvement with CAM, by conceiving a typology which integrates four *modes of relation to CAM* – *conviction*, *eclecticism*, *experimentalism*, and *complacency* –, made up throughout therapeutic trajectories also diverse. We have adopted a mixed-method approach which has combined quantitative and qualitative techniques, namely: documental analysis, questionnaire surveys and in-depth interviews.

Keywords: Complementary and Alternative Medicine; Health; Medicine; Therapeutic Trajectories

Índice

Índice de Quadros e Figuras.....	vii
Introdução	1
Construindo um objeto de pesquisa.....	1
Dimensões de análise	6
Metodologia	7
Estrutura da tese	13
Capítulo 1	
Designações, definições e demarcações nas Medicinas Complementares e Alternativas: simbologias e estratégias	17
1.1. O que cabe dentro das Medicinas Complementares e Alternativas?	17
1.2. Designações e significados sociais	24
1.3. Fronteiras e demarcações.....	33
Capítulo 2	
Sistemas terapêuticos na modernidade: da hegemonia da biomedicina à (re)emergência das Medicinas Complementares e Alternativas.....	39
2.1. A constituição da medicina moderna e a marginalização das Medicinas Complementares e Alternativas.....	39
2.2. A (re)emergência das Medicinas Complementares e Alternativas	46
2.3. Medicina convencional e Medicinas Complementares e Alternativas: fronteiras, trocas e confluências.....	50
Capítulo 3	
A saúde e a doença nas sociedades modernas: mudanças socioculturais	63
3.1. A saúde como valor.....	63
3.2. Um novo padrão epidemiológico: a doença crónica	71
3.3. Fontes de informação em saúde.....	73
3.4. Lógicas leigas de relação com a saúde e a medicina: reflexividade, confiança e ceticismo.....	75
3.5. A relação terapêutica: novas configurações	81
3.6. O natural “renascido”: simbologias e percepções	84
Capítulo 4	
Experiências e razões do recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: o estado da arte.....	87
4.1. Razões do recurso às Medicinas Complementares e Alternativas.....	87
4.2. Trajetórias terapêuticas: o predomínio do pluralismo	96
4.3. Experiências vividas: dos contactos iniciais à avaliação dos resultados	103

Capítulo 5

O campo das Medicinas Complementares e Alternativas em Portugal: profissionalização, regulação e conhecimento	109
5.1. Processos de profissionalização das Medicinas Complementares e Alternativas	109
5.2. A regulação da prática terapêutica.....	119
5.3. O associativismo profissional	131
5.4. Sistemas de conhecimento e formação	135
5.5. Aspetos económicos	142

Capítulo 6

O recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: retrato extensivo.....	145
6.1. Reflexões metodológicas sobre os estudos extensivos.....	146
6.2. A dimensão do fenómeno nas sociedades ocidentais	148
6.3. Para uma sociografia dos utilizadores	153
6.4. Padrões sociais de recurso	158

Capítulo 7

O recurso às Medicinas Alternativas e Complementares: abordagem qualitativa de trajetórias terapêuticas	173
7.1. Reflexões metodológicas sobre a análise das trajetórias terapêuticas	174
7.2. Práticas e discursos de recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: uma abordagem panorâmica.....	176
7.3. Modos de relação com as Medicinas Complementares e Alternativas: uma tipologia	193

Capítulo 8

Modos de relação com as Medicinas Complementares e Alternativas: singularidades e pluralidades das trajetórias terapêuticas	199
8.1. Convicção.....	199
8.2. Ecletismo	216
8.3. Experimentalismo	231
8.4. Complacência	241
8.5. Quatro narrativas sinópticas de trajetórias terapêuticas	249

Conclusão	257
Primeiro, as medicinas complementares e alternativas... ..	257
Segundo, o recurso.....	258
Terceiro, os padrões sociais... ..	258
Quarto, as trajetórias terapêuticas.....	262
Aplicabilidade dos resultados e explorações futuras	266

Bibliografia.....	269
--------------------------	------------

ANEXOS.....	I
ANEXO A. Inquérito por Questionário	III
ANEXO B. Guião de Entrevista	XXIII
ANEXO C. Caracterização dos entrevistados.....	XXVII

Índice de Quadros e Figuras

Capítulo 5

Quadro 5.1. Monitorização das mudanças nos indicadores de progresso definidos pela Estratégia para a Medicina Tradicional da OMS	121
Quadro 5.2. Regulação da prática (terapeutas) de Medicina Tradicional e Complementar	121
Quadro 5.3. Medicina Tradicional e Complementar no ensino universitário	121
Quadro 5.4. Utilização de acupunctura pelos estados membros	122
Quadro 5.5. Legislação sobre as MCA na Europa	124
Quadro 5.6. Regulação da prática de terapias na Europa	125
Quadro 5.7. Legislação sobre as MCA em Portugal	128
Quadro 5.8. Avaliação dos requerimentos de cédulas profissionais, por terapia	130
Quadro 5.9. Cédulas profissionais requeridas e atribuídas, por terapia	131
Quadro 5.10. Associações ligadas às MCA em Portugal	133
Quadro 5.11. Associações ligadas às MCA por medicina/terapia	134
Quadro 5.12. Instituições de ensino com formação superior em MCA em Portugal	136
Quadro 5.13. Formação superior em MCA em Portugal: principais indicadores	138
Quadro 5.14. Revistas científicas especializadas em MCA no ocidente	141

Capítulo 6

Quadro 6.1. Utilização de medicamentos naturais em Portugal e na Europa, em 2004	149
Quadro 6.2. Primeira escolha de aconselhamento sobre problemas de saúde, em 2004	150
Quadro 6.3. Área do “outro técnico de saúde” escolhido em primeiro lugar, em 2004	151
Quadro 6.4. Tratamentos utilizados para a saúde, em 2014	152
Quadro 6.5. Composição da amostra de conveniência	154
Quadro 6.6. Recurso a tratamentos de MCA, por sexo	155
Quadro 6.7. Recurso a tratamentos de MCA, por grupos etários	155
Quadro 6.8. Recurso a tratamentos de MCA, por nível de escolaridade	156
Quadro 6.9. Recurso a tratamentos de MCA, por local de residência	156
Quadro 6.10. Utilizadores de MCA: perfil sociodemográfico	157
Quadro 6.11. Último tratamento de MCA usado	159
Quadro 6.12. Regularidade do recurso a tratamentos de MCA	160
Quadro 6.13. Última vez que recorreu a tratamentos de MCA	160
Quadro 6.14. Finalidade terapêutica do último tratamento de MCA	161
Quadro 6.15. Questão de saúde* a que se destinou o último tratamento de MCA	162
Quadro 6.16. Existência de doença crónica, por recurso a tratamentos de MCA	163
Quadro 6.17. Avaliação dos resultados do último tratamento de MCA	163

Quadro 6.18. Razões do recurso a tratamentos de MCA.....	164
Quadro 6.19. Frequência com que consulta o médico, por recurso a tratamentos de MCA	165
Quadro 6.20. Frequência com que faz exames médicos, por recurso a tratamentos de MCA	165
Quadro 6.21. Número de consultas médicas nos últimos seis meses, por recurso a tratamentos de MCA	166
Quadro 6.22. Concepções sobre saúde e doença, por recurso a tratamentos de MCA.....	168
Quadro 6.23. Orientações de saúde e doença, por recurso a tratamentos de MCA.....	169
Quadro 6.24. Consumo de medicamentos/produtos terapêuticos naturais: utilizadores, finalidade, tipo de produto e questão de saúde	170
Quadro 6.25. Consumo de medicamentos/produtos terapêuticos: distribuição sociodemográfica	171

Capítulo 7

Quadro 7.1. Caracterização sociodemográfica dos entrevistados.....	176
Quadro 7.2. Terapias usadas	177
Quadro 7.3. Finalidades associadas à utilização das MCA.....	179
Quadro 7.4. Orientações e investimentos de saúde: categorias analíticas.....	184
Quadro 7.5. Orientações face à saúde	185
Quadro 7.6. Lógicas de investimentos em saúde	189
Quadro 7.7. Modos de relação com as MCA.....	194
Quadro 7.8. Modos de relação com as MCA: distribuição dos entrevistados.....	195
Quadro 7.9. Caracterização dos modos de relação com as MCA	197

Capítulo 8

Figura 8.1. Convicção: síntese de trajetórias terapêuticas	201
Figura 8.2. Eclétismo: síntese de trajetórias terapêuticas	217
Figura 8.3. Experimentalismo: síntese de trajetórias terapêuticas	232
Figura 8.4. Complacência: síntese de trajetórias terapêuticas.....	242

Introdução

Construindo um objeto de pesquisa

Foi há quase vinte anos que o meu interesse sociológico pelas medicinas complementares e alternativas (MCA), designação que, merecedora de problematização e discussão, me abstenho para já de comentar¹, começou a trilhar o seu caminho. Uma vez mais fértil, outras mais suspenso, umas vezes mais intensivo, outras mais intermitente, o percurso de investigação em torno deste objeto – as medicinas complementares e alternativas – teve, no conjunto da minha atividade de pesquisa, três momentos cruciais.

O primeiro correspondeu à pesquisa desenvolvida no âmbito da minha tese de mestrado, intitulada *Medicinas Complementares em Portugal: Processo de Constituição e Legitimação de um Campo* (Pegado, 1998). Neste trabalho, na altura pioneiro em Portugal do ponto de vista da temática, o enfoque foi para a caracterização do campo das medicinas complementares, explorando dimensões como o enquadramento jurídico, as estratégias de profissionalização dos terapeutas, bem como a sua prática profissional. A sua realização suscitou, em simultâneo, um conjunto de outras questões, deixando em aberto um imenso campo para posterior exploração: o do recurso às medicinas complementares e alternativas.

O segundo correspondeu à minha participação, como investigadora, num projeto de investigação sociológica intitulado “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais”², desenvolvido no Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES-IUL), entre 2008 e 2010 (Lopes, 2010a). A integração na equipa de investigação constituiu uma oportunidade para recolher informação, quer de carácter extensivo e quantitativo, quer de natureza intensiva e qualitativa, sobre o recurso às medicinas complementares e alternativas – que compõe o grosso do material empírico objeto de análise na presente dissertação -, para além de ter tido, igualmente, consequências ao nível do aprofundamento teórico, conceptual e metodológico num domínio que, até aí, não tinha ainda explorado de forma sistemática, a sociologia da saúde. As leituras, as conversas informais, as dúvidas, questões e reflexões partilhadas, as discussões longas, as sessões de trabalho conjuntas e todos/as os/as colegas implicados/as contribuíram para esse enriquecimento.

¹ Adoto, para já, a tradução do termo utilizado na literatura anglo-saxónica “Complementary and Alternative Medicine” (CAM), mas no plural, medicinas e não medicina. A opção pelo termo “medicinas” e não “terapias” também não é neutra. A discussão sobre as designações será objeto de um capítulo próprio desta dissertação (cf. capítulo 1).

² O estudo, coordenado por Noémia Lopes, integrou também os investigadores Telmo Clamote, Hélder Raposo e Carla Rodrigues. Foi financiado pela FCT- Fundação para a Ciência e Tecnologia e pelo Infarmed - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde.

O terceiro termina agora, com a apresentação desta dissertação. Foi o mais longo, o mais complexo e o mais desafiante.

Um último esclarecimento sobre o percurso. Não sou uma *insider*, como tenho respondido várias vezes quando a questão me é colocada, nunca consultei um terapeuta de medicinas complementares e alternativas, nunca fui objeto de qualquer terapêutica deste tipo. Também não tenho nenhuma crença pessoal sobre a eficácia destas terapias, nem nenhuma desconfiança de partida sobre os seus resultados. É certo que se trata de um tema sujeito a apropriações valorativas diversas, por vezes contrastantes e expressas de modos mais ou menos inflamados. Ao longo da pesquisa, cruzei-me com esses discursos por várias vezes, em diferentes contextos, assumindo um papel de observadora neutra.

A dissertação de doutoramento que aqui se apresenta desenvolve-se em torno da temática das medicinas complementares e alternativas em Portugal, mais concretamente sobre o recurso dos indivíduos às respetivas terapias, tendo como ponto de partida um entendimento desse recurso no sentido restrito de consulta dos terapeutas.

Dois ordens de delimitação (e demarcação) do campo analítico se impõem desde já.

Primeiro, a demarcação face a um objeto de análise que privilegia o consumo de medicamentos ou produtos terapêuticos “naturais”, quer centrando-se exclusivamente neste tipo de produtos (Rayner e Easthope, 2001), quer inscrevendo o seu consumo em configurações de consumos terapêuticos, cuja problematização tem sido desenvolvida no quadro da noção de “pluralismo terapêutico” (Lopes, 2010a e 2010b; Lopes *et al.*, 2012). Tal não significa, de modo algum, a exclusão deste consumo do campo de análise, desde logo pelo facto de a consulta de um terapeuta se traduzir precisamente, em algumas terapias, na subscrição destes medicamentos/produtos. Mas não é este o ponto de partida. Na presente pesquisa, o recurso às MCA implica cuidados de saúde pericialmente mediados, através da consulta de terapeutas (sem formação médica) ou de médicos praticantes de MCA, independentemente de essa consulta resultar na toma de medicamentos ou na realização de práticas terapêuticas periciais (ex. sessões de acupuntura). A escolha não é arbitrária. Como afirmam vários autores (Cant, 2005; Badone, 2008), tomar a decisão de recorrer a um terapeuta de MCA não é o mesmo que decidir recorrer a um médico da medicina convencional, que, dada a sua posição hegemónica na sociedade portuguesa, constituiria a opção mais imediata. Não são, pois, ações equivalentes. Por sua vez, o consumo em modo de automedicação de um produto “natural” adquirido num espaço comercial não é o mesmo do que a consulta de um terapeuta de MCA. Os medicamentos são objetos cuja materialidade permite uma autonomização da pericialidade que lhes deu origem (Van der Geest e White, 1989). As ordens de legitimação de ambas as ações também não se equivalem. Não surpreende, pois, que nos dados estatísticos sobre o consumo destes

medicamentos e sobre o recurso às MCA, o primeiro seja superior ao segundo (European Social Survey, 2004/2005).

Segundo, a demarcação face a outras modalidades ou sistemas terapêuticos, cujas fronteiras não são fáceis de estabelecer. Tal implica dar conta, ainda que de uma forma necessariamente sumária, do conteúdo da designação “medicinas complementares e alternativas”. Na presente pesquisa, quando utilizamos esse termo, estamos a referir-nos a um conjunto diversificado de terapias ou práticas terapêuticas que têm em comum o facto de se constituírem como alternativa à chamada “medicina convencional”³ (que, no nosso país e na generalidade das sociedades ocidentais, é, em simultâneo, a “medicina oficial”) e de proclamarem a posse de um corpo de saberes mais ou menos sistematizado sobre a saúde e a doença orientador das práticas terapêuticas. Neste sentido, demarcam-se das “medicinas populares”, de base empírica, de transmissão predominantemente oral, fortemente enraizadas no local (sobretudo) rural, e de outros sistemas que podem constituir recursos terapêuticos, como a religião e o esoterismo. Entre o conjunto de terapias que integram as MCA encontram-se desde aquelas que possuem maior reconhecimento social, como a homeopatia, a naturopatia, a acupunctura e a osteopatia, até às que têm por ora menor visibilidade, como a quiropráxia, a aromaterapia ou a reflexologia, entre outras. Ao contrário de outros trabalhos, que têm circunscrito a sua análise a uma terapia ou a um conjunto restrito de terapias (por exemplo, Almeida, 2008, 2012a, 2012b), o nosso campo de observação é abrangente relativamente à diversidade de terapias.

As medicinas complementares e alternativas têm vindo a assumir, nas últimas décadas, nas sociedades ocidentais, incluindo a portuguesa, uma visibilidade social crescente. Vários fatores testemunham a visibilidade do fenómeno: o aumento do número de pessoas que recorrem aos terapeutas destas medicinas; o aumento do número desses terapeutas; o crescimento de todo um sistema de produção e comercialização dos produtos vulgarmente designados por naturais e do respetivo consumo; as reivindicações dos terapeutas pelo reconhecimento legal destas medicinas e da sua profissão, a que se associa a constituição de associações profissionais e de cursos de nível superior; a recente regulamentação do exercício profissional; e, ainda, a crescente atenção que a comunicação social tem prestado a estas medicinas.

Trata-se de um fenómeno que, embora reconhecido, não é suficientemente conhecido no nosso país. De facto, poucas vezes tem sido objeto de investigação no domínio das ciências sociais e, menos ainda, no domínio da sociologia, ao contrário do que

³ A própria designação “medicina convencional” merece reflexão e não é a única a ser utilizada para referir a mesma realidade. Tal como para as MCA, as designações que têm sido utilizadas para a “medicina convencional” serão objeto de discussão num capítulo próprio desta dissertação (cf. capítulo 1).

acontece em outros países, nomeadamente da Europa e nos Estados Unidos, onde abundam os estudos sociológicos sobre a matéria.

Tampouco dispomos, em Portugal, de dados estatísticos sólidos que nos permitam quantificar com algum rigor quer o domínio da oferta, quer o da procura destas medicinas. Dado tratar-se de um campo muito recentemente regulamentado, não existem ainda estatísticas oficiais sobre o número de praticantes/terapeutas nem sobre o número de pessoas que recorrem a estes terapeutas. Além disso, não foram até ao momento realizadas pesquisas de carácter extensivo especificamente direccionadas para este fenómeno.

Adotando uma perspetiva sociológica, as medicinas complementares e alternativas oferecem um vasto campo de possibilidades de investigação, que tem vindo a ser explorado de forma mais ou menos aprofundada em estudos sociológicos produzidos em diversos países, de tal modo que Siahpush fala da constituição de uma “sociologia da medicina alternativa” (1999). A partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema, o autor identifica três atores sociais nos quais esses estudos se têm centrado: os utilizadores das terapias alternativas, os praticantes das terapias alternativas (não médicos) e os médicos (ortodoxos). Gale, 15 anos depois, não só atualiza a revisão das pesquisas sociológicas que focam esse tema, que foram abundantes nesse período, como a alarga, procurando estabelecer uma “sociologia da medicina tradicional, complementar e alternativa” (Gale, 2014).

Tendo em conta a tríade de objetos avançada por Siahpush – utilizadores, praticantes e médicos -, importa desde já explicitar que a investigação que desenvolvemos se situa no primeiro, pese embora a óbvia necessidade de articulação com os outros dois domínios, nomeadamente para explorar o contexto em que o recurso às medicinas complementares e alternativas ocorre.

A investigação sobre os utilizadores das medicinas alternativas tem sido conduzida de forma a responder às seguintes questões: Porque é que as pessoas utilizam as medicinas alternativas? Porque é que estas medicinas se tornaram mais utilizadas nas últimas décadas? Qual a sequência de acontecimentos que levam à utilização destas medicinas? (Siahpush, 1999). Estas questões sofrem, quanto a nós, de um viés de partida, que acaba por condicionar as opções metodológicas geralmente assumidas nas pesquisas que as tomam como questionamentos: a consideração do recurso às MCA como um fenómeno suscetível de ser isolado, teórica e operacionalmente. Em algumas pesquisas sobre o recurso às MCA este isolamento tem-se traduzido num segundo viés, implícito na expressão “utilizadores de MCA”, em que se procura comparar sistematicamente dois segmentos populacionais – os utilizadores e os não-utilizadores –, conferindo-lhes um certo estatuto ontológico, que justifica a elaboração de hipóteses que sustentam a existência de

diferenças substantivas entre estes dois segmentos, no que respeita, quer a características sociodemográficas, quer a atitudes e práticas, que, referindo-se sobretudo à saúde e à doença, se estendem a outros domínios da vida dos indivíduos.

Pelo contrário, outra linha de pesquisa sobre as MCA (designadamente Cant, 2005) tem demonstrado que os chamados “utilizadores” de MCA não podem ser considerados um grupo homogêneo, o que, em última análise, põe em causa a adequação do termo “utilizadores de MCA”. O que importa salientar nessa linha de pesquisas é a sua heurística na descoberta da diversidade de perfis sociais entre quem recorre às MCA, mas, sobretudo, a diversidade que caracteriza os padrões e lógicas de utilização das MCA por parte destes indivíduos. Ora, no âmbito desta diversidade é fundamental o lugar que as MCA ocupam no quadro das trajetórias terapêuticas dos indivíduos, lugar que não pode deixar de ser visto, nas sociedades ocidentais, e, em particular, na sociedade portuguesa, à luz do estatuto hegemónico da medicina convencional. Efetivamente, as várias pesquisas têm demonstrado que o recurso às MCA quase nunca implica um abandono da medicina convencional (Cant e Sharma, 1999; Saks, 2003). Pelo contrário, os indivíduos combinam, nos seus sistemas pessoais de tratamento, elementos de diferentes tradições terapêuticas (Adler, 2002; Connor, 2004; Badone, 2008).

O principal eixo de questionamento que orientou a presente pesquisa pode ser sucintamente formulado do seguinte modo: sendo o recurso às MCA um fenómeno com crescente visibilidade social, e partindo da hipótese de uma diversidade de lógicas sociais que lhe estão subjacentes, que modos de relação dos indivíduos com as MCA podem ser identificados? Estes modos de relação, constituídos por dimensões que remetem para padrões de utilização, finalidades, tipos de objetivos de saúde, etc., incluem uma dimensão central, correspondente à forma como o recurso às MCA se inscreve nas trajetórias de saúde e de doença dos indivíduos e se situa no quadro mais vasto de consumos terapêuticos. Nessa medida, é possível verificar como a pluralidade de recursos terapêuticos disponíveis se articula e se conjuga nas práticas dos indivíduos, bem como nas lógicas e racionalidades que lhes estão subjacentes.

Um segundo questionamento, de carácter complementar, remete para a articulação entre o recurso às MCA e as estruturas sociais. Se encararmos esse recurso como uma escolha efetuada num determinado campo de possibilidades – para utilizar a expressão de Gilberto Velho (1994) – em que o volume e a estrutura dos capitais económico e cultural (designadamente escolar) constituem instrumentos decisivos passíveis de mobilização, interessa perceber em que medida os indivíduos que recorrem a estas medicinas possuem volumes consideráveis desses capitais. Dito de outro modo, será que estes indivíduos ocupam maioritariamente posições sociais privilegiadas do ponto de vista das qualificações e dos recursos económicos? Ou, pelo contrário, tratar-se-á de uma população socialmente

heterogénea? Convocam-se os dados quantitativos sobre o recurso às MCA em Portugal, para, a partir daí, construir uma sociografia dos “utilizadores”.

Por fim, um terceiro eixo remete para o questionamento do contexto em que o recurso às MCA ocorre. Esta dimensão contextual deve ser entendida a dois níveis. Num primeiro nível, trata-se de assumir a centralidade do domínio da saúde face a outros domínios de natureza menos decisiva na vida dos indivíduos, centralidade essa que atravessa o espaço público e que é apropriada, com diferentes tonalidades, pelos discursos individuais. Num segundo nível, trata-se de analisar o modo como se estrutura o campo das MCA em Portugal (regulamentação, oferta de cuidados, ensino/formação, etc.) e de que forma as características desse campo condicionam a escolha dos indivíduos.

Dimensões de análise

Partindo dos questionamentos enunciados no ponto anterior, o modelo de análise para a pesquisa é constituído por três dimensões, articuladas entre si, e que se sucederam mais ou menos sequencialmente ao longo do processo de pesquisa: 1) uma dimensão contextual de caracterização do campo das medicinas alternativas em Portugal; 2) uma dimensão estrutural de identificação do perfil social dos indivíduos que recorrem às MCA e dos respetivos padrões de utilização; 3) uma dimensão atitudinal e praxiológica, centrada nas trajetórias terapêuticas e nos “modos de relação com as MCA”.

A análise do contexto centra-se na caracterização do campo das medicinas complementares e alternativas em Portugal, com o objetivo de produzir conhecimento substantivo sobre o “grau” de legitimação destas medicinas e sobre a dimensão do fenómeno, sempre que possível por relação à Europa. Foi desenvolvida em duas frentes. Por um lado, foi analisado o quadro jurídico em que estas medicinas são praticadas e o que regula os produtos terapêuticos a que recorrem, bem como as propostas de regulamentação que têm surgido. Explorámos também o modo como o ensino destas medicinas se encontra organizado e procedemos à caracterização do movimento associativo – sobretudo dos profissionais – a elas associado. Por outro lado, procurou-se, na medida do possível, quantificar o fenómeno e dar conta da sua dinâmica nos últimos anos, sobretudo a partir do recenseamento da oferta dos cuidados terapêuticos destas medicinas, através dos escassos indicadores disponíveis. Do lado da procura, foram mobilizados os resultados de alguns estudos extensivos, no sentido de quantificar, ainda que de forma grosseira, a dimensão da procura das MCA, quer a nível internacional, quer a nível nacional.

A dimensão analítica relativa à estrutura social remete para a caracterização sociodemográfica dos indivíduos que recorrem às MCA, a partir dos indicadores geralmente utilizados para o que se designa “caracterização social das populações”, nomeadamente

indicadores sociodemográficos, socioeducacionais e socioprofissionais. Importa verificar em que medida o caso português segue o padrão mais ou menos comum que tem sido identificado há uns anos atrás em estudos extensivos sobre os utilizadores realizados na Europa e na América do Norte, que pode ser descrito da seguinte forma: trata-se sobretudo de indivíduos com idades compreendidas entre os 30 e os 50 anos, com predomínio das mulheres, possuidores de níveis de qualificação escolar e de rendimentos relativamente elevados, habitando predominantemente em espaços urbanos (Sharma, 1992; British Medical Association, 1993). Mas, importa também ir para além das tendências estatísticas maioritárias e explorar em que medida este recurso se poderá estar a estender a camadas populacionais com perfis qualificacionais menos elevados e situadas em contextos geográficos menos cosmopolitas. Em simultâneo, recorrendo aos dados quantitativos procuram-se identificar diferentes padrões de consumo das medicinas complementares e alternativas, a partir de indicadores como o tempo e a regularidade de utilização, as terapias a que se recorre, a utilização da medicina convencional, entre outros.

A dimensão de análise dos modos de relação com as MCA é a que constitui o nó central da pesquisa que empreendemos. O objetivo é o de produzir conhecimento substantivo aprofundado sobre a diversidade de modos de relação dos indivíduos com as MCA, a partir de um espaço de atributos que cruza práticas e consumos com representações e atitudes, atravessado por uma dimensão temporal, traduzida na noção de *trajetória terapêutica*. A exploração das trajetórias dos utilizadores destas medicinas afigura-se crucial para evidenciar as diversas maneiras como os indivíduos, ao longo dos seus percursos, vão mobilizando os diferentes recursos terapêuticos, em função dos significados que atribuem aos problemas de saúde com que vão sendo confrontados (ou a outras finalidades que estão na origem da procura⁴), bem como dos graus de legitimidade que conferem às várias medicinas e terapias. Em particular, privilegia-se, nesta dimensão de análise, a forma como se articulam ou se excluem o recurso às MCA e à medicina convencional.

Metodologia

A resposta aos questionamentos inscritos em cada uma das dimensões de análise acima enunciadas implicou a adoção de uma estratégia de investigação plurimetodológica, que combinou procedimentos de tipo extensivo-quantitativo com procedimentos de tipo intensivo-qualitativo (Costa, 1999).

⁴ Como finalidades estéticas ou de bem estar, conforme desenvolveremos posteriormente (cf. capítulos 7 e 8).

A componente extensiva-quantitativa é particularmente adequada para dar resposta às questões que se colocam nas duas primeiras dimensões de análise – a do contexto e a da estrutura social do consumo.

No primeiro caso, recorreu-se essencialmente à análise documental, a partir de um conjunto diversificado de fontes. Esta análise foi desenvolvida em duas vertentes. Por um lado, foi efetuada uma pesquisa documental que permitiu recolher e analisar vários tipos de documentos sobre o quadro jurídico das MCA: os relativos a orientações internacionais; as publicações com informação sobre o quadro jurídico em diversos países, sobretudo na Europa; a legislação portuguesa neste domínio, numa perspetiva diacrónica, desde os primeiros enquadramentos legais até às regulamentações mais recentes. Segundo, procurou-se fazer um recenseamento tão exaustivo quanto possível do associativismo e da oferta formativa no campo das MCA em Portugal. Para o efeito, foi efetuada uma pesquisa na internet, que permitiu identificar as associações profissionais de terapeutas e os cursos de nível superior existentes no país, bem como, na medida da informação disponível, caracterizar essa oferta formativa. Mesmo com as ressalvas das limitações que esta fonte apresenta do ponto de vista da exaustividade da informação, ela revelou-se um importante recurso a explorar num campo em que escasseiam dados oficiais. Noutra vertente, recorreu-se a fontes estatísticas institucionais, de modo a recolher, na medida da sua disponibilidade, informação quantificada sobre a oferta de cuidados de saúde das MCA.

No segundo caso – a análise da estrutura social do consumo – mobilizaram-se os resultados de dois inquéritos com indicadores sobre o recurso às medicinas complementares e alternativas.

O primeiro, de âmbito internacional, corresponde aos inquéritos utilizados no *European Social Survey*, em 2004 (Round 2) e em 2014 (Round 7), aplicado a amostras representativas da população residente num conjunto alargado de países europeus (25 países em 2004 e 21 em 2014), incluindo Portugal (com amostras de, respetivamente, 2052 e 1265 inquiridos). Nestas duas rondas, os inquéritos integraram um módulo com indicadores sobre saúde e medicamentos, incluindo questões sobre a utilização de medicamentos naturais e sobre a consulta de terapias e terapeutas das medicinas alternativas e complementares. Embora o modo como estes indicadores foram construídos mereça uma análise crítica focada no tipo de informação que permitem recolher – e que teremos oportunidade de desenvolver na análise dos seus resultados –, os dados produzidos permitem, ainda assim, apresentar, em traços gerais, o panorama da procura das medicinas complementares e alternativas e a sua evolução recente, bem como situar a dimensão dessa procura em Portugal no quadro mais vasto da Europa.

O segundo, de âmbito nacional, corresponde ao inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, aplicado no quadro de um projeto de investigação do CIES-IUL, em

2008. Este inquérito, orientado essencialmente para a captação de consumos terapêuticos de medicamentos “químicos”, “naturais” e outros produtos terapêuticos, incluiu também alguns indicadores sobre o recurso às medicinas complementares e alternativas⁵. O inquérito foi aplicado a duas amostras, uma amostra a nível nacional e uma amostra de conveniência⁶. A amostra nacional reporta à população residente em Portugal continental, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 70 anos, tendo sido estratificada por região, sexo, escolaridade e idade (n=1509). Trata-se de uma amostra representativa, com uma margem de erro de aproximadamente 2,5% para um intervalo de confiança de 95%. A amostra de conveniência (n=400) foi obtida a partir de indivíduos inquiridos em centros de saúde (n=248) e em lojas de produtos dietéticos (n=152)⁷, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 75 anos. Apesar de não se tratar de uma amostra representativa, procurou-se um equilíbrio em termos de sexo, idade e escolaridade na seleção dos inquiridos. A nível geográfico, os contextos desta amostra foram delimitados em torno de um eixo que permitisse estabelecer análises comparativas entre uma matriz rural e uma matriz urbana. Para o efeito, a aplicação dos questionários foi realizada na cidade de Lisboa (n=250) e na cidade da Guarda (n=150)⁸.

Sendo representativa da população portuguesa, a amostra nacional teve como particular mérito possibilitar um retrato da expressão que o recurso às MCA assume no plano nacional. A amostra de conveniência, por seu lado, permitiu uma recolha de dados mais contextual, junto de indivíduos que se encontrassem em espaços institucionais de prestação de cuidados periciais/profissionais ou em locais de aquisição de produtos terapêuticos. No caso do objeto em estudo, uma vez que os dados disponíveis apontavam para uma expressão relativamente diminuta desse recurso – que os resultados do inquérito à amostra nacional vieram comprovar – foi necessário assegurar as condições de densidade analítica necessárias para captar estas práticas numa expressão de dimensão suficiente para explorar padrões de utilização e regularidades sociodemográficas. A opção metodológica de selecionar os inquiridos em contextos de saúde garantiu, assim, a máxima probabilidade de se tratar de indivíduos envolvidos em práticas relacionadas com consumos terapêuticos.

⁵ Ver Inquérito em anexo (Anexo A). Os indicadores específicos sobre o recurso às medicinas complementares e alternativas estão integrados na secção “Tratamentos não medicamentosos”, correspondendo às questões 23 a 23.2.7. Para além destes, que constituem o foco central da análise, são mobilizados outros indicadores, quer relativos à caracterização sociodemográfica dos inquiridos, quer os que remetem para outros consumos terapêuticos, quer ainda os que respeitam a práticas e atitudes no domínio da saúde e da doença.

⁶ A aplicação do inquérito por questionário a nível nacional teve lugar durante o mês de junho de 2008 e a nível da amostra de conveniência entre maio e julho de 2008.

⁷ Estes 152 questionários incluem 15 indivíduos inquiridos numa clínica de MCA.

⁸ Para uma explicitação das opções metodológicas relativamente a este inquérito, ver Rodrigues, 2010.

No caso dos questionários aplicados na amostra nacional, a recolha dos dados foi feita porta-a-porta, no domicílio dos inquiridos, em CAPI (*Computer Assisted Personal Interviewing*) através de administração indireta, por uma equipa de inquiridores externa à equipa de investigação do projeto⁹. Para efeitos de controlo metodológico, foram realizadas sessões de formação para os inquiridores orientadas pela equipa de investigação e dadas as diretivas necessárias à empresa responsável pela coordenação da recolha dos dados.

No caso da amostra de conveniência, foi necessário estabelecer uma série de contactos de forma a obter as autorizações necessárias à realização da recolha de dados. Assim, foi solicitada à direção de dois centros de saúde (Lisboa e Guarda), à direção de uma clínica de medicinas alternativas e à gerência das lojas de produtos naturais, autorização para a aplicação dos questionários, no espaço por eles tutelado, aos seus utentes ou clientes. Os questionários foram igualmente aplicados por administração indireta, com a colaboração de licenciados em sociologia, nos respetivos locais. Cada inquirido foi questionado sobre a disponibilidade para ser entrevistado na fase seguinte do estudo.

O tratamento dos dados quantitativos produzidos a partir dos inquéritos às duas amostras foi efetuado com o suporte de programa informático de análise estatística, incluindo análises descritivas univariadas, bivariadas e multivariadas. Estas foram complementadas, nos casos em que se justificava, por técnicas da estatística indutiva para verificar correlações entre variáveis.

Finalmente, a dimensão de análise dos modos de relação com as MCA, que constitui o principal eixo da pesquisa, remeteu, por sua vez, para a adoção de uma estratégia de investigação de tipo intensivo-qualitativo, com o acionamento de técnicas de recolha de informação que permitissem captar de forma aprofundada percursos, atitudes, práticas e consumos dos indivíduos que recorrem às MCA, bem como os sentidos atribuídos à procura destas medicinas.

O material empírico que é objeto de análise para esta dimensão é constituído por 29 entrevistas semidiretivas realizadas também no âmbito do projeto “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais”. Estas 29 entrevistas foram selecionadas de um conjunto de 75 entrevistas, pelo facto de os entrevistados terem recorrido e/ou recorrerem a MCA, de forma mais esporádica ou mais regular. A seleção dos 75 entrevistados foi realizada com base nos resultados obtidos com a aplicação do inquérito por questionário à amostra de conveniência. A diversidade e a saturação foram os critérios que orientaram esta seleção. Foram entrevistados indivíduos de ambos os sexos, de diferentes grupos etários e com diferentes níveis de qualificação académica, quer em

⁹ A recolha de dados da amostra nacional ficou a cargo da GfK Metris.

contexto urbano, quer em contexto rural. As entrevistas decorreram entre fevereiro e julho de 2009¹⁰.

As entrevistas foram conduzidas pelos investigadores do projeto, incluindo a autora desta dissertação, em diversos locais, públicos e privados, de acordo com a conveniência dos entrevistados e com a adequação das suas características à realização das entrevistas (privacidade, conforto, silêncio, etc.). Para efeitos de análise, e com a devida autorização dos entrevistados, todas as entrevistas foram gravadas. No total, as 29 entrevistas selecionadas para a presente pesquisa (23 em Lisboa e 6 na Guarda) corresponderam a 35 horas. Em média, cada entrevista teve a duração de 1h12min.

As entrevistas, de carácter semidiretivo, tiveram como suporte um guião semiestruturado, em que se procurou adequar a sequência e a forma de abordagem dos vários tópicos do guião em função dos quadros de referência dos entrevistados. Tal implicou uma flexibilidade e uma maleabilidade por parte dos entrevistadores na gestão da situação de entrevista, de modo a respeitar a linguagem e a organização discursiva dos entrevistados, numa óptica semidiretiva, que combina a liberdade do próprio entrevistado para estruturar o seu discurso a partir do modo como perspetiva os objetos em questão, com a delimitação desses objetos e o evitamento de deambulações totalmente estranhas a estes (Ruquoy, 1997).

Importa ainda acrescentar que estas entrevistas não se centram no recurso às MCA, focando, de forma abrangente, as trajetórias e consumos terapêuticos dos indivíduos, mas também, e sobretudo, as lógicas e racionalidades subjacentes ao que podemos genericamente designar por práticas de saúde e de doença dos indivíduos¹¹. Este procedimento tem a vantagem de não isolar artificialmente o recurso às MCA, como tem acontecido em algumas pesquisas sobre a matéria, mas de o situar num quadro mais vasto de práticas e consumos, permitindo verificar como a pluralidade de recursos terapêuticos disponíveis se conjuga – material e simbolicamente – nas trajetórias terapêuticas.

As entrevistas foram objeto de análise de conteúdo, temática e categorial (Maroy, 1997). No quadro dessa análise, construíram-se categorias analíticas que permitissem tipificar as atitudes e as práticas não só relativamente ao recurso às MCA mas também a outras dimensões associadas, bem como estabelecer comparações entre diferentes perfis de envolvimento com estas medicinas, seguindo procedimentos metodológicos comparativo-tipológicos (Costa, 1999).

Um último grupo de considerações de ordem metodológica remete para as potencialidades que, no caso concreto desta pesquisa, a opção por uma abordagem plurimetodológica revelou.

¹⁰ Para uma explicitação das opções metodológicas relativamente às entrevistas, ver Rodrigues, 2010.

¹¹ Ver Guião de Entrevista em anexo (Anexo B).

Os *mixed methods* têm sido crescentemente utilizados na pesquisa sociológica, em várias áreas, incluindo a saúde. Cada vez mais têm sido reconhecidas as vantagens de, para determinados objetos de pesquisa, cruzar e combinar extensividade e intensividade, dados quantitativos e dados qualitativos, com finalidades que, elas próprias, têm sido objeto de diversas propostas de tipificação (Bryman, 2006 e 2012).

As definições não são, no entanto, consensuais. A maioria das pesquisas toma como *mixed methods* a conjugação do quantitativo e do qualitativo, sendo que estes termos podem ser utilizados com diferentes significados, ora para se referirem à dimensão das amostras (grandes ou pequenas, respetivamente), ora para se referirem às técnicas de recolha de informação (contrastando, por exemplo, inquéritos por questionário e entrevistas) (Small, 2011). Demarcando-se desta polémica, Small, por exemplo, distingue entre “*mixed data-collection studies*” e “*mixed data-analysis studies*”, definindo os primeiros – nos quais concentramos a nossa atenção – como os que se baseiam em pelo menos dois tipos de dados ou duas técnicas de recolha.

Na presente pesquisa, o recurso a duas abordagens metodológicas, com diferentes tipos de dados – extensivo-quantitativos, por um lado, e intensivos-qualitativos, por outro – e diferentes técnicas de recolha da informação – inquérito por questionário e entrevista – teve como objetivo a complementaridade, assumindo o pressuposto de que o tipo de conhecimento que se obtém sobre um fenómeno varia em função do tipo de dados, ou, dito de outra maneira, determinados tipos de dados permitem produzir determinado tipo de conhecimento que outros dados não permitem alcançar. Quanto à sequência da recolha de informação, tratou-se de um estudo sequencial (Small, 2011), em que a aplicação do inquérito por questionário decorreu numa primeira fase e a realização das entrevistas na segunda. Esta sequencialidade potenciou a compreensão dos mecanismos por detrás das regularidades encontradas nessa primeira fase, sendo que os resultados destas informaram não só as explorações analíticas posteriores (designadamente, a construção do guião de entrevista), mas também as opções na seleção dos indivíduos a entrevistar.

Com base nos resultados obtidos através das análises estatísticas efetuadas, provenientes dos dados recolhidos com o inquérito por questionário, foi possível traçar um quadro panorâmico do recurso às MCA em Portugal, produzir uma sociografia dos utilizadores, bem como identificar as principais tendências em termos de padrões de utilização (tipo de terapias, finalidades, problemas de saúde, regularidade do recurso, etc.). O inquérito cumpriu, assim, o seu alcance como instrumento útil e necessário quando se procura um primeiro olhar mais global sobre um fenómeno para o qual, neste caso concreto, não há dados quantitativos que deem conta da sua expressão. No entanto, se permite a exploração das práticas e dos pontos de vista de um largo número de indivíduos, não consegue dar conta das circunstâncias e dinâmicas contextuais e processuais. De forma a

captar empiricamente as trajetórias terapêuticas e os modos de relação com as MCA, assim como perceber os contextos em que estes modos de relação se desenvolvem, é necessário privilegiar métodos qualitativos de recolha de informação. Através de entrevistas semi-diretivas, o enfoque analítico centra-se nas narrativas leigas acerca das próprias experiências e vivências terapêuticas, permitindo um aprofundamento das lógicas e racionalidades associadas aos diferentes recursos terapêuticos.

Estrutura da tese

A tese encontra-se organizada em oito capítulos. Nos primeiros quatro discutem-se os contributos teóricos que, de variadas formas, concorrem para a compreensão do fenómeno do recurso às MCA. Nestes cruzam-se propostas analíticas situadas em diversas áreas da sociologia, com particular enfoque na sociologia da saúde, mas também da sociologia das profissões e das teorias sociológicas de larga escala e sua aplicação às sociedades ocidentais contemporâneas. Mobilizam-se também contributos no domínio da antropologia médica e, de forma mais pontual, da psicologia. Refira-se ainda que as MCA se revelam como um campo sujeito a apropriações valorativas diversas, mesmo por parte daqueles que assumem a tarefa de as estudar. Entre os cientistas sociais que se têm dedicado ao estudo do fenómeno, sobretudo da antropologia, encontramos posicionamentos de empenhamento político na defesa da base filosófica e das práticas terapêuticas das MCA e de correlativa crítica da hegemonia da biomedicina.

O primeiro capítulo centra-se na discussão em torno das designações, definições e demarcações implícitas no termo *Medicinas Complementares e Alternativas*. Serve um duplo objetivo. Por um lado, a delimitação do campo de que a presente dissertação se ocupa. Por outro, o contributo para uma reflexão sobre o estatuto da linguagem e o significado social das classificações substantivado neste campo de análise.

Porque a medicina convencional ocupa, nas sociedades ocidentais contemporâneas, uma posição hegemónica nos cuidados de saúde, uma análise centrada nas MCA implica uma abordagem relacional face àquela medicina. O propósito do segundo capítulo é fazê-lo numa perspetiva histórica. Procura-se, assim, reconstituir o processo de constituição da medicina moderna, mostrando como a sua afirmação foi relegando progressivamente as MCA para um estatuto de marginalidade. Aborda-se de seguida o fenómeno de (re)emergência destas medicinas a partir das décadas de 1960 e 1970. Finalmente, face à atual coexistência dos dois sistemas terapêuticos, procede-se a uma reflexão sobre as relações que se estabelecem entre eles, em termos de fronteiras, trocas e confluências.

No terceiro capítulo situa-se a crescente popularidade das MCA nas modernas sociedades ocidentais no quadro de um conjunto de mudanças socioculturais que têm

implicações diretas ou indiretas no campo da saúde. Ao longo desse capítulo dá-se conta da centralidade que a saúde tem vindo a assumir e de como essa centralidade está associada à valorização de novas formas de a gerir, que enfatizam práticas de prevenção e a correlativa responsabilização individual. O discurso público sobre a promoção da saúde, aliado à mudança do padrão epidemiológico que se traduz na prevalência da doença crónica, bem como a penetração, nos universos leigos, de cada vez mais informação sobre saúde e doença, são fatores com implicações no modo como os indivíduos se relacionam quer com a saúde e a doença, quer com os sistemas terapêuticos, em particular com a medicina moderna. Discute-se ainda uma das transformações na oferta e procura de recursos terapêuticos com particular interesse para as MCA, o renascimento do *natural*, situando as simbologias que lhe são associadas no quadro de uma consciência crescente dos riscos das sociedades modernas.

Numa lógica de progressivo afunilamento, o quarto capítulo é dedicado a uma revisão do estado da arte no que respeita aos estudos – sobretudo sociológicos, mas também de outras ciências sociais – especificamente focados no fenómeno do recurso às MCA. Procura-se, a partir desses estudos, sistematizar as razões invocadas para explicar a crescente procura destas medicinas, bem como examinar as experiências em termos terapêuticos e de avaliação de resultados por parte dos seus utilizadores.

Os quatro capítulos subsequentes tomam como foco as dimensões de análise privilegiadas nesta dissertação, a partir dos dados empíricos mobilizados, quer os que resultam de fontes secundárias – legislação, sítios da internet, estatísticas -, quer os que foram produzidos no âmbito da pesquisa que sustenta parte da tese – inquéritos por questionário e entrevistas. Ao longo destes capítulos, segue-se um percurso de crescente aprofundamento e densificação analíticos, que se inicia com uma abordagem do campo das MCA em Portugal e com a quantificação do fenómeno e culmina na exploração das trajetórias terapêuticas relativas aos indivíduos que recorrem às MCA, com base em metodologias de carácter intensivo.

O quinto capítulo consiste na análise do contexto institucional em que o recurso às MCA ocorre. Procede-se à caracterização do campo destas medicinas em Portugal, sempre que possível por relação à situação nos vários países europeus. A análise é desenvolvida essencialmente em três frentes: i) o quadro jurídico em que as MCA são praticadas, incluindo o processo de regulamentação de que têm sido objeto na última década; ii) o modo como o seu ensino se encontra organizado; iii) o movimento associativo, sobretudo as associações profissionais. A análise contextual é enquadrada nas estratégias e trajetórias de profissionalização das MCA, para a qual se convocam os contributos da sociologia das profissões.

O retrato extensivo do recurso às MCA é objeto do sexto capítulo. São analisados os dados dos inquéritos já referidos (Cf. secção Metodologia), respondendo a um triplo objetivo: i) dar conta da dimensão do fenómeno em Portugal, incluindo a comparação com a Europa; ii) efetuar uma sociografia do recurso em Portugal, mobilizando indicadores de caracterização socioprofissional dos indivíduos que recorrem, por comparação com os que não o fazem; iii) explorar os padrões e lógicas de consumo das MCA em Portugal, a partir de indicadores como a regularidade e a finalidade do recurso, o tipo de problemas de saúde, o tipo de terapias, as razões para recorrer e para não recorrer, o consumo de medicamentos naturais, entre outros.

O sétimo capítulo corresponde à apresentação e discussão dos resultados obtidos através de procedimentos de recolha de informação de tipo intensivo-qualitativo, designadamente as entrevistas realizadas a indivíduos que recorreram/recorrem às MCA. Ao privilegiar uma abordagem centrada nas narrativas dos entrevistados, cujos discursos são produzidos a partir do seu próprio quadro de referência, tornou-se possível a reconstituição das lógicas que estruturam as práticas sociais relacionadas com o recurso a estas medicinas, devolvendo-lhes assim a sua contextualidade e complexidade. Esta orientação concretizou-se na construção das dimensões centrais que orientaram a análise de conteúdo, designadamente, as terapias utilizadas, as finalidades associadas ao recurso, a avaliação dos resultados e a relação com a medicina convencional, e outras dimensões complementares. Implicou também perceber o modo como o recurso às MCA se inscreve nas trajetórias de saúde e de doença dos indivíduos, situando-o no quadro mais vasto de consumos terapêuticos. O capítulo culmina na construção de uma tipologia de *modos de relação com as MCA*, categoria mobilizada para dar conta do modo como as MCA e a medicina convencional se articulam (ou se excluem) nas trajetórias terapêuticas.

O último capítulo da tese é dedicado a uma abordagem em profundidade de cada um dos modos de relação com as MCA identificados no capítulo anterior – *convicção, ecletismo, experimentalismo e complacência* –, a partir das narrativas produzidas pelos indivíduos em contexto de entrevista. Nele se descortinam as especificidades de cada modo de relação, bem como os traços que lhes são comuns. Tendo como foco de análise as trajetórias terapêuticas, reconstruímos o processo através do qual os modos de relação que se captam num determinado momento vão sendo construídos. A lógica analítica adotada possibilita a revelação da diversidade que caracteriza o recurso às MCA, superando uma visão mais imediatista que toma os utilizadores destas terapias como um grupo socialmente homogéneo, partilhando valores e movido pelas mesmas razões. Encerra-se este capítulo com a apresentação sistematizada, em forma de narrativa sinóptica, de quatro trajetórias terapêuticas individuais, correspondentes a cada um dos quatro modos de relação.

Por fim, na conclusão, discutem-se, de forma sistemática, os principais resultados alcançados com a pesquisa e os seus contributos para o conhecimento sociológico sobre as medicinas complementares e alternativas, sobretudo na vertente do recurso a estas medicinas. A exposição é orientada para a reconstituição da lógica analítica que preside à articulação das dimensões de análise privilegiadas na tese, explicitando, a partir das conclusões produzidas no quadro de cada dimensão, o modo como concorrem para os questionamentos orientadores da pesquisa. Procede-se ainda a uma reflexão sobre a aplicabilidade dos resultados a outros objetos e campos empíricos, bem como ao mapeamento de desafios teóricos e metodológicos suscitados, passíveis de exploração em futuras pesquisas sobre as MCA.

Capítulo 1

Designações, definições e demarcações nas Medicinas Complementares e Alternativas: simbologias e estratégias

De que falamos quando falamos de medicinas complementares e alternativas (MCA)? Mais especificamente, o que cabe dentro das MCA? Porquê a utilização de medicinas – no plural -, e não de medicina – no singular? Medicinas ou terapias? Qual o significado da diversidade de qualificativos que têm sido utilizados para designar estas medicinas? Que demarcações face a outras práticas terapêuticas? Estas são questões que necessariamente se colocam com um duplo objetivo. Por um lado, a delimitação do campo de que esta dissertação se ocupa. E por outro, porventura o mais heurístico, o contributo para uma discussão sobre o estatuto da linguagem e o significado social das classificações substantivado neste campo de análise.

A discussão que se segue necessita, antes de mais, de ser contextualmente situada, o que significa assumir como ponto de partida o lugar (do tempo e do espaço) a partir do qual olhamos para o fenómeno das MCA. Como refere Clamote (2006), trata-se de um contexto social específico, espacial e temporalmente restrito, concretamente as sociedades ocidentais a partir de finais do século XIX, em que a medicina moderna – leia-se convencional – detém uma posição de monopólio no campo de prestação dos cuidados de saúde. Advogar tal perspetiva vai ao encontro de propostas que negam o carácter ontológico das MCA, defendendo que estas só existem em contextos socio-espaciais particulares (Doel e Segrott, 2004).

1.1. O que cabe dentro das Medicinas Complementares e Alternativas?

A resposta à questão é complexa, já que as MCA compreendem um leque de diversas práticas terapêuticas, crenças e tratamentos (Bombardieri e Easthope, 2000). A grande variedade de definições e sistemas de classificação tem vindo a ser evidenciada nos estudos que desenvolvem análises comparativas sobre as MCA em diversos países (CAMbrella, 2012a).

Retomamos, para começar, uma definição que conta já com duas décadas, quando as primeiras tentativas de delimitação do campo foram empreendidas e o termo MCA emergiu.

Medicina complementar e alternativa (MCA) é um vasto domínio de recursos terapêuticos que envolve todos os sistemas de saúde, modalidades e práticas e as teorias e crenças que os acompanham sem ser aqueles que são intrínsecos aos cuidados de saúde politicamente

dominantes numa cultura ou sociedade particular num dado período histórico. MCA inclui todas essas práticas e ideias autodefinidas pelos seus utilizadores como prevenindo ou tratando a doença ou promovendo a saúde e o bem estar. As fronteiras no interior da MCA e entre o domínio da MCA e o sistema dominante nem sempre são bem definidas e fixas (O'Connor *et al.*, 1997: 52).

A Organização Mundial de Saúde, em 2013, utiliza os termos Medicina Tradicional e Medicina Complementar ou Alternativa, definindo-os do seguinte modo:

A medicina tradicional tem uma longa história. É a soma total do conhecimento, competências e práticas baseados nas teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, quer sejam demonstráveis ou não, usados na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento da saúde física e mental (...) O termo 'medicina complementar' ou 'medicina alternativa' refere-se a um vasto conjunto de práticas de cuidados de saúde que não fazem parte da tradição de um país ou da medicina convencional, e que não se encontram completamente integradas no sistema de cuidados de saúde dominante. Estas práticas são usadas indistintamente com a medicina tradicional em alguns países (WHO, 2013: 15).

A nível europeu, no âmbito do projeto CAMbrella¹², a opção é por uma definição pragmática de MCA.

MCA, tal como é utilizada pelos cidadãos europeus, representa uma variedade de diferentes sistemas médicos e terapias baseados no conhecimento, competências e práticas derivadas de teorias, filosofias e experiências utilizadas para manter e melhorar a saúde, bem como para prevenir, diagnosticar e aliviar ou tratar doenças físicas e mentais. As terapias da MCA são utilizadas principalmente fora dos cuidados de saúde convencionais, mas em muitos países algumas estão a ser adoptadas ou adaptadas pelos cuidados de saúde convencionais (CAMbrella, 2012a: 9).

Começamos, pois, por retomar a delimitação já efetuada sobre o alcance semântico do termo *medicinas complementares e alternativas* (MCA), tal como utilizado no presente trabalho. Estas consistem num conjunto diversificado de terapias ou práticas terapêuticas que têm em comum o facto de assumirem um carácter de diferencialidade face à chamada *medicina convencional* (que em Portugal é, em simultâneo, a "medicina oficial") e de proclamarem a posse de um corpo de saberes mais ou menos sistematizado sobre a saúde e a doença orientador das práticas terapêuticas.

Não é um campo fechado, mas sim delimitado por fronteiras fluidas e flutuantes, assinaladas quer por atributos intrínsecos às diversas terapias, designadamente formas de

¹² CAMbrella é um projeto financiado pela EU, no âmbito do 7º Programa-Quadro, que aborda a situação das MCA em 2012, com um duplo objetivo: harmonizar os vários conhecimentos existentes sobre as MCA nos estados membros da UE (e membros associados) e determinar as lacunas de conhecimento na área.

perspetivar a saúde, a doença e a prática terapêutica, quer em função do estado das lutas simbólicas que se vão operando entre as várias terapias para defender ou ocupar determinadas posições nesse campo (Bourdieu, 1984).

Tal como referem Broom e Tovey (2007, 2008), as MCA são uma entidade dinâmica e construída, variável histórica e culturalmente. Esta entidade contém elementos concretos (artefactos básicos, como por exemplo as agulhas da acupuntura), bem como elementos abstratos (ideologia ou perspetivas sobre a relação terapêutica).

A MCA não existe *per se*; não tem quaisquer fronteiras ou limites identificáveis e concretos fora das práticas significativas em que todos estamos envolvidos (...) Em vez disso, é uma meta-categoria de certa forma grosseira (embora útil) que nos ajuda a impor significados a práticas que são muito diversas e muitas vezes paradigmaticamente diferentes (Broom e Tovey, 2008: 4).

É neste sentido que se salienta a diversidade em termos da prática terapêutica.

É difícil ver o que é que todas as modalidades de MCA têm em comum e o que, simultaneamente, as distingue da medicina alopática. Compreensivelmente, há pouco em comum entre um rápido ajustamento quiroprático quando praticado no modo corrente e, por exemplo, uma longa sessão de aromaterapia; exceto pelo facto de ambos estarem fora do sistema ortodoxo (Coulter e Willis, 2007: 215).

A diversidade que caracteriza as MCA não se limita ao que podemos considerar como os seus atributos intrínsecos, é também uma "(...) diversidade em termos de dimensão organizacional, estrutura, modalidades, fundamentos filosóficos, relação com a medicina ortodoxa e avaliação pelo governo" (Clarke, Doel e Segrott, 2004: 331). Apesar destas diferenças, há semelhanças que, segundo Broom e Tovey, constituem critério para a sua integração nas MCA: i) não estão integradas nos sistemas de saúde nacionais ocidentais (salvo algumas exceções); ii) tendem a adotar modelos terapêuticos que incorporam elementos físicos e metafísicos nos processos de tratamento (Broom e Tovey, 2007: 1024).

Aquilo que as várias definições das MCA têm em comum é o facto de, na generalidade dos casos, serem definições negativas, ou definições de exclusão (Stone e Katz, 2005), isto é, em termos de *o que não são*. Como refere Frohock, todas as versões de medicina não convencional dependem da existência da medicina convencional; não existindo esta, não existe um patamar de referência relativamente ao qual se possa medir a presença de alternativas. Além disso, as distinções entre a medicina alternativa e a convencional são variáveis em função do tempo e do espaço. Muitas das práticas convencionais da medicina alopática nos finais do século XVIII seriam consideradas terapias alternativas bárbaras na medicina de hoje (por exemplo, a sangria dos doentes). O contrário também se verifica, isto é, muitas práticas aceites hoje na medicina convencional eram

suspeitas num passado recente, tais como a dieta e o exercício físico com fins terapêuticos (Frohock, 2002).

A quantidade e diversidade de medicinas/terapias torna a construção de uma taxonomia das MCA uma tarefa difícil e complexa. Não obstante, têm disso desenvolvidos diferentes sistemas de classificação¹³, com base em distintos critérios classificatórios: o grau de legitimação institucional; a filosofia subjacente; as práticas terapêuticas; ou a origem. Cant e Sharma (1999), considerando que a maioria dos modos de cura não é nova, tendo as suas origens em vários momentos da história no período moderno, enquadram as várias terapias em uma de cinco categorias em função das suas origens: 1) aquelas que se desenvolveram antes ou em simultâneo com a biomedicina (como a fitoterapia, a medicina à base de plantas, a homeopatia, etc.); 2) aquelas que tiveram origem no período de individualismo médico que caracterizou os cuidados de saúde na América em finais do século XIX e início do século XX (como a quiropráxia e a osteopatia); 3) aquelas que derivam de práticas de saúde das termas da Europa Central que se desenvolveram no século XIX (como a naturopatia); 4) aquelas que reemergiram no ocidente ou que foram importadas por ocidentais em diversas variantes a partir da Ásia (como a acupunctura); 5) aquelas que entraram nos países ocidentais com grupos imigrantes (como a medicina ayurvédica, originária da Índia, ou curas espirituais) (Cant e Sharma, 1999: 5-6).

Mais recentemente, Hughes propõe outra classificação identificando quatro tipos de terapias: i) intervenções corpo-mente: dedicadas a melhorar a capacidade da mente para a cura (ex. meditação, terapias baseadas na arte, na música, na dança, etc.); ii) terapias de base biológica: utilização de plantas, vitaminas e suplementos dietéticos para manter o bem estar (ex. naturopatia, homeopatia); iii) terapias corporais e manipulativas (massagens, quiropráxia, osteopatia); iv) terapias energéticas (Chi Kung, Reiki) (Hughes, 2015: 451).

Retomando a questão que tem norteadado este ponto, sem pretensões de exaustividade, identificamos de seguida o conjunto de terapias/medicinas que teoricamente são abrangidas pelas MCA. Alertamos para o facto de, na presente pesquisa, por força das opções metodológicas já explicitadas (cf. Introdução), apenas algumas das terapias/medicinas a seguir elencadas terem sido analiticamente exploradas.

Em primeiro lugar, adotando um critério que remete para o grau de institucionalização das várias modalidades de MCA em Portugal, são de referir aquelas que foram objeto de regulação, traduzida na lei em vigor relativa ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais¹⁴: i) acupunctura, ii) fitoterapia,

¹³ Nos EUA há classificações que chegam a identificar 64 terapias complementares/alternativas (Frohock, 2002). Há autores que, com critérios mais abrangentes, referem 200 terapias (Stone e Katz, 2005).

¹⁴ Lei nº 71/2013, de 2 de Setembro.

iii) homeopatia, iv) medicina tradicional chinesa, v) naturopatia, vi) osteopatia, vii) quiropráxia.

Mas, para além destas sete, existe um outro conjunto de terapias, com desiguais níveis de visibilidade e formalização, algumas delas organizadas em associações de carácter profissional, onde se incluem: medicina ayurvédica, reflexologia, iridologia, shiatsu, terapia dos cristais, radioestesia, cinesioterapia/quinesioterapia, Feng Shui, Reiki, florais de Bach, aromaterapia, moxabustão, auriculoterapia, terapia magnética/ magnetoterapia, massagem Tui-Na, Chi Kung, terapia sacro craniana, apiterapia, energologia, Unani, homotoxicologia, kirliangrafia, massoterapia, termografia, hidroterapia, etc.

Nos parágrafos que se seguem caracterizam-se, de forma muito sintética, cada uma das sete terapias que se encontram reguladas no ordenamento jurídico nacional, a partir dos diplomas legais que fixam a caracterização e o conteúdo funcional das profissões dos terapeutas de cada uma delas¹⁵.

Acupuntura: “A acupuntura é a terapêutica que utiliza métodos de diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios assentes em axiomas e teorias da acupuntura, utilizando a rede dos meridianos, pontos de acupuntura e zonas reflexológicas do organismo humano, com o fim de prevenir e tratar as desarmonias energéticas, físicas e psíquicas. A acupuntura: a) É uma terapêutica com uma conceção holística, energética e dialética do ser humano; b) Assenta numa filosofia e metodologia específicas baseadas na medicina tradicional chinesa; c) Aplica processos específicos de diagnóstico e métodos terapêuticos próprios, tendo por base as teorias da medicina tradicional chinesa, para promover e recuperar a saúde e prevenir e tratar as doenças” (Portaria n.º 207-F/2014, de 8 de outubro).

Fitoterapia: “A fitoterapia é a terapêutica que utiliza, como ingredientes terapêuticos, substâncias provenientes de plantas, e inclui a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e o tratamento, abrangendo ainda o aconselhamento dietético e a orientação sobre estilos de vida. A fitoterapia é uma terapêutica: a) Com uma conceção holística, energética e natural do ser humano, e métodos de diagnóstico, prescrição e tratamento próprios assentes em axiomas e teorias específicos; b) Que utiliza como ingredientes terapêuticos plantas frescas ou secas, medicinais e alimentares, substâncias provenientes de plantas, nomeadamente óleos essenciais e florais, e os seus extratos e preparados que contêm partes de plantas ou combinações entre elas, para diferentes formas de utilização, incluindo a interna e a externa, e usa suplementos alimentares e dietéticos. As plantas ou as suas preparações podem ser produzidas para consumo imediato ou como base para suplementos alimentares e produtos vegetais, sujeitos à legislação aplicável a este tipo de suplementos e produtos” (Portaria n.º 207-E/2014, de 8 de outubro).

¹⁵ Esta caracterização afigura-se tanto mais necessária quanto, ao contrário das “especialidades” da biomedicina, se parte da hipótese que o leitor estará menos familiarizado com as MCA, pelo que, mesmo com o risco de alguma simplificação, consideramos que a apresentação se justifica pela sua utilidade.

Homeopatia: A homeopatia é a terapêutica que utiliza, para prevenção e tratamento, medicamentos homeopáticos obtidos a partir de substâncias denominadas stocks ou matérias-primas homeopáticas, de acordo com um processo de fabrico descrito na Farmacopeia Europeia ou, na sua falta, em farmacopeia utilizada de modo oficial num Estado membro da União Europeia, e que pode conter vários princípios. Os princípios teóricos em que se baseia a homeopatia são, designadamente, a lei da semelhança, o princípio da duração da cura, o princípio do remédio único, a teoria da dose mínima infinitesimal e a teoria da doença crónica. A homeopatia trata as doenças com medicamentos que, numa pessoa saudável, produziriam sintomas semelhantes aos da doença. Em vez de combater a doença diretamente, os medicamentos homeopáticos têm por função estimular o corpo a lutar contra a doença. Os medicamentos homeopáticos baseiam-se no princípio de que diluições de moléculas potencialmente ativas retêm a «memória» da substância original. Com o fundamento de que o «semelhante cura o semelhante», a homeopatia utiliza uma abordagem holística para o diagnóstico e tratamento dos sintomas do paciente, incluindo na sua prática a orientação da dieta e dos estilos de vida segundo os parâmetros homeopáticos. Os medicamentos homeopáticos têm como princípio a indução de um processo de reorganização das funções vitais, estimulando o mecanismo de autorregulação” (Portaria n.º 207-C/2014, de 8 de outubro).

Medicina tradicional chinesa: “A medicina tradicional chinesa é a terapêutica que utiliza métodos de prevenção, diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios, baseados nas teorias da medicina tradicional chinesa e nos seus métodos específicos, designadamente, na estimulação dos pontos de acupuntura e meridianos através de diferentes métodos terapêuticos, na prescrição de fórmulas fitoterapêuticas, aconselhamento alimentar e exercícios para promover e recuperar a saúde. A medicina tradicional chinesa é uma terapêutica: a) Com uma conceção holística, energética e dialética do ser humano; b) Que assenta em axiomas e teorias específicos da medicina tradicional chinesa; c) Que aplica processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias tendo por base as teorias da medicina tradicional chinesa; d) Que investiga, desenvolve e implementa planos de tratamento utilizando a acupuntura, a fitoterapia, a massagem tuiná, a dietética da medicina tradicional chinesa, os exercícios de chi kung e tai chi terapêuticos e outros para melhorar e regular a função e tratar as «desarmonias energéticas» tais como são entendidas pela medicina tradicional chinesa” (Portaria n.º 207-G/2014, de 8 de outubro).

Naturopatia: “A naturopatia é a terapêutica que estuda as propriedades e aplicações dos elementos naturais, a fim de prevenir a doença e manter, promover e restaurar a saúde, recorrendo ainda ao aconselhamento dietético naturopático e à orientação sobre estilos de vida e utilizando a fitoterapia, a homeopatia, a hidroterapia, a geoterapia, as terapias da manipulação e outros métodos afins. A naturopatia: a) Consiste numa abordagem holística, energética e natural do ser humano, através de métodos de diagnóstico, prescrição e tratamentos próprios, assentes em axiomas e teorias específicas; b) Recorre aos agentes físicos e métodos energéticos, com base nas filosofias ocidental e oriental, através dos quais diagnóstica, trata e cuida dos pacientes, utilizando sistemas e práticas que se baseiam em

tratamentos e cuidados de ação biopsicofisiológica e higiênicos, que têm como objetivo reequilibrar as funções orgânicas e outras situações anormais existentes no organismo, proporcionando ao mesmo tempo as condições indispensáveis à manutenção e recuperação do seu equilíbrio, no total respeito pelas «leis naturais» que regulam as funções do corpo humano e pelas «leis naturopáticas» que devem regular a terapêutica e os cuidados de saúde de índole natural com vista a atingir a autocura” (Portaria n.º 207-A/2014, de 8 de outubro).

Osteopatia: “A osteopatia é a terapêutica que tem como objetivo diagnosticar diferencialmente, tratar e prevenir distúrbios neuro-músculo-esqueléticos e outras alterações relacionadas, utilizando uma variedade de técnicas manuais e outras afins necessárias ao bom desempenho osteopático para melhorar funções fisiológicas e ou a regulação da homeostase que pode estar alterada por disfunções somáticas, neuro-músculo-esqueléticas e elementos vasculares, linfáticos e neuronais relacionados. A osteopatia: a) Tem uma abordagem sistémica dos cuidados prestados e baseia-se no conceito de que o ser humano é uma unidade funcional dinâmica, na qual todas as partes estão interligadas e possui mecanismos inerentes de autorregulação e autocura; b) Respeita a relação entre as diferentes dimensões do ser humano na saúde e na doença; c) Enfatiza a integridade estrutural e funcional do corpo humano e a sua capacidade intrínseca para a autocura; d) Dá especial atenção à biomecânica do sistema neuro-músculo-esquelético e à sua relação com a fisiologia do organismo; e) Tem como componentes essenciais da intervenção o diagnóstico estrutural, o tratamento manipulativo e outros necessários ao bom desempenho osteopático” (Portaria n.º 207-B/2014, de 8 de outubro).

Quiropráxia: “A quiropráxia é a terapêutica que se baseia no diagnóstico, tratamento e prevenção de distúrbios do sistema neuro-músculo-esquelético, principalmente a subluxação (no conceito da quiropráxia), bem como nos efeitos destes distúrbios no estado geral de saúde e no bem-estar do indivíduo. A quiropráxia: a) Utiliza as capacidades inerentes e recuperadoras do corpo humano, e baseia-se na relação existente entre a estrutura vertebral e o funcionamento do sistema nervoso como fator de saúde relevante; b) Respeita a relação entre as diferentes dimensões do ser humano na saúde e na doença; c) Entende a subluxação como lesão ou disfunção em que o alinhamento, a integridade do movimento e ou a função se consideram alterados, embora o contacto das superfícies articulares esteja intacto, essencialmente como uma entidade funcional que pode influenciar a biomecânica e ter implicações neurológicas; d) Confere grande importância às técnicas manuais, com ou sem a utilização de instrumentos, incluindo o ajustamento da subluxação (no conceito da quiropráxia) e ou a manipulação de articulações; e) Não recorre a medicamentos nem a cirurgias, e valoriza os fatores bio-psico-sociais no tratamento da pessoa” (Portaria n.º 207-D/2014, de 8 de outubro).

1.2. Designações e significados sociais

As classificações, sendo sociais, não são neutras. Como refere Costa (1998), além de serem mapas cognitivos da sociedade, “são também juízos recíprocos, avaliações positivas e negativas, estratégias de afirmação e estigmatização, disputas de gostos, concorrência de estilos, lutas de poderes, processos de construção e destruição de identidades”, produzindo assim efeitos sociais (Costa, 1998: 67).

Uma das primeiras questões que necessariamente se coloca numa abordagem sociológica às *medicinas complementares e alternativas* (MCA) terá de ser, pois, a que se refere à terminologia utilizada. A própria designação é digna de uma reflexão sociológica, passível de ser sistematizada em três questionamentos: i) a utilização do termo “medicina” em vez de “terapias” ou “terapêuticas”; ii) a utilização do termo no plural e não no singular; iii) o qualificativo de complementares e alternativas.

As práticas terapêuticas a que nos temos vindo a referir constituem medicinas ou será mais adequado considerá-las terapias (ou mesmo, em alguns casos, meios de diagnóstico)? Trata-se de uma questão complexa, objeto de lutas simbólicas por parte do conjunto de atores sociais implicados – os terapeutas de MCA, os médicos da medicina convencional e o estado.

Efetivamente, importa estar ciente da distinção entre sistemas totais/completos e outras abordagens menos investidas ideologicamente (Cant e Sharma, 1999; Broom e Tovey, 2007). Relativamente a algumas das práticas identificadas, poucas dúvidas subsistirão de que se trata de sistemas integrados de cuidados de saúde, sustentados num corpo de conhecimento sistematizado. Nesse sentido, comparando essas práticas com a medicina convencional, parece justificar-se a utilização do termo “medicinas”, onde podem estar incluídas várias terapias. O caso paradigmático é constituído pela medicina tradicional chinesa, que compreende várias terapias, como a fitoterapia, a acupunctura, o moxabustão, etc. Outros exemplos referem-se à medicina ayurvédica, sistema terapêutico milenar, originário da Índia, ou à homeopatia, que se reclama como sistema oposto à alopatia, termo este cunhado precisamente por aquela para estabelecer a oposição entre os dois sistemas¹⁶. Em outros casos, porém, o que está em causa não são os atributos do próprio sistema terapêutico, mas as reivindicações em torno das designações.

¹⁶ O termo alopatia foi introduzido por Samuel Hahnemann, considerado o fundador da homeopatia, para descrever técnicas de tratamento opostas às da homeopatia. Resumidamente, enquanto a homeopatia trata a doença prescrevendo uma dose infinitesimal de uma substância que poderia provocar sintomas semelhantes num indivíduo saudável com o fim de estimular a resposta imunitária do corpo, na alopatia utilizam-se agentes farmacologicamente ativos, cujos efeitos são diferentes dos sintomas apresentados pelas doenças (Winnick, 2005: 39-40).

Na legislação portuguesa, como teremos oportunidade de explorar num outro capítulo desta dissertação (cf. capítulo 5), a terminologia adotada foi a de “terapêuticas não convencionais”¹⁷, o que foi objeto de contestação por parte de algumas das associações de terapeutas das MCA – em particular no caso da medicina tradicional chinesa –, alegando que se tratava de uma estratégia de menorização das “medicinas” e criticando o facto de a medicina convencional reservar para si a exclusividade da utilização do termo “medicina”.

Não há, pois, uma resposta cabal para a questão. Importa, isso sim, salientar a diversidade de situações em que as várias medicinas ou terapias se encontram num determinado espaço e num determinado tempo, assumindo que se trata de realidades dinâmicas, sujeitas a mudanças. Deste modo, ao longo deste trabalho, abstermo-nos de estabelecer a distinção entre medicinas e terapias na sua aplicação a práticas terapêuticas concretas, utilizando um e outro termo de forma indiscriminada.

Uma segunda opção de carácter terminológico respeita ao uso do plural e não do singular para designar estas práticas, com o intuito de salientar a diversidade das terapias que o termo MCA recobre, designadamente a sua inscrição em diferentes tradições terapêuticas (Cant e Sharma, 1996b, 1999; Kelner e Wellman, 2000), com bases filosóficas e científicas muitas vezes completamente diferentes. Ao contrário da medicina convencional, que se apresenta como um sistema unificado de teorias e práticas assentes no mesmo paradigma, as terapias ou medicinas não convencionais divergem entre si, sendo que, em alguns casos, essas diferenças são tão marcadas como aquelas que se verificam por relação à medicina convencional.

Quanto aos qualificativos “complementares e alternativas”, sendo os mais comumente utilizados na literatura anglo-saxónica – e aqueles que dão título à presente dissertação – não são os únicos termos utilizados. Não só estamos perante um fenómeno em que a diversidade terminológica é evidente no âmbito de vários tipos de discursos – científico, político, leigo –, como a nomeação das ideologias e práticas terapêuticas que se albergam sob o que este termo recobre é objeto de lutas simbólicas em torno da sua legitimação/ilegitimação.

Medicinas alternativas, medicinas complementares, medicinas tradicionais, medicinas paralelas, medicinas marginais, medicinas naturais, medicinas suaves, medicinas holísticas, medicinas não convencionais, medicinas não ortodoxas, outras medicinas, são variados os termos que têm sido mobilizados para dar conta de uma mesma realidade. O mesmo se poderia dizer, num primeiro olhar menos atento, relativamente à chamada medicina convencional, quando se invocam termos como medicina moderna, medicina oficial, medicina ortodoxa, medicina ocidental, biomedicina, alopatia (este último por contraste com a homeopatia). No entanto, se a diversidade terminológica não pode ser

¹⁷ Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais (Lei nº 45/2003, de 22 de Agosto).

negada, o que uma reflexão mais cuidada revela é que essa diversidade só emerge numa lógica relacional, ou seja, quando se procura estabelecer comparações entre a *Medicina* (leia-se convencional) e *outros* sistemas terapêuticos. A medicina (convencional), ao contrário das medecinas complementares e alternativas, não necessita de adjetivação. E este facto aparentemente simples é revelador do lugar social dos diversos sistemas terapêuticos; a medicina convencional, nas modernas sociedades ocidentais, é a *Medicina*.

No entanto, tal não significa que não abundem as reflexões sociológicas que, tomando como foco essa Medicina, problematizam a sua adjetivação, quer privilegiando uma perspetiva diacrónica, reconstruindo o processo da sua constituição como sistema terapêutico dominante, quer privilegiando uma perspetiva relacional, analisando a sua posição face a outros sistemas terapêuticos. Efetivamente, os vários cientistas sociais que têm desenvolvido análises sobre as MCA sob os mais variados ângulos, não só explicitam e justificam de forma sistemática a opção por determinado termo para qualificar as medecinas não convencionais, como, em alguns casos, fazem o mesmo exercício para a medicina convencional.

Alguns optam pelo termo *biomedicina*, para referir a base científica das práticas geralmente reconhecidas como caracterizando a medicina convencional, isto é, técnicas baseadas na aplicação dos princípios das ciências naturais, em particular da biologia e da bioquímica (Broom e Tovey, 2008). Outros recorrem a um critério de localização geográfica e preferem o termo *medicina ocidental* (Janes, 1999). Outros ainda adotam designações que remetem para o seu estatuto hegemónico nas modernas sociedades ocidentais, recorrendo ao epíteto *ortodoxas* (por exemplo, Saks, 2001).

A diversidade de designações para as MCA e ausência de consenso em torno dessas designações – quer do ponto de vista das análises sociológicas sobre o fenómeno, quer do ponto de vista dos atores políticos, entendidos em sentido lato – dá indicações sobre diferentes tipos de abordagens e de formas de perspetivar o conteúdo dos saberes e das práticas que as fundamentam, mas também sobre o lugar que ocupam (ou ambicionam ocupar) por relação à medicina convencional (Coulter e Willis, 2007). A utilização de diferentes categorias está ideologicamente ancorada (Broom e Tovey, 2008: 3) e associada a objetivos políticos, económicos e profissionais (Bombardieri e Easthope, 2000). Nessa medida, os termos utilizados para classificar as práticas terapêuticas de que nos ocupamos nesta tese são reveladores das lutas simbólicas, não só inter-sistemas terapêuticos (medicina convencional *versus* MCA), mas também intra-MCA. Neste último caso, a conflitualidade interna expressa-se também na auto e hetero-atribuição de classificações conotadas com o espaço que se pretende ocupar, ou com aquele para o qual se procura relegar outras terapias.

Há autores que utilizam o mesmo termo para designar as MCA – tal como as temos vindo a definir – e as chamadas medicinas populares. Inscreve-se nesta linha a designação *medicina tradicional* (*folk* no original), utilizada por Bakx (1991), para se referir a todas as práticas que se encontram fora da esfera normal de atuação da medicina ocidental ortodoxa. O autor questiona o facto de, nas sociedades que apelida de pós-modernas, se pensar o conflito entre a medicina tradicional e a biomedicina como um conflito entre um sector tradicional e um sector moderno, até porque várias práticas que integram a medicina tradicional são contemporâneas da biomedicina, tendo sido desenvolvidas no século XIX (Bakx, 1991: 28), como é, por exemplo, o caso da homeopatia.

Mas até a utilização da mesma designação para estas medicinas esconde a diversidade de significados atribuídos ao termo. Veja-se um dos mais frequentemente utilizados, o de *alternativas*. A opção por esta classificação surge muitas vezes associada à crítica do termo *complementar*, e remete para a impossibilidade de compatibilização e integração dos dois sistemas terapêuticos, ora com o argumento da incomensurabilidade paradigmática, na aceção de Kuhn (1970), ora com a rejeição de uma posição de subalternidade destas medicinas face à medicina convencional que se considera conotada pelo termo *complementar*. Trata-se de perspetivas analíticas sobre as MCA que colocam a ênfase na diferenciação e nos contrastes relativamente à medicina convencional (Barry, 2006a).

O debate sobre a opção entre *alternativo* e *complementar* tem sido abundante. Num estudo compreensivo sobre as MCA – abrangendo os terapeutas, os pacientes e o estado – Cant e Sharma (1999) mostram como o termo *alternativa*, na perspetiva dos terapeutas, remete para uma conceção destas medicinas como sistemas completos, autónomos e autossuficientes, que podem constituir uma alternativa viável à medicina ortodoxa. Por seu lado, para estas autoras, o de *complementar* abre a possibilidade de cooperação com a biomedicina, mas com o risco de relegar as medicinas complementares para uma posição de subordinação face àquela. Risco que não é, no entanto, partilhado por outras posições que elegem esse termo como o mais adequado.

Mais tarde, num estudo sobre a utilização destas medicinas em doentes oncológicos, Broom e Tovey (2008) argumentam que as categorias *complementar* e *alternativa* apresentam dificuldades quer para os praticantes de MCA quer para os médicos, já que comportam determinadas qualidades que não são consensualmente aceites por uns ou por outros. A designação *complementar* tem a conotação negativa, segundo muitos terapeutas de MCA, de remeter estas terapias para uma posição não essencial. A *alternativa* é igualmente problemática, sugerindo, para outros, separação e incomensurabilidade paradigmática face à biomedicina. Além disso, para alguns médicos, esta designação

comporta em si a ideia de que a MCA constitui uma alternativa legítima à biomedicina (em particular no tratamento do cancro), o que rejeitam totalmente (Broom e Tovey, 2008: 3).

Nem sempre, porém, o termo *complementar* é conotado com uma posição de subordinação das MCA (e dos respetivos terapeutas) à profissão médica, para utilizar uma das estratégias de dominação da profissão médica identificadas por Turner (1987). Reconhecendo que a medicina ortodoxa dificilmente reconhece o seu próprio papel complementar – em igualdade de circunstâncias com as MCA – Kumar defende que esse termo transmite um maior sentido de igualdade e reciprocidade entre os dois sistemas terapêuticos (Kumar, 2003). Num estudo realizado em Portugal, junto dos terapeutas das MCA (Pegado, 1998), a complementaridade emergiu, na maior parte dos casos, como traço identitário mas também como estratégia de legitimação destas terapias. Rejeitando-se uma posição de subordinação à profissão médica, as lutas então empreendidas pelas organizações representativas dos terapeutas assentavam essencialmente na busca de um estatuto semelhante à medicina convencional, que permitisse um trabalho de cooperação entre os dois sistemas.

O termo *alternativa* é o escolhido nas análises que enfatizam a diferenciação das MCA face à medicina convencional, quer ao nível paradigmático (Siahpush, 1998; Villanueva-Russel, 2005), quer ao nível institucional (Saks, 2001, 2003, 2005). No primeiro caso, considera-se que existem diferenças fundamentais e muitas vezes irreconciliáveis entre a maioria das terapias e a medicina convencional, relativamente a conceções tão centrais como as de doença, de sintomas e de tratamentos, avançando para uma explicitação dessas diferenças. A medicina convencional encara a doença como o resultado da invasão de um agente, enquanto muitas modalidades alternativas consideram que a doença é causada por desequilíbrios na vida dos indivíduos. De acordo com a medicina convencional, os sintomas são diretamente causados por uma doença, enquanto muitas terapias alternativas defendem que os sintomas são o resultado das tentativas do corpo se defender e curar-se a si próprio. Finalmente, enquanto na medicina convencional o tratamento é efetuado nos órgãos e implica a remoção do agente patogénico/infeccioso, na maioria das modalidades alternativas o tratamento implica reforçar o sistema imunitário e os processos de defesa dos pacientes (Siahpush, 1999a: 173).

No segundo, destaca-se a abordagem de Saks no campo da sociologia das profissões (2001), uma das mais consistentes na reconstrução do processo de profissionalização da medicina convencional e das estratégias de profissionalização das MCA, onde se privilegia a utilização do termo *medicina alternativa*, argumentando que o seu significado remete precisamente para a posição que as diversas terapias ocupam por relação à medicina convencional, a nível do próprio estado, nomeadamente para a sua marginalização política.

Outros autores criticam abertamente a categoria complementar e alternativa, sem, contudo, a abandonar. Consideram-na problemática, não só porque é negativa, estática e esconde uma enorme variedade de filosofias e práticas, agrupadas de forma indiscriminada, mas também porque reduz as terapias aqui incluídas à sua relação com a medicina convencional (Pizzorno, 2002; Doel e Segrott, 2004).

Embora a expressão ‘medicina complementar e alternativa’ se tenha tornado um lugar comum, continua a ser uma designação infeliz já que implica uma subserviência a uma ortodoxia inquestionável e hegemónica, conota um falso sentido de unidade, e fracassa no reconhecimento de que o limite dos seus referentes se estende para além das fronteiras estreitas da medicina (Clarke, Doel e Segrott, 2004: 329).

Gale (2014) critica a utilização de complementar e alternativa em conjunto, como se se tratasse de situações equivalentes, sendo que esta designação é feita por referência à biomedicina, o que revela bem como a “dominância biomédica continua a enquadrar a linguagem através da qual nos ocupamos de assuntos de saúde, doença e tratamento” (Gale, 2014: 806). Mobiliza Bourdieu e o seu conceito de violência simbólica (Bourdieu, 1989) para dar conta do significado atribuído a esta designação, nomeadamente o facto de os indivíduos experienciarem a dominação de que são alvo como natural e inevitável. Uma outra crítica a esta designação é o facto de procurar capturar um conjunto vasto de práticas que muitas vezes poucas semelhanças têm entre si. Aliás, não se trata apenas de uma inter-diversidade (entre as várias terapias), mas também de uma intra-diversidade (no interior da mesma terapia), tal como acontece com a biomedicina. Outra dicotomia frequente é a que geralmente é estabelecida entre a medicina ocidental (no singular) e outras medicinas, numa perspetiva que o autor apelida de colonialista e incorreta (veja-se o exemplo da osteopatia e da homeopatia, ambas com origem nas sociedades ocidentais, EUA e Alemanha respetivamente) (Gale, 2014).

Alguns autores, procurando ultrapassar a conotação de subalternidade que o termo *complementar* parece sugerir, optam pelo qualificativo *paralelas*. Numa das primeiras reflexões sobre as medicinas não convencionais no domínio das ciências sociais em Portugal, Pereira apelida-as de *paralelas*, para designar tanto a chamada “medicina popular”, com uma vertente mais empírica, sem um corpo de saberes abstrato e sistematizado, como as ditas “medicinas alternativas”, que manifestam sinais de erudição e sistematização na abordagem do corpo e nas conceções sobre saúde e doença (Pereira, 1993: 159-60). Outros rejeitam este termo, por considerarem que conota a imagem de dois sistemas (este e o da medicina convencional) que não têm pontos de contacto, o que não se verifica na prática (Quénart, 1990).

O termo *tradicional* também tem vindo a ser utilizado, quer em documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde¹⁸, quer no quadro das reivindicações de profissionalização por parte dos terapeutas de MCA, geralmente por oposição ao que se qualificaria como “medicina moderna” (Gale, 2014). As críticas são tantas quantos os usos (por exemplo, Janes, 1999; Saks, 2005). Primeiro, a nível semântico, o termo só se aplicaria a terapias/medicinas com tradições históricas longas, o que exclui, desde logo, um conjunto de práticas “modernas” (veja-se o exemplo da homeopatia, datada do século XIX). Segundo, como argumenta Janes (1999), evoca um significado de que estes sistemas terapêuticos são imutáveis, o que não corresponde à realidade. Terceiro, em muitos casos é sobretudo utilizado como estratégia de valorização destas terapias, isto é, o seu carácter histórico, por vezes milenar, seria garantia do seu valor (Vickers e Heller, 2005).

Efetivamente, termos como *tradicional*, *nativo* ou *indígena* têm sido correntemente utilizados, mas em contextos sociais específicos, em que a prática da biomedicina coexiste com o recurso a práticas tradicionais, cuja antiguidade é anterior à biomedicina, e cuja expressão sofreu decréscimos pouco significativos com a expansão daquela. Referimo-nos, por exemplo à medicina tradicional chinesa, na China, ou à medicina ayurvédica na Índia, a espaços sociogeográficos em que as práticas terapêuticas tradicionais se mantêm muito enraizadas e que têm constituído objeto de estudo sobretudo da antropologia, ou ainda a locais onde a medicina convencional possui um estatuto hegemónico, mas nos quais, por via da presença de fortes contingentes de imigrantes, foram introduzidas terapias tradicionais dos seus países de origem.

Nesses contextos, a terminologia adquire outros significados. Veja-se o exemplo do México, em que *complementar* e *alternativa* não são qualificativos adequados, dada a elevada prevalência, o significado cultural e a presença histórica da medicina tradicional, isto é, quer a medicina tradicional, quer a biomedicina fazem parte da corrente principal (Nigenda, Manca e Mora, 2001). Os autores preferem designar aquelas terapias como *não-biomédicas* para agregar a grande variedade de práticas de cuidados de saúde que não seguem a lógica da biomedicina. A partir do critério da sua origem, estabelecem uma distinção entre duas categorias: a medicina tradicional e a medicina alternativa. A medicina tradicional seria o resultado de uma união sincrética entre conceitos pré-hispânicos de práticas de cuidados de saúde, ao passo que a medicina alternativa reúne uma maior variedade de conceitos e práticas que têm diversas origens não-indígenas, desde a acupunctura da medicina tradicional chinesa até à homeopatia da Europa (Nigenda, Manca e Mora, 2001: 12).

¹⁸ Medicina Tradicional tem sido a terminologia adotada pela Organização Mundial de Saúde, conforme publicações onde se define a estratégia mundial para estas medicinas: WHO (2002), *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*; WHO (2013), *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*.

Se boa parte dos termos utilizados remetem para o lugar que as MCA ocupam por relação à medicina convencional – em termos de legitimação sancionada pelo estado e de reconhecimento público –, em outros casos os termos referem-se a características que se considera serem intrínsecas às representações sobre saúde, doença e cuidados terapêuticos que constituem a essência das MCA ou, dito de outro modo, às suas características paradigmáticas. É neste âmbito que se inscrevem termos como *natural* ou *holística*, ou ainda *suaves*¹⁹ (Lalli, 1986, 1990; Quéniart e Saillant, 1990; Thompson, 2003).

O termo *natural* é polissêmico, possui uma carga simbólica forte e está sujeito a manipulação no sentido da sua valorização, sobretudo quando utilizado por oposição a categorias como “artificial” ou químico”. Aplicado aos medicamentos, reúne algum consenso: “Apelidar uma terapia, um medicamento ou um alimento de natural é validá-lo imediatamente e há um sentimento generalizado e prevalecente de que se é natural deve ser bom para nós” (Stevenson, 2004: 245). Segundo a autora, a oposição entre os medicamentos naturais e os medicamentos ortodoxos representaria a oposição entre algo “original” e algo transformado pela ação humana, apelidado de químico, com uma conotação negativa, causador de problemas. Na modernidade, a simbologia do natural está investida de uma ideologia de inocuidade (Lopes, 2010b; Lopes *et al.*, 2012) e, acrescentamos, a terapêuticas que seriam menos invasivas e, por isso, menos suscetíveis de provocar efeitos indesejados.

Relativamente ao termo *holística*, Andrews, Evans e McAlister (2013), por exemplo, consideram que o holismo é um dos traços fundamentais comuns às várias terapias não convencionais. O holismo implica um entendimento de que o corpo e a mente são um sistema unificado que está íntima e complexamente ligado aos sistemas sociais, político-económicos e biológicos, bem como a crença de que o todo constituído por estes sistemas interligados é maior do que a soma das suas partes. Os autores consideram que o holismo é um traço de tal modo central às terapias que justifica a utilização do termo *medicina holística*.

Estas designações, ancoradas naquilo que seria a “natureza” das terapias em análise, afiguram-se mais problemáticas do que aquelas que privilegiam um critério relacional (por relação à medicina convencional). Efetivamente, a ocultação da diversidade de filosofias e práticas é um risco bastante maior quando se opta por termos com estes significados. Quanto ao holismo, Saks alerta para os riscos de um olhar menos atento, já que havendo algumas práticas – como a medicina tradicional chinesa ou a medicina ayurvédica – que se baseiam em conceções gerais de saúde derivadas de premissas filosóficas que ligam o corpo e a mente ao ambiente mais vasto, outras há que não o são e, pelo contrário, tendem a reproduzir modelos e métodos terapêuticos mecanicistas – por

¹⁹ Tradução livre do francês “douces”.

exemplo, a osteopatia, que acaba por estar confinada ao tratamento dos problemas de coluna (Saks, 2005). Numa crítica convergente, Siahpush (1999a) classifica o rótulo de *holismo* como bandeira da medicina alternativa, sem que isso signifique na realidade que todas as terapias sejam holísticas nem que o sejam em todos os aspetos. Além disso, de forma inversa, não se pode negar que na medicina convencional haja também abordagens holísticas (Siahpush, 1999a: 173). Sobre o termo *natural*, fica ainda a pergunta de Saks: “E o que pode ser menos natural do que inserir agulhas de metal no corpo de uma pessoa com fins terapêuticos, como faz a acupuntura?” (Saks, 2005: 60).

Apesar das várias críticas que têm sido apontadas à opção pela categoria MCA, na verdade não têm surgido propostas alternativas satisfatórias. No âmbito da análise sociológica, é importante reconhecer a utilidade do recurso a categorias binárias, se as tratarmos como categorias sociais (socialmente construídas), que dão conta da posição marginal das MCA nas relações de poder que caracterizam os cuidados de saúde nas sociedades ocidentais modernas. Além disso, heurísticamente, consideramos que a opção por um termo relacional é menos problemática do que aquela por termos que remetem para as características intrínsecas das terapias, dado que estes últimos ocultam a sua diversidade. Falar de MCA – e englobar aí uma diversidade de práticas terapêuticas – é assumir que, embora diferenciadas quanto à sua natureza, as várias terapias têm em comum o facto de se situarem numa posição de marginalidade face à medicina convencional.

O termo é utilizado retomando a assunção colocada no início deste capítulo. As fronteiras entre a medicina ortodoxa e as MCA não são estanques nem fixas (como atesta, por exemplo, o caso da acupuntura, que em Portugal foi reconhecida, pela Ordem dos Médicos, como competência médica, em 2002), à medida que determinadas terapias conquistam a aceitação da ortodoxia. Além de que, obviamente, práticas que em determinados contextos geográficos são consideradas alternativas, são convencionais noutros contextos (Kelner e Wellman, 2000: 4). Os conceitos de ortodoxia e heresia na medicina têm sido problematizados para dar conta da mudança de estatuto das práticas terapêuticas (Gürsoy, 1996; Jones, 2004). Partindo da ideia de que a medicina ortodoxa é um conhecimento socialmente construído, Jones apresenta vários exemplos de descobertas e práticas médicas que foram consideradas heresias (e dissidências) e depois incorporadas na ortodoxia (incluindo, por exemplo, a osteopatia no Reino Unido); “Apenas a história mostrará em que medida os desafios heréticos e dissidentes de hoje se tornarão as ortodoxias de amanhã” (Jones, 2004: 711).

Vários exemplos atestam este estatuto variável e dinâmico das classificações que, sendo sociais, são mutáveis. Um deles é o caso da quiropráxia na Dinamarca, que se encontra integrada nos serviços públicos de saúde, estando o termo MCA reservado às

terapias que não gozam de idêntico estatuto. Outro é o das medicinas que são consideradas sistemas médicos indígenas consoante a sua localização, como é o caso da medicina ayurvédica, simultaneamente sistema médico na Índia e terapia incluída nas MCA na Alemanha (Nissen e Manderson, 2013). A diversidade de estatutos estende-se à diversidade de significados na procura dos recursos terapêuticos por parte das populações. Como Adib (2004) salienta, enquanto nos países desenvolvidos do ocidente, ela está associada a “experiências de *empowerment*” de grupos de elevado capital cultural e económico, que têm capacidade para pagar terapias que não são comparticipadas pelo estado, nos países em desenvolvimento constitui um recurso para as populações – que são a maioria – sem capacidade económica para pagar a medicina convencional (Adib, 2004: 698).

Nesta tese, para designar o sistema terapêutico que usufrui de uma posição dominante nas sociedades ocidentais, e em particular em Portugal – a *medicina oficial* –, utilizamos o termo medicina convencional, biomedicina ou ainda medicina ortodoxa.

1.3. Fronteiras e demarcações

“O que não cabe dentro das MCA?” poderia ser o título para o conteúdo de boa parte deste ponto. Como referimos, ainda que as fronteiras não sejam fáceis de estabelecer, as MCA demarcam-se das medicinas populares, de base empírica, de transmissão predominantemente oral, fortemente enraizadas no local (sobretudo) rural, e de outros sistemas que podem constituir recursos terapêuticos, como a religião e o esoterismo.

Estas demarcações são, muitas vezes, eminentemente simbólicas e ocorrem num quadro de estratégias de legitimação das práticas e de profissionalização dos terapeutas, com vista à obtenção de um estatuto semelhante àquele de que goza a medicina convencional. Mas não são consensuais no interior das MCA ou mesmo dentro de cada terapia específica. Retomando esta questão mais adiante (cf. capítulo 5), no âmbito do contexto institucional, por ora importa, sumariamente, identificar o modo como as fronteiras permitem o fechamento do campo das MCA, mas também assinalar as trocas que se verificam entre os diferentes sistemas ou recursos terapêuticos.

Uma das propostas classificatórias que tem vindo a ser mobilizada nas análises sobre as MCA, e que se revela profícua para a exploração das fronteiras e demarcações, é a abordagem sistémica de Kleinman (1978, 1980), que concebe os sistemas médicos como sistemas culturais, constituídos pela saúde, doença, cuidados de saúde e respetivas articulações. Os sistemas médicos relacionam as crenças sobre as causas da doença, a experiência dos sintomas, os padrões de comportamentos de doença, as decisões sobre opções terapêuticas, as práticas terapêuticas e as avaliações dos resultados terapêuticos.

Todos estes aspetos são governados pelo mesmo conjunto de regras socialmente sancionadas.

Para o autor, a maioria dos sistemas de cuidados de saúde inclui três arenas sociais no interior das quais a doença é experienciada: i) o sector popular, que inclui essencialmente o contexto familiar da doença e dos respetivos cuidados, mas pode alargar-se também à comunidade, entendida num sentido restrito; ii) o sector tradicional (*folk*), que inclui especialistas de cura não-profissionais; iii) o sector profissional, que inclui os profissionais da medicina moderna e as tradições médicas profissionalizadas (medicina chinesa, medicina ayurvédica, quiropráxia, etc.).

Uma análise mais detalhada de cada um destes sectores revela-se útil para o questionamento da aplicabilidade deste esquema classificatório à condição das MCA nas sociedades modernas. Segundo Kleinman (1980), integram o sector popular vários níveis, desde o individual, ao familiar e ao comunitário. Trata-se da arena da cultura popular, leiga, não profissional e não pericial, na qual a doença é definida em primeira instância e as atividades de cuidados de saúde são iniciadas. As opções terapêuticas dos indivíduos – recurso ao sector tradicional ou profissional – estão ancoradas nas orientações cognitivas e valorativas da cultura popular. É também ao sector popular que os indivíduos retornam para avaliar os resultados terapêuticos e tomar novas decisões. Para o autor, o sector popular seria o elo de ligação das fronteiras entre os diversos sectores, contendo os pontos de entrada, de saída e de transição entre eles, enquanto os outros dois sectores estariam geralmente isolados um do outro.

Relativamente a estes dois sectores – tradicional e profissional – aquilo que os distingue é a profissionalização. O sector tradicional corresponde assim a situações onde não existe profissionalização, mas sim um conjunto de práticas terapêuticas desenvolvidas por especialistas não-profissionais, onde muitas vezes se fundem o sagrado e o laico. O autor inclui neste sector terapias como o shamanismo ou a cura ritual (sagradas e mais estudadas pela antropologia) e outras terapias laicas como a utilização de plantas medicinais, as terapias manipulativas, etc. Fazendo um paralelo com a terminologia utilizada nesta dissertação, parte do sector tradicional corresponde ao que aqui designamos por *medicinas populares*.

O sector profissional engloba as profissões direcionadas para os cuidados de saúde o que, nas sociedades ocidentais, corresponde à medicina convencional. No entanto, em outras sociedades existem sistemas médicos profissionais indígenas, como é o caso da medicina tradicional chinesa ou da medicina ayurvédica. É neste sentido que o autor refere a existência de vários subsectores profissionais (moderno e tradicional, mas também divisões dentro do moderno).

No caso das MCA, a sua inclusão no sector tradicional – na sua componente laica – ou no sector profissional não é linear, já que depende do estado em que, num determinado contexto, se encontra o processo de profissionalização de cada terapia. A este propósito, num texto sobre pluralismo médico, Clamote (2006) acrescenta à segmentação tipológica de Kleinman uma segmentação do sector tradicional entre praticantes de medicinas populares e praticantes de medicinas paralelas, incluindo estas segmentos internos que procuram profissionalizar-se e inserir-se assim no sector profissional.

A distinção entre as MCA e o que temos vindo a designar por medicinas populares é estabelecida a vários níveis. Um dos principais respeita à *profissionalização*. As primeiras são praticadas por terapeutas que reclamam para si um estatuto de profissionais, enquanto nas segundas os *curandeiros* – expressão mais comumente utilizadas para designar os respetivos praticantes – se têm mantido à margem dos processos de profissionalização (Vickers e Heller, 2005; McClean e Moore, 2013).

Outro remete para a questão da *pericialidade*. As terapias incluídas nas MCA compreendem saberes codificados e reconhecidos, designadamente um núcleo de princípios que explicam a terapêutica. Esses saberes estão patentes em textos escritos que orientam a prática. Nesse sentido, podemos afirmar que as MCA constituem um sistema pericial, na aceção de Giddens (1992), embora não ortodoxo. No caso das medicinas populares, os conhecimentos inscrevem-se na tradição oral e não se encontram sistematicamente codificados. Os *curandeiros* encaram muitas vezes o seu envolvimento na cura como uma “chamada”, como um dom com o qual nasceram (McClean e Moore, 2013).

Um terceiro respeita à *mercantilização*. Tomando como objeto de análise a *medicina popular* (*folk healing* no original) no Reino Unido, McClean e Moore definem-na como um conjunto de “práticas de saúde informais leigas que são raramente publicitadas e para as quais geralmente não existem pagamentos formalizados” e salientam a diferenciação face às MCA, referindo que estas “têm mimetizado a biomedicina como um modelo de pagamento pelo serviço, e no quadro deste modelo isso implica que o pagamento assegura a pericialidade” (McClean e Moore, 2013: 195-96).

Estabelecer diferenciações não equivale, porém, a negar o carácter fluido e contestável das fronteiras entre os dois sistemas terapêuticos. Verificam-se sobreposições, ambiguidades, tensões e conflitos, inevitáveis numa cultura de saúde pluralista e mercantilizada. Algumas formas de MCA foram inspiradas por elementos com origens populares e algumas práticas das medicinas populares vieram a constituir-se como terapias das MCA; veja-se o exemplo da quiropráxia ou da osteopatia (Vickers e Heller, 2005).

Um segundo tipo de fronteiras, cuja ambiguidade é porventura ainda mais marcada, respeita às dimensões espiritual, esotérica, religiosa, ou mesmo mágica – logo, não científicas – de que uma parte dos terapeutas de uma parte das terapias se procura

distanciar. Num trabalho sobre as estratégias de legitimação do campo das MCA em Portugal (Pegado, 1998), tornou-se evidente que uma dessas estratégias passava precisamente pela aproximação ao modelo biomédico de cientificidade – com a devida manutenção da identidade própria, designadamente no que respeita à demonstração da eficácia terapêutica, como veremos mais à frente (cf. capítulo 2) –, o que passava pelo afastamento de elementos espirituais ou esotéricos.

Novamente, trata-se de uma demarcação simbólica e não generalizada a todas as terapias e terapeutas. De facto, algumas e alguns invocam esse tipo de elementos como traços identitários e distintivos face à medicina convencional, e são esses mesmos traços que as tornam atrativas para o público leigo. Como refere Clamote, a ausência de um quadro paradigmático unificador e específico sobre a abordagem da saúde e da doença tende a criar divisões entre os praticantes das MCA, essencialmente entre os que seguem o percurso de adaptação à biomedicina e os que se mantêm ancorados num quadro de alteridade epistémica (Clamote, 2006: 226). Podemos assim afirmar que, em muitos casos, os terapeutas das MCA se encontram num dilema que se traduz na seguinte questão: como legitimar uma prática terapêutica recorrendo aos critérios de legitimação dominantes nas sociedades modernas, sem perder uma identidade onde se valorizam elementos não-científicos?

A este propósito, Pereira equipara aquilo que designa por medicinas paralelas ao esoterismo, mas sem os preconceitos que encaram o esoterismo como um amontoado de superstições obscuras, retrógradas e doentias, isto é,

O esoterismo caracteriza-se como o modo de pensar e de sentir comum aos visionários, a vários tipos de curadores – acupunctores, médiuns, magos, feiticeiros, etc. – e a outros agentes de um saber que se revela, ainda que em diferentes graus, sistemático e ordenado de acordo com instrumentos teóricos capazes de interpretar o mundo (gnose) e de agir sobre ele de acordo com regras ditadas aos iniciados e defendidas dos olhares profanos (hermetismo). Os métodos esotéricos interessam-se pelo doente, mais do que pela doença, considerando o indivíduo na sua totalidade física, espiritual, afetiva e integrado no meio cósmico (...) O esoterismo procura o divino no manifesto e sustenta uma interpretação integrada do mundo e do homem, afirmando a superioridade da intuição sobre a inteligência, já que aquela pode captar o subtil (...) Para entender o que se passa com o doente é essencial, para as medicinas esotéricas, conhecer a natureza integral do ser humano, já que é ele que traz a doença e o tratamento deve ser adaptado à unidade e à totalidade do indivíduo.” (Pereira, 1993: 170).

Outros autores chegam a referir a resistência ao método científico como um dos traços comuns às terapias inscritas nas MCA (Hughes, 2015).

As demarcações e fronteiras não são apenas por relação ao exterior do que designamos campo das MCA, elas também remetem para a diferenciação interna, isto é,

coloca-se a questão de delimitação de fronteiras entre as várias terapias/medicinas, num contexto em que as trocas e sobreposições são frequentes e ditadas não só pelas características paradigmáticas de cada terapia, mas também pelas estratégias de legitimação que cada uma vai desenvolvendo. A simples leitura dos termos em que são caracterizadas cada uma das terapias para as quais existe legislação em Portugal (cf. ponto 1.1 deste capítulo) é reveladora.

Para citar apenas um exemplo, veja-se o caso da naturopatia, ilustrativo da dificuldade em estabelecer de forma absoluta a *identidade* de cada terapia. Na naturopatia a doença é encarada como

uma resposta a toxinas do corpo e a desequilíbrios no ambiente social, físico e espiritual de uma pessoa: os germes não são a causa da doença por si sós, mas são antes parasitas que se aproveitam do corpo quando este se encontra em estado de fraqueza. Porque acreditam que o poder curativo da natureza (...) pode restabelecer a saúde, os naturopatas enfatizam a saúde preventiva, a educação e a responsabilidade do cliente. No passado, muitos naturopatas confiavam fortemente na hidroterapia, irrigação do cólon, medicina herbal, dieta, terapia com vitaminas (...) e exercício físico. Enquanto muitos terapeutas continuam a utilizar estas modalidades, outros hoje em dia viraram-se para a homeopatia, os suplementos nutricionais, a acupuntura e a medicina chinesa, a medicina ayurvédica, a iridologia e o aconselhamento (Baer, 2006: 1772-73).

Poder-se-á então perguntar quais os traços distintivos da naturopatia, quais as suas especificidades, já que parece confundir-se com o próprio conceito de MCA. Trata-se de uma medicina (ou uma terapia) em que as fronteiras face a outras terapias complementares e alternativas não estão bem definidas. Num estudo sobre os naturopatas, os autores concluem que não há consenso entre eles relativamente ao âmbito de acção desta prática terapêutica; uns consideram que as definições de naturopatia são demasiado restritivas, outros adequadas, e outros demasiado abrangentes; referem, além disso, a sobreposição com outras práticas (Verhoef, Boon e Mutasingwa, 2006).

Não é objetivo nem é este o lugar para estabelecer essas fronteiras. Uma vez que esta dissertação não toma como objeto uma terapia em particular, sendo importante assinalar a fluidez das fronteiras, adotamos uma perspectiva em que, do ponto de vista heurístico, se afigura mais adequado tratar as MCA essencialmente como um todo, o que não significa ignorar a sua diversidade interna, por várias vezes assinalada.

Capítulo 2

Sistemas terapêuticos na modernidade: da hegemonia da biomedicina à (re)emergência das Medicinas Complementares e Alternativas

Porque a medicina convencional ocupa, nas sociedades ocidentais contemporâneas, uma posição hegemónica, de quase monopólio dos cuidados de saúde, uma análise centrada nas Medicinas Complementares e Alternativas (MCA) implica, necessariamente, uma abordagem relacional face àquela medicina. Porque as posições de uma e outras não são, como referimos, imutáveis, essa análise deve ser empreendida numa perspetiva histórica.

É este o propósito do presente capítulo. Em primeiro lugar, procura-se reconstituir o processo de constituição da medicina moderna, mostrando como a sua afirmação foi relegando progressivamente as MCA para um estatuto de marginalidade. De seguida, aborda-se o fenómeno de (re)emergência destas medicinas a partir das décadas de 1960 e 1970. Finalmente, face à atual coexistência dos dois sistemas terapêuticos (em condições muito desiguais, saliente-se), procede-se a uma reflexão sobre as relações que se estabelecem entre eles, em termos de fronteiras, trocas e confluências.

2.1. A constituição da medicina moderna e a marginalização das Medicinas Complementares e Alternativas

A consolidação da biomedicina e a profissão médica

A medicina convencional, biomedicina ou medicina moderna tem uma história relativamente recente. Com as suas raízes na Europa do século XVIII, consolidou-se em meados do século XIX, altura a partir da qual a medicina científica ocidental passou a ser identificada com a biomedicina. Trata-se de um processo que ocorreu a par com a consolidação do método científico e com um ambiente cultural de confiança no progresso, no empirismo e no racionalismo. “A biomedicina representa o culminar de uma longa história de avanços (ocidentais) no conhecimento médico (...) que se tornaram possíveis por mudanças drásticas no modo como a ciência médica era desenvolvida e entendida” (Hughes, 2015: 448), designadamente o facto de se basear em evidências empíricas observáveis e mensuráveis. Estas mudanças alicerçam-se culturalmente numa noção de progresso, na ideia de que todos os desenvolvimentos médicos são avanços e de que a humanidade tem vindo a melhorar progressivamente através da ciência. Constituem assim um aspeto central no estabelecimento da medicina como uma profissão respeitável e acreditada.

A ênfase na medição/medida e nos dados físico-químicos que são produzidos por essa medição constitui um aspeto chave da biomedicina. O desenvolvimento de um

conjunto de instrumentos/tecnologias de medida, cada vez mais sofisticados – desde o estetoscópio às radiografias – permite diagnosticar doenças e as suas causas, independentemente dos relatos dos pacientes. Esta “obsessão” com os dados de cada paciente (que são comparados com os *standards/a* norma) integra-se naquilo a que Foucault (1977) denominou o *olhar clínico (clinical gaze)*, em que as populações são submetidas ao escrutínio médico para avaliação de riscos. Trata-se da emergência da medicina experimental, caracterizada pela racionalidade científica, cujo olhar se desloca do indivíduo doente para o corpo, sobretudo para os seus órgãos (ou para partes cada vez mais pequenas do seu corpo), perdendo assim a visão do indivíduo na sua unidade somatofísica (Raposo, 2009: 751).

Raposo reconstrói o processo de constituição da medicina baseada na prova (MBP) (*evidence-based medicine*) e mostra como esse processo não ocorreu de forma linear e isento de resistências, designadamente pelo facto de a quantificação e a estatística colidirem com um *ethos* humanitário da medicina.

Trata-se da passagem de uma medicina baseada na prática clínica - em que as terapêuticas adotadas resultavam da experiência clínica dos médicos, na sua aplicação aos doentes - para uma medicina baseada na prova, a partir dos resultados dos ensaios clínicos. O conhecimento produzido através desses ensaios, pela sua natureza, passa a poder ser transmitido formalmente a todos os médicos, através de orientações específicas e protocolos (Armstrong, 2002: 1722).

Nas décadas de 1950 e 1960, os ensaios clínicos aleatorizados duplamente cegos²⁰ (*double-blinded randomized controlled trials*) começam a ser introduzidos como procedimento para determinar a eficácia e a segurança de novos medicamentos, tendo vindo a ser adotados nas décadas seguintes, sobretudo a partir dos anos 1970. O termo *evidence-based medicine*, bem como os seus princípios, são divulgados a partir dos anos 1980 e em pouco tempo a medicina baseada na prova torna-se omnipresente no campo da medicina contemporânea, representando a consagração de uma nova epistemologia científica (Raposo, 2009: 758).

O facto de a perspetiva da MBP se ter difundido com grande sucesso não invalidou a existência de críticas e resistências por parte de alguns clínicos.

Em termos genéricos, os argumentos dos críticos da MBP vão no sentido de considerar que a natureza do trabalho médico diário, nomeadamente a especificidade do julgamento clínico

²⁰ “Esta expressão designa um procedimento utilizado na condução das experiências médicas, sobretudo em sujeitos humanos, com o objetivo de evitar enviesamentos e de assegurar um maior rigor científico. Na prática, significa que na maioria dos ensaios clínicos nem os investigadores nem os próprios sujeitos que participam nas experiências sabem se pertencem ao grupo de controlo ou ao grupo experimental, dado que foram determinados aleatoriamente. Só quando o estudo termina e os resultados são analisados é que a entidade promotora identifica os respetivos grupos e apresenta as suas conclusões” (Raposo, 2009: 757).

baseado em casos individuais, contrasta com a lógica hegemónica dos ensaios clínicos aleatórios duplamente cegos. Sobretudo porque as provas em que estes se baseiam apenas conferem uma validade externa, isto é, somente descrevem os benefícios de uma intervenção clínica aplicada a um grupo de indivíduos, enquanto um clínico tem de decidir se essas medidas podem beneficiar o indivíduo doente que o consulta. Tal facto constitui, portanto, uma diferença substancial no que diz respeito ao tipo de conhecimento usado e privilegiado em cada uma destas perspetivas, pois os clínicos não baseiam o seu conhecimento em provas de natureza técnica que permitem a formulação de recomendações ou *guidelines*, mas sim em julgamentos que valorizam as variações e as singularidades (Raposo, 2009: 760).

Outra das críticas respeita à elisão do indivíduo, que desaparece no meio das estatísticas, perdendo-se assim o respeito pela singularidade e desvalorizando-se as diferenças.

Em simultâneo, são desvalorizados os aspetos que lhe (ao saber clínico) conferem identidade, nomeadamente a clínica como ciência prudencial, como exercício da faculdade de julgar, em que, mais do que a existência de sistemáticas e exaustivas recomendações terapêuticas, o que importa é o julgamento das necessidades particulares de cada indivíduo doente (Raposo, 2009: 761).

Outra questão ainda são as limitações da prova estatística, que não se aplica a todas as situações.

apesar de o enfoque da moderna biomedicina privilegiar o geral e o universal em detrimento do particular e do existencial — em que os indivíduos tendem a ser vistos como casos ilustrativos das patologias —, o objetivo original da medicina é o de lidar com doentes individuais através de faculdades de julgamento prudenciais que valorizam a diferença e a singularidade (Raposo, 2009: 761).

Trata-se, nas palavras do autor, de diferenças epistemológicas que subsistem no quadro da prática clínica da biomedicina, entre um modelo clínico “tradicional”, em que predomina a decisão médica baseada numa epistemologia realista/naturalista, e um modelo epidemiológico que se alicerça em formas de inferência estatística, decorrentes de modelos probabilísticos (Raposo, 2009: 762).

O que pretendemos salientar com esta evocação, relativamente longa, do processo de constituição da medicina moderna, é o facto de este não culminar numa visão única sobre a prática clínica, nem, acrescentamos, sobre a eficácia terapêutica – ou melhor, dos meios para a atestar.

No primeiro caso, estão em causa diferentes formas de exercer a medicina, ao longo de um *continuum* cujos polos, em termos ideais-típicos, seriam “a arte da medicina” e “a medicina como ciência”. A diversidade interna à biomedicina prova que seria demasiado simplista estabelecer uma oposição entre as MCA e a medicina convencional com base nestes termos, como se na primeira se valorizasse predominantemente a “arte” e na

segunda a “ciência”. Do mesmo modo, se a questão da eficácia tem constituído uma “bandeira” nas lutas empreendidas por aqueles que rejeitam a legitimação das MCA como sistema terapêutico sancionado pelo estado, tal não autoriza um olhar monolítico sobre a eficácia, que nem sequer existe no âmbito da biomedicina.

Assim, se o domínio da biomedicina implica determinadas concepções sobre o corpo, a natureza da doença, e a relação entre o paciente e o médico, que geralmente são classificadas como o modelo biomédico, tal não se reproduz necessariamente a nível das práticas dos médicos (Broom e Tovey, 2008), às quais subjazem diferentes concepções sobre a medicina, ora mais próximas da “arte”, ora mais próximas da “ciência”.

Medicamentos e farmacologização

Um dos aspetos que contribuiu para a afirmação da medicina moderna como principal instrumento de controlo da saúde e da doença foi a crescente popularidade de um dos seus principais recursos terapêuticos: o medicamento. Como refere Lopes (2010b), o medicamento, na sua aceção farmacológica – como substância farmacológica, produzida por síntese química e apresentada sob forma farmacêutica –, constituiu-se no ícone da modernidade terapêutica, associado ao consolidar da ciência moderna no século XIX e ao despontar da indústria farmacêutica. A sua rápida disseminação nas práticas de saúde remeteu para uma progressiva invisibilidade social (embora não para a sua erradicação) o recurso a outras terapêuticas não farmacológicas (tais como as fórmulas naturais tradicionais, associadas às ervanárias ou aos remédios caseiros) (Lopes, 2010b: 20).

A atratividade dos medicamentos em diferentes culturas reside, para Van der Geest e Whyte (1989), no seu carácter concreto, na sua materialidade, em que a cura é objetivada, permitindo assim que a terapia se liberte dos seus enredamentos sociais, nomeadamente da pericialidade que lhes dá origem. Lopes associa a popularidade e hegemonia do fármaco face a outros recursos terapêuticos às propriedades socioculturais dos medicamentos, tal como definidas por estes autores, sistematizando-as do seguinte modo: i) a ergonomia social, isto é, o facto de o medicamento ser facilmente transportável e utilizável; ii) o efeito de privatismo, entendido enquanto possibilidade de acesso ao tratamento sem a mediação ou conhecimento de terceiros; iii) o efeito metonímico, que reside no facto de o medicamento ser uma substância que condensa em si o saber pericial, constituindo uma extensão desse saber (Lopes, 2010b: 21).

Além destas propriedades, a adesão social ao medicamento simboliza a confiança formal na ciência e o abandono das soluções terapêuticas – não-científicas – do passado; “Ciência e modernidade figuram assim como duas condições de eficácia, que o fármaco simboliza, e que remetem para o reduto social da ignorância ou do exotismo popular

qualquer persistência no uso de recursos terapêuticos exteriores à racionalidade suportada na técnica e na ciência” (Lopes, 2010b: 21).

Podemos assim afirmar que a constituição da medicina moderna e a sua dominância face a outros sistemas terapêuticos se vem alimentando de um processo de *farmacologização*, entendida como a tradução ou transformação de condições e capacidades humanas em oportunidades para a intervenção farmacêutica (Williams e Gabe, 2011: 710), ou, dito de outra forma, como duplo processo que envolve:

a generalização do uso do medicamento na gestão da doença e de um espectro cada vez mais amplo de aspetos distantes do campo da patologia; o surgir de novas categorias de necessidade de consumo médico e medicamentoso por efeito da própria inovação farmacológica (Lopes *et al.*, 2012: 6-7).

A marginalização das MCA

A história da medicina moderna é também a história da constituição de um monopólio e do afastamento de práticas terapêuticas que não se enquadravam no paradigma científico que a sustenta, remetidas para um estatuto de marginalização. Nesta perspetiva relacional, pode ainda ser reconstituída a partir do conceito de *profissionalização*, entendido, no sentido neo-weberiano, como estabelecimento de padrões, legalmente subscritos, de fechamento social exclusionário, obtido por algumas ocupações nas políticas do trabalho (Saks, 2003: 4).

Vários autores têm vindo a produzir análises sobre as relações históricas entre a medicina convencional e as MCA (Cant e Sharma, 1996b, 1999; Frohock, 2002; Saks, 2003, 2005; Winnick, 2005; Broom e Tovey, 2008).

Na Europa e nos EUA, ainda no século XIX, os médicos convencionais – alopatas – eram apenas um dos tipos de prestadores de cuidados de saúde lutando pela dominação profissional, coexistindo com outras modalidades e práticas terapêuticas, como a naturopatia ou a homeopatia. A reivindicação do setor da alopatia de que só as suas práticas podiam ser aprovadas quando submetidas ao crivo da cientificidade – cujos critérios são extraídos das ciências naturais – permitiu-lhe obter o monopólio da definição do que era científico, destituindo assim filosofias e tratamentos concorrentes com o argumento da sua falta de cientificidade (Frohock, 2002). Significa que estabeleceu o seu próprio conhecimento como o único árbitro válido da prática médica aceitável, conquistando o poder para desacreditar outras abordagens como inapropriadas, ingénuas, ou mesmo “charlatãs” (Cant e Sharma, 1996b).

O estado, persuadido pela profissão como agindo em nome do interesse público, limitou o financiamento da formação médica a escolas convencionais e legislou no sentido de restringir a prática “irregular”. Assim, o processo de profissionalização da medicina

convencional foi rápido, com a implementação de escolas de medicina, a introdução de sistemas de acreditação e critérios de licenciamento, a codificação das práticas médicas legítimas, a implementação de hospitais e uma forte organização profissional (Frohock, 2002; Winnick, 2005).

A biomedicina construiu-se como tal através de um processo de validação estatal, autonomia profissional e auto-regulação. Através da implementação de diversas políticas, regulações e leis, a biomedicina garantiu que determinadas práticas não recebessem legitimação do estado.

A biomedicina é, em última análise, o produto de disputas históricas sobre o acesso a recursos, a direitos à prática, à validação estatal e a territórios ocupacionais. Através destas disputas, a biomedicina tem sido relativamente bem sucedida no estabelecimento de um monopólio na oferta de cuidados de saúde primários e secundários. Por isso, o domínio da biomedicina tem tido a ver tanto com manobras políticas e conquistas de auto-regulação, como com eficácia (Broom e Tovey, 2008: 6).

Na mesma linha, desenvolvendo uma análise sistemática sobre a profissionalização daquilo que designa por medicina ortodoxa e sobre os emergentes processos de profissionalização do que apelida de medicina alternativa, Saks defende que não é aceitável que se possa afirmar a existência de regras universais do jogo científico que tornem a medicina ortodoxa ocidental numa atividade neutra e epistemologicamente privilegiada em comparação a modos alternativos de perspetivar o mundo. O autor rejeita pois esta visão essencialista, adotando uma perspetiva relativista, que confere particular importância à análise das interações entre os interesses dos grupos ocupacionais concorrentes (Saks, 2003: 3).

Focando-se nas sociedades britânica e dos EUA, o autor recua às tradições mais antigas dos cuidados de saúde, nomeadamente na era pré-industrial, em que se verificava uma oferta de grande diversidade de abordagens terapêuticas, sem que existissem categorias estanques para as diferenciar. A profissionalização dos praticantes da medicina ortodoxa relega para outro plano outros praticantes do campo da saúde e é fortemente tributária da ciência e da expansão da sua base tecnológica. O argumento central é o de que as políticas baseadas nos interesses dos grupos ocupacionais, mais do que a lógica científica por si só, são centrais para a compreensão dos cuidados de saúde em geral, bem como da relação entre a medicina ortodoxa e a medicina alternativa, em particular (Saks, 2003: 6).

Em meados do século XX, a profissão médica, tanto no Reino Unido, como nos EUA, tornou-se assim uma força poderosa, à medida que o império da ortodoxia médica se consolidava com o crescimento da biomedicina. As práticas que se encontravam fora deste império eram consideradas como “heresia”, crenças marginais que desafiavam a ideologia ortodoxa dominante. Este processo de marginalização marcou a ultrapassagem da era pré-

industrial pluralista que vigorava até ao século XIX. Depois disso, foi-se estabelecendo o monopólio médico, que foi sendo mantido com a extensão dos privilégios da profissão médica (Saks, 2003, 2005).

Evocando as estratégias de dominação médica propostas por Turner (1987), podemos afirmar que a conseqüente marginalização das MCA foi essencialmente baseada na *exclusão* da divisão do trabalho médico, em oposição à *subordinação* ou *limitação* de outras ocupações ligadas ao campo da saúde. A *exclusão* exerce-se sobre todas as práticas que se definem e se praticam como alternativa à medicina oficial, sendo que o peso político e económico e a influência profissional dos médicos determinam a situação de marginalidade e/ou ilegalidade de outras formas de produzir e prestar cuidados de saúde. Já a *subordinação* remete para categorias profissionais que cooperam com os médicos na divisão do trabalho médico, como por exemplo os profissionais de enfermagem ou os fisioterapeutas, sendo a natureza do seu trabalho e a posição funcional das suas tarefas definidas a partir da natureza do trabalho médico. A *limitação* refere-se à restrição dos domínios de ação profissional relativamente a grupos com competências equivalentes às dos médicos, obtidas em circuitos marginais às universidades, e que não dispõem de conhecimentos de medicina ao mesmo nível, havendo portanto uma certa rivalidade e competitividade (por exemplo, algumas profissões das tecnologias da saúde, como a optometria).

Outras abordagens ao processo histórico de marginalização das MCA tomam como foco o conhecimento, ou, mais precisamente, a legitimação do conhecimento, numa interseção entre a sociologia do conhecimento e a sociologia das profissões (Cant e Sharma, 1996b). No quadro do processo de profissionalização da medicina ortodoxa, a posse de um conhecimento pericial especializado é crucial, já que além de legitimar o elevado estatuto social dos seus praticantes, fornece os meios para ativar estratégias de fechamento social (*social closure*), conceito retomado de Weber (cit. in Gonçalves, 2007/2008), face a outras ocupações. Transmitido de uma forma organizada, muitas vezes em universidades, é standardizado, certificado e possui uma ancoragem científica. A autoridade adquirida por este tipo de conhecimento tem servido para definir a forma e as expectativas de outros tipos de conhecimento. Significa que os padrões definidos pelo conhecimento médico ortodoxo – a formação longa, a limitação do número de praticantes, a codificação e padronização da formação médica – passaram a constituir marcos de referência relativamente aos quais são avaliados os *outros* conhecimentos (Cant e Sharma, 1996b: 6), onde se incluem os que constituem as MCA.

Segundo as autoras, o conhecimento implicado na formação dos grupos ocupacionais que foram subordinados na – ou, acrescentamos, excluídos da – divisão do trabalho médico tem vindo a ser definido como dependendo, em última instância, dos

princípios estabelecidos pela autoridade médica, pelo que não se pode deixar de ter em conta a relação entre o conhecimento de qualquer sistema terapêutico alternativo com o conhecimento médico ortodoxo (Cant e Sharma, 1996b: 7).

2.2. A (re)emergência das Medicinas Complementares e Alternativas

Porquê o termo *(re)emergência* para dar conta do modo como as MCA ganham visibilidade nas sociedades ocidentais contemporâneas? Partilhamos da posição de Cant e Sharma (1999), quando defendem que em vez de se falar sobre o crescimento das MCA nas últimas quatro/cinco décadas, é mais adequado falar da sua re-emergência após um período de eclipse, que começou, tal como acima referido, quando a biomedicina desenvolveu alianças com o estado e com as ciências laboratoriais, ou seja, no final do século XIX na maioria dos países ocidentais. Tal não implicou o desaparecimento das outras formas de cura não biomédicas, que se mantiveram, mas de forma muito ténue (Cant e Sharma, 1999: 6).

As análises sociológicas sobre o (re)surgimento das MCA são unânimes quanto à sua localização temporal nas sociedades ocidentais, situando-o nas décadas de 1960 e 1970 (cf. por exemplo, Cant e Sharma, 1996a, 1999; Saks, 1995, 2003).

Em particular, Saks (2003) refere a emergência de uma contra-cultura médica, definida como uma subcultura em oposição à cultura dominante da medicina, relacionada com mudanças sociais mais vastas que ocorriam nas sociedades ocidentais nessas décadas (Roszak, 1970). Uma dessas mudanças é constituída pelo questionamento da pericialidade, cujo âmbito se alargou aos médicos e à medicina. Uma das críticas mais contundentes à medicina convencional é a de Illich. Ao analisar a contribuição direta da medicina para a saúde, o autor considera que não só esta foi mínima, como acabou por ser mais negativa que positiva. Os argumentos podem ser sistematizados da seguinte forma: i) os avanços da medicina geraram expectativas públicas de “curas milagrosas”, que foram goradas; ii) a medicina alargou demasiado o tipo de problemas que passaram a ser considerados do foro médico (uma crítica à medicalização, apelidada de sobre-medicalização); iii) foi responsável por um considerável número de doenças produzidas medicamente – as doenças iatrogénicas –, designadamente através dos efeitos indesejados da utilização de fármacos; iv) diminuiu a capacidade dos indivíduos para lidar autonomamente com a sua própria doença ao fomentar uma dependência, que o autor considera debilitante, do perito (Illich, 1975).

Outra forte crítica à biomedicina é preconizada por Bakx (1991), ao afirmar a existência de uma distância cultural cada vez maior dos consumidores relativamente aos médicos da biomedicina, bem como uma insatisfação pragmática com os resultados da prática médica.

A biomedicina está em risco de perder a sua hegemonia (...) porque: primeiro, distanciou-se culturalmente dos consumidores dos seus serviços; segundo, falhou em corresponder às suas promessas de propaganda de verdadeiras investidas no combate às doenças criadas pelo próprio modernismo; terceiro, os pacientes têm ficado cada vez mais alienados pelas experiências físicas e psicológicas negativas nas mãos dos próprios médicos (Bakx, 1991: 33).

No quadro destas críticas, o questionamento da eficácia da medicina no combate a determinado tipo de doenças – como é o caso das doenças crónicas – desempenha um papel central. Recorre-se inclusivamente à epidemiologia para demonstrar que a maioria das melhorias na saúde desde o século XIX deve-se sobretudo às melhorias na alimentação e no saneamento básico, mais do que à intervenção biomédica (Saks, 2003). O autor defende que a contra-cultura providenciou uma plataforma para os pacientes exercerem uma crescente pressão para a prestação de contas por parte da medicina ortodoxa (Saks, 2003), ao mesmo tempo que emergem filosofias de saúde alternativas, em boa parte materializadas nas MCA, que vão conquistando um crescente interesse por parte de indivíduos cada vez mais informados sobre diferentes opções de saúde.

A noção de *mercado de saúde natural* (Thompson, 2003) procura salientar o desenvolvimento de uma oferta terapêutica cosmopolita baseada em recursos qualificados como naturais, onde se incluem quer as terapias, quer os produtos que podem ser consumidos com ou sem controlo pericial. Este mercado é sustentado numa retórica de valorização do paciente-consumidor, isto é, no indivíduo informado capaz de fazer escolhas de saúde a partir da pluralidade de opções disponíveis.

O desenvolvimento das MCA tem passado, assim, pela expansão da mercantilização dos serviços e produtos que lhes estão associados, bem como da empresarialização dos respetivos terapeutas (Collyer, 2004; McClean e Moore, 2013). Nas sociedades ocidentais, as MCA têm vindo a ocupar um segmento de mercado florescente, tornando-se cada vez mais um grande negócio, que envolve em muitos casos grandes empresas nacionais ou multinacionais, responsáveis pelo fabrico e distribuição de produtos terapêuticos, equipamentos e dispositivos utilizados por estas medicinas.

O quadro sociocultural que temos vindo a descrever constitui o pano de fundo para a crescente popularidade das MCA. A entrada (ou reentrada) destes sistemas terapêuticos no campo dos cuidados de saúde tem sido abordada, por alguns autores, recorrendo ao conceito de *pluralismo médico* (Cant e Sharma, 1999; Janes, 1999; Nigenda, Manca e Mora, 2001; Clamote, 2006).

Segundo Clamote, o pluralismo médico significa "(...) uma situação estrutural de coexistência, num espaço social determinado, de práticas e conceções terapêuticas diversas, que são remetidas pelos atores sociais, bem como, em geral, pela normatividade e institucionalidade desses espaços, a uma pertença a configurações médicas diversas"

(Clamote, 2006: 197). Quer as configurações, quer as formas de coexistência podem ser diversas. No primeiro caso, elas oscilam entre configurações médicas sistemáticas, com significativos padrões de formalização institucional e doutrinária, e práticas médicas fragmentárias, que não gozam dos mesmos níveis de legitimação. No segundo, a coabitação entre as diversas configurações pode ir desde situações em que se encontra formalmente consagrada, ainda que compreendendo formas de hierarquização oficialmente instituídas, até àquelas em que se verifica uma exclusão aberta e um combate a determinadas práticas, classificadas como heterodoxas, pelas várias formas instituídas de regulação do campo da saúde (Clamote, 2006: 197-198).

O conceito, como afirma o autor, tem estado refém de uma utilização circunscrita às modernas sociedades ocidentais, em que a medicina convencional possui o monopólio do campo de prestação dos cuidados de saúde. Ora, essa circunstância não se verifica em outras áreas do sistema-mundo – nomeadamente em espaços onde as medicinas populares ou a medicina tradicional detêm um estatuto de legitimidade social paralelo à medicina convencional, como referido anteriormente (cf. capítulo 1, ponto 1.2). O autor advoga uma abordagem integrada do pluralismo médico, que permita captar as diferentes situações de pluralismo médico em diferentes áreas do sistema-mundo, retomando a distinção entre *sociedades do centro*, *sociedades periféricas colonizadas* e *sociedades da arena exterior* (Clamote, 2006: 217). Por razões óbvias interessa-nos, em particular, a análise do pluralismo médico nas sociedades do centro.

Nestas sociedades, a medicina moderna foi construindo um percurso de implantação de um monopólio no campo das práticas de saúde, redefinindo as outras práticas médicas como heterodoxas, onde se incluem as MCA. Estas assumem, elas próprias, uma diversidade de configurações, das quais Clamote destaca duas:

Por um lado, com o desenvolvimento do espaço de mercado, teorias mais sistematizadas, como a homeopatia, também reemergem, e estas com maior potencial - pelo seu carácter teórico e possibilidades de institucionalização - de contestação da normatividade biomédica no campo de prestação de cuidados de saúde, procurando a sua legitimação no espaço da cidadania. Por outro lado, com as dinâmicas de globalização, através do mesmo espaço de mercado e do espaço comunitário, tradições médicas, mais ou menos sistematizadas, extra-ocidentais, são enxertadas no espaço genésico da modernidade, quer nos espaços comunitários de novas migrações, quer na ampliação mercantil das margens de conceção de estratégias de bem-estar nas sociedades do centro (Clamote: 2006: 221-22).

O pluralismo médico, nestes contextos, passa assim pela dominação de um dispositivo normativo pleno da medicina moderna. O autor defende que, mesmo face a tentativas de incorporação na mesma ordem de legitimidade por parte das tradições e práticas de saúde heterodoxas mais sistematizadas, a biomedicina continua a manter a sua posição de

controlo normativo. Fá-lo delimitando um espaço próprio de atuação dessas práticas, com o estatuto de “coadjuvante”, através da externalização de algumas das suas impotências face a fenómenos de doença derivados do padrão epidemiológico moderno, com o peso de doenças crónicas, degenerativas e debilitante, e de formas de mal-estar e de possível desvio que ganham visibilidade e legitimidade por noções culturais mais alargadas do que é doença (Clamote, 2006), expressas no fenómeno da medicalização (cf. capítulo 3, ponto 3.1). Podemos afirmar que nesse sentido a biomedicina *tolera* a intervenção das MCA num campo que, nas palavras do autor, se situa fora do universo médico, como por exemplo a gestão de condições associadas à doença crónica, como o desconforto físico ou psicológico. Fá-lo também negando o reconhecimento de eficácia científica às terapêuticas preconizadas pelas MCA, remetendo os seus eventuais resultados para um mero efeito placebo (Clamote, 2006).

O pluralismo médico não é um fenómeno novo nem um fenómeno específico das sociedades ocidentais, é uma inevitabilidade social, um fenómeno que caracteriza virtualmente qualquer espaço social (Clamote, 2006), é a norma mais do que a exceção (Cant e Sharma, 1999). No entanto, para estas autoras, tomando como referência as sociedades ocidentais contemporâneas, o fenómeno assume contornos diferentes dos do passado, justificando a noção de *novo pluralismo médico*. A principal distinção face às formas pré-modernas de pluralismo consiste no facto de a diversidade de sistemas terapêuticos que coexistem no mesmo espaço ser fortemente estruturada, a partir da posição dominante da biomedicina. Esta desempenha o papel principal no processo de atribuição de diferentes graus de legitimidade a diferentes terapias. Mesmo quando essas terapias são praticadas em espaços de cuidados de saúde biomédicos, é sempre numa relação de subordinação face à profissão médica (Cant e Sharma, 1999: 195).

Importa ainda salientar que o pluralismo médico não se esgota no plano institucional, que, até ao momento, tem sido privilegiado na presente análise; “A configuração do pluralismo médico como possibilidade social passa igualmente pela ação social de atores que articulem nos seus percursos terapêuticos essas diversas práticas médicas, ortodoxas e heterodoxas, disponíveis em contextos específicos” (Clamote, 2006: 230). Se, por ora, este segundo plano não tem sido explorado, ele é crucial para análise do recurso às MCA a partir das experiências dos atores, pelo que o retomaremos, de forma aprofundada, posteriormente.

2.3. Medicina convencional e Medicinas Complementares e Alternativas: fronteiras, trocas e confluências

Como demonstrámos no ponto anterior, as análises sociológicas sobre as MCA são quase unânimes em considerar que, apesar da crescente visibilidade destas medicinas, a biomedicina mantém a sua posição dominante (Cant e Sharma, 1996, 1999; Janes, 1999; Nigenda, Manca e Mora, 2001; Collyer, 2004; Clamote, 2006). A relação entre os dois sistemas terapêuticos tem sido conceptualizada de diferentes formas, desde as abordagens que postulam a sua impossibilidade, ancorada em oposições paradigmáticas, até outras que enfatizam os pontos de contacto entre ambos e as possibilidades de trocas e confluências deles decorrentes.

A Incomensurabilidade de paradigmas

A tese da incomensurabilidade de paradigmas é partilhada por vários autores (Scott, 1998; Kelner e Wellman, 2000; Adams, 2002; Thompson, 2003; Coulter, 2004; Degele, 2005; Barry, 2006a; Coulter e Willis, 2007), que identificam, de forma mais ou menos sistematizada, as diferenças de pressupostos teóricos – concepções de saúde, doença e corpo – e princípios de atuação – modelos de diagnóstico e regimes de tratamento – da medicina convencional e das MCA ou de terapias específicas que nestas se inscrevem.

Entre as várias propostas de sistematização das diferenças entre as MCA e a medicina convencional, retomamos a de Stambolovic (1996). Segundo o autor, as primeiras contêm elementos de subversão face à medicina instituída, de que se destacam o holismo e a abordagem individualizada. A primeira característica advoga que o ser humano é uno e indivisível. Nessa medida, o sofrimento humano não pode ser entendido através da análise de órgãos e sintomas isolados, como se verifica na medicina convencional. A segunda consiste numa abordagem terapêutica que encara os pacientes como indivíduos únicos, ao contrário da medicina convencional, que os toma como entidades impessoais facilmente encaixáveis em compartimentos nosológicos. Não havendo seres humanos idênticos, também não pode haver doenças idênticas. Por isso, nos sistemas médicos alternativos os pacientes são raramente classificados de acordo com diagnósticos padronizados, do mesmo modo que não são definidas terapias padronizadas.

Dispensando uma descrição minuciosa dessas diferenças, focamos de seguida a atenção em dois aspetos interrelacionados que são recorrentemente evocados, as concepções sobre o corpo e a questão da eficácia.

O corpo tem diferentes significados num e noutro paradigma (Scott, 1998). A biomedicina reforça a dualidade do corpo, o corpo doente é um objeto, um mecanismo

bioquímico onde é preciso intervir, recorrendo à pericialidade dos médicos. Quando a biomedicina é eficaz devolve o corpo curado ao seu estado de ausência fenomenológica. Nas práticas médicas alternativas, tende a trabalhar-se com uma noção do corpo como expressivo, como símbolo ou metáfora; segundo a autora, correm até o risco de se centrar excessivamente no sujeito (em oposição à biomedicina que se centra no objeto), nas narrativas e significados associados a determinados sintomas, podendo mesmo perder a corporalidade desses sintomas. Defende a necessidade de uma ontologia em que o corpo natural possa ser quer sujeito, base de percepção, quer objeto, uma coisa-em-si (Scott, 1998: 26).

As concepções não-biomédicas do corpo constituem um traço central das várias modalidades de MCA e estão indissociavelmente interconectadas com definições de saúde e de doença, com as construções sobre a etiologia das doenças e sobre as terapêuticas apropriadas (O'Connor, 2000: 39). Apesar das diferenças entre as diversas terapias, a autora considera que tendem a partilhar certas concepções gerais sobre o corpo e sobre o seu funcionamento – e por extensão sobre a natureza e as causas da doença e sobre os meios para a cura – que as tornam mais semelhantes entre si do que relativamente à biomedicina. Embora sujeitos a diferentes interpretações nas suas particularidades, esses aspetos encontram-se num grande número de sistemas terapêuticos, mas estão ausentes da biomedicina.

Todas consideram o corpo como inerentemente saudável no seu estado natural e imbuído de uma capacidade ecológica para a auto-regulação e equilíbrio. Todas concebem o corpo físico como interligado com outros aspetos chave dos indivíduos como a mente, a vontade, o espírito, a psique ou as emoções, os quais afetam e são afetados pela saúde e pela doença. Todas reconhecem o estado natural de saúde da humanidade como sendo vulnerável à disrupção através de uma variedade de potenciais ameaças, mas também defensável e recuperável através de um comportamento adequado e do uso de medidas terapêuticas que tenham em conta as interligações dos elementos físicos e de outros elementos tanto nas causas como na cura (O'Connor, 2000: 50).

No âmbito das MCA há uma valorização da auto-observação e do conhecimento experiencial, isto é, há uma aceitação da experiência humana como um modo válido de conhecimento e do corpo como uma fonte de conhecimento fidedigno. Trata-se do reconhecimento de um empirismo leigo, relacionado com a aceitação de uma sabedoria inerente do corpo, de que a expressão “ouvir o que o corpo diz” é bastante reveladora. O conhecimento que tem origem nas experiências e sensações do corpo produz, assim, uma *epistemologia prática* ou um conhecimento de base pragmática, cujo critério de validade pode ser sintetizado na seguinte questão “Funciona? É útil?”. A confiança no conhecimento baseado na experiência é reforçada quando os indivíduos têm a oportunidade de trocar

entre si narrativas que fornecem validações intersubjectivas das experiências (O'Connor, 2000: 54).

Um dos principais argumentos que sustenta a tese da incomensurabilidade de paradigmas é o problema da eficácia, que podemos sistematizar do seguinte modo. A medicina convencional assenta numa conceção de eficácia terapêutica, cuja validação resulta da submissão das propostas terapêuticas a esquemas de prova, concretizados nos ensaios clínicos aleatorizados, conforme desenvolvido no ponto 2.1 deste capítulo. Exclui, assim, como não científicas, práticas terapêuticas que não possuam capacidade para se submeter a esses meios de prova, reduzindo, muitas vezes, os resultados dos seus tratamentos a um *efeito placebo*. Este pressuposto tem sido criticado por parte, quer de terapeutas das MCA, quer de cientistas sociais cujas análises são acompanhadas, em alguns casos, por um posicionamento assumido de defesa destas medicinas, que advertem para a impossibilidade (e ilegitimidade) de sujeitar um sistema terapêutico a uma validação com base nos princípios de outro (Scott, 1998; Adams, 2002; Degele, 2005; Heller, Heller e Yamey, 2005; Villanueva-Russel, 2005; MacQueen, Murdoch e Vickers, 2005, Barry, 2006a; Broom e Tovey, 2007).

Anne Scott (1998) critica o facto de a pesquisa sobre as práticas de saúde complementares ou alternativas ter gasto demasiados recursos a procurar refutar a ideia de que estas práticas são não-científicas. As críticas de não cientificidade têm o problema de procurar ver em que medida estas terapias funcionam de uma forma que é explicável no quadro da metanarrativa da biomedicina. Uma vez que esta metanarrativa é intensamente modernista, a exigência de que as MCA sejam científicas surge como uma exigência para que estas adiram a uma metafísica modernista. O problema, defende a autora, não é metodológico, mas sim ontológico, isto é, as MCA têm origem e são aplicadas a uma conceção diferente da realidade social e das relações sociais. Assim,

em vez de perguntar como é que as terapias alternativas podem funcionar dentro de uma ontologia modernista, creio que devemos colocar a questão ao contrário. Se, efetivamente, as terapias alternativas funcionam na prática clínica, quais as implicações para a nossa metafísica? Em que tipo de realidade podem estas terapias ter um lugar? (Scott, 1998: 21).

Uma reflexão particularmente crítica sobre a questão da eficácia é a desenvolvida por Adams (2002) relativamente à medicina tibetana, em que evidencia a inaplicabilidade das “regras do jogo” da comprovação da eficácia da biomedicina. A primeira regra é a de que as categorias de diagnóstico são universais. É usualmente assumido que nos ensaios clínicos o conhecimento que é usado e a base empírica para esse conhecimento são partilhados por todas as culturas, o que não corresponde à verdade. Por exemplo, o que é considerado um sintoma num sistema terapêutico pode ser considerado a doença noutra. Ou seja, estar-se-á

perante um problema de epistemologia, já que não existe tradutibilidade entre as categorias dos dois sistemas. Além disso, as técnicas de diagnóstico da medicina tibetana e as suas explicações para os diagnósticos são tidas pela biomedicina como sendo não (ou pré) científicas e, conseqüentemente sem legitimidade para constituírem a base para reclamar sobre categorias de diagnóstico válidas. Em consequência, os resultados dos ensaios clínicos baseiam-se nas desordens designadas pela biomedicina, o que resulta numa desorganização da abordagem tibetana, destruindo a lógica da sua etiologia e recursos terapêuticos, conduzindo assim, geralmente, a resultados insatisfatórios do ponto de vista estatístico (Adams, 2002: 670-71).

A segunda regra é a de que a evidência é incontroversa, ou seja, os estudos com ensaios clínicos aleatorizados, desde que adequadamente desenhados, produzem evidência fidedigna. A autora contesta este pressuposto afirmando que

tanto a medicina tibetana como a biomedicina fazem uso da evidência empírica para reclamar eficácia, mas mesmo quando são usados os mesmos instrumentos de diagnóstico pelos médicos de ambas as medicinas, como é geralmente o caso nos resultados da pesquisa, cada tradição pode “ler” os dados empíricos de forma diferente (Adams, 2002: 672).

A terceira regra é a de que os tratamentos podem ser reduzidos a listas de ingredientes ativos isoláveis, cuja eficácia pode e deve ser testada individualmente (i.e. a lógica do princípio ativo dos medicamentos). Tal limita as possibilidades dos medicamentos da medicina tibetana serem testados, já que muitas vezes a eficácia resulta da combinação de um número muito elevado de ingredientes (Adams, 2002: 673).

Nestas perspectivas, a aplicação dos ensaios clínicos aleatorizados às MCA é classificada como uma questão política, de dominação da biomedicina (Barry, 2006), já que os critérios de eficácia são definidos por aqueles que ocupam a posição dominante no campo da medicina, para utilizar a terminologia de Bourdieu (1984). Contestando esses critérios, Christine Barry propõe que sejam consideradas duas abordagens à questão da eficácia: a biomédica e a antropológica ou etnográfica. Contrariamente à biomédica, tal como anteriormente especificámos, a eficácia nas MCA é local e particular, sendo comprovada nos contextos do quotidiano de cada indivíduo. Na pesquisa etnográfica que desenvolveu, mostra que “(...) a eficácia de uma terapia, na perspectiva dos terapeutas e dos pacientes, estava imbrincada no desenvolvimento, ao longo do tempo, de todo um conjunto de novas crenças sobre a saúde, a doença e o corpo e sobre a natureza do processo de cura” (Barry, 2006: 2654), ou seja, elementos que não são medidos (porque desvalorizados) no quadro dos ensaios clínicos. A retórica da saúde natural é a de que o processo de cura não é reproduzível sob experiências laboratoriais controladas, em que o objetivo é isolar os fatores causais. Pelo contrário, enfatiza a singularidade da etiologia da doença de cada

indivíduo e a importância da empatia na relação cliente-terapeuta (Thompson, 2003: 84). A elasticidade da noção de eficácia é ainda mais premente face a situações em que a cura não se constitui como finalidade terapêutica, designadamente no caso das doenças crónicas. Rejeitando a redução da eficácia a elementos que possam ser comprovados bioquimicamente, Janes propõe o *bem estar subjetivo* como componente central da eficácia, cuja relevância é evidente naquelas doenças (Janes, 1999).

A eficácia tem, pois, significados múltiplos e fluidos, não existe como essência. As suas particularidades são contingentes, dependendo dos contextos e dos atores sociais envolvidos. Por isso, uma discussão que coloca questões como “Eficácia para quem?”, “Eficácia como?” ou “Eficácia quando?” (Barnes, 2005) é útil para rejeitar concepções essencialistas e monolíticas da eficácia.

A discussão pode, nesta medida, estender-se à medicina convencional. Segundo alguns autores, o efeito placebo não é um exclusivo das MCA, verificando-se igualmente na medicina ortodoxa (Heller, Heller e Yamey, 2005). A prática médica atual não se baseia apenas no conhecimento científico e nos méritos da descoberta científica e dos avanços técnicos, mas também na relação terapêutica, no âmbito da qual são mobilizados elementos de fé e de confiança do paciente no médico; a medicina continua a utilizar, com fins instrumentais, um certo mistério e espiritualidade (Gürsoy, 1996: 594). Um outro argumento é o de que boa parte da medicina moderna não cumpre os critérios mais restritos da medicina baseada na evidência (Coulter, 2004).

A incomensurabilidade paradigmática não impede que, na prática, se façam combinações variáveis de ferramentas terapêuticas provenientes de diferentes paradigmas, quer entre a medicina convencional e as MCA, quer mesmo no interior destas últimas. Na verdade, importa questionar se é legítimo afirmar a existência de um paradigma unificador transversal a todas as terapias. Veja-se, por exemplo, o caso da medicina tradicional chinesa e da medicina ayurvédica, provavelmente com tantas diferenças entre si como face à medicina convencional.

Focando-se na medicina tradicional chinesa, Stella Quah (2003) explora os desafios que lhe são colocados pelo *ethos científico* - na terminologia e significado que Merton (1973) lhe atribui. Sendo o *ethos* da medicina tradicional chinesa incompatível com o *ethos* da ciência, a medicina tradicional chinesa vê-se confrontada com a exigência de obedecer a padrões de investigação e prática médica aplicados à biomedicina internacionalmente reconhecidos, adotados e implementados pelo estado. Como resposta a esta exigência, os praticantes de medicina tradicional chinesa constroem um terceiro *ethos*, o “*ethos* do tratamento/cura pragmático”, baseado na aculturação pragmática da prática clínica, como alternativa ao *ethos* científico. Trata-se de um *ethos* que evita o compromisso concetual,

ignora a divisão paradigmática e centra-se na utilização daquilo que, segundo critérios variáveis, é eficaz.

Verifica-se, assim, que a aceitação ou resistência face aos critérios de produção de evidência da eficácia ditados pela biomedicina por parte das MCA não se limita a questões de paradigma, mas integra as disputas em torno da legitimação social destas medicinas. Também neste ponto, como desenvolveremos mais à frente (cf. capítulo 5), as estratégias são diferenciadas, oscilando entre os terapeutas que têm resistido às formas biomédicas de avaliação, e os que creem que estas podem conferir uma maior legitimidade às suas práticas (Gale, 2014).

Trocas e confluências: potencialidades e conflitos

Relativamente às abordagens que salientam as possibilidades de trocas entre a medicina convencional e as MCA, importa, em primeiro lugar, sistematizar os vários níveis em que essas trocas se podem efetivar. Retomando uma proposta de Gómez (2003), é possível distinguir as possibilidades de complementaridade ou alternância entre sistemas e práticas médicas diversas em quatro planos: i) no plano institucional das políticas públicas (essencialmente em termos de legislação que regula o ensino e a prática das diversas terapias); ii) no plano de projetos institucionais (como, por exemplo, clínicas ou hospitais com ofertas terapêuticas pluralistas); iii) no plano da decisão individual do médico ou terapeuta de MCA (designadamente pela referenciação mútua, ou pela utilização de técnicas terapêuticas inscritas em outro sistema terapêutico); iv) no plano da decisão individual do paciente, através da complementaridade ou alternância da medicina convencional e das MCA, que pode ocorrer através de diferentes configurações (por exemplo, recurso a ambas para o mesmo problema de saúde, ou opção por uma ou por outras consoante o tipo de problema).

Como refere a autora, estes planos não são independentes uns dos outros e condicionam-se mutuamente, isto é,

se existir uma política pública ou um projeto institucional concretos, como um hospital misto, a decisão individual de utilizar duas ou mais alternativas de terapia, ou utilizar uma em vez da outra, encontra-se facilitada para o paciente ou para o terapeuta e pode tornar o tratamento mais eficaz e mais satisfatório (Gómez, 2003: 638).

Tal não invalida, porém, a existência de projetos individuais de resistência, concretizados na opção pelo recurso a terapias que não são acolhidas institucionalmente.

Em muitos dos casos defende-se que as trocas são desiguais, mantendo a medicina convencional a sua posição de soberania face às MCA. As noções de *cooptação* ou de

colonização das MCA (Baer, 2008; Wiese, Oster e Pincombhe, 2010) são recorrentemente mobilizadas para dar conta de estratégias e processos de uma apropriação seletiva das características mais facilmente transacionáveis destas medicinas por parte da medicina convencional, designadamente dos seus aspetos estritamente técnicos ou dos produtos materiais que utilizam, sem que se verifique qualquer adesão às filosofias e conhecimentos que sustentam as suas práticas terapêuticas. Na prática, esta incorporação implica a utilização de alguns tratamentos das MCA por parte de médicos da biomedicina (dos quais a acupuntura constitui o exemplo mais evidente) ou a referência e encaminhamento de doentes para terapeutas das MCA por parte dos médicos (Gale, 2014).

Contra a ideia de alguns autores de que estamos perante a emergência de uma medicina integrativa, isto é, um sistema terapêutico que combina elementos de diferentes tradições (Adler, 2002), ou, para utilizar a terminologia de Kleinman (1980), de diferentes sectores de saúde, estas abordagens referem que a integração das MCA se tem verificado apenas ao nível dos produtos, serviços e técnicas. Isto é, trata-se claramente de uma cooptação das MCA e não de uma interpenetração de filosofias ou conhecimentos. Além disso, não há evidência de que esta integração constitua um desafio à posição hegemónica da medicina convencional, que, pelo contrário, vê reforçada essa posição, por via da perda de autonomia dos terapeutas de MCA. Verifica-se, em vez disso, uma

revitalização da medicina ortodoxa, em que estratégias inteligentes de *marketing* e de aquisições foram utilizadas de forma a garantir que a MCA se torne adequada a uma produção em massa, um lucro elevado, permitindo às empresas expandirem-se para novas áreas de produção e de serviços e estenderem o seu alcance para além das fronteiras estabelecidas do sistema de cuidados de saúde (Collyer, 2004: 94).

As pesquisas que se têm debruçado sobre o fenómeno da *integração* revelam que existe uma assimetria de poderes que favorece a biomedicina, o que resulta na preservação da dominação biomédica e não na sua erradicação (Baer, 2008). Ou seja, as estratégias integrativas parecem manter as estruturas modernistas e colonialistas e perpetuar as desigualdades sociais, mais do que desafiá-las (Gale, 2014: 812).

Em alternativa, o mesmo autor propõe o conceito de hibridez, considerando que este tem a vantagem de incorporar uma dimensão espacial ou territorial e de permitir olhar para o modo como o poder e o conhecimento são apropriados e (re)produzidos em diferentes lugares geográficos e culturais.

O conceito de hibridez desafia as bases empíricas, quer do pluralismo, que implica uma fusão diminuta da filosofia e da prática e pode omitir as dimensões políticas, e dualismo, que constrói a ilusão de incomensurabilidade (...) Hibridez oferece uma alternativa a explicações de integração que tendem a salientar a 'dominação' da biomedicina e são, por isso, demasiado

grosseiras para explicar dados empíricos que capturam a diversidade e criatividade de formas e práticas híbridas (Gale, 2014: 813).

A noção de hibridização tem sido, assim, proposta por diversos autores que refutam as teses da incomensurabilidade paradigmática entre a medicina convencional e as MCA (Fadlon, 2004; Kim, 2006; Keshet, 2011; Gale, 2014). O fenómeno da hibridização tem relevo especialmente nos casos de transposição para o ocidente de tradições terapêuticas oriundas de outros contextos – como a medicina ayurvédica da Índia, a medicina tradicional chinesa ou o shiatsu do Japão. Estudos sobre as mesmas terapias nos seus contextos de origem e em contextos para onde foram transpostas mostram como essa transposição gera adaptações aos valores vigentes nas sociedades recetoras (Adams, 2002).

É neste âmbito que se situa a noção de *domesticação*, tal como utilizada por Fadlon (2004), para dar conta de

um processo através do qual o estranho se torna familiar e apetecível para os gostos locais. Este processo inclui a combinação de elementos de uma entidade importada, tais como comida, vestuário, filosofia, religião ou medicina com elementos da cultura local. As novas formas híbridas que são construídas a partir deste processo resumem a essência da cultura anfitriã, representando em simultâneo aquilo por que anseia e aquilo de que não abdica (Fadlon, 2004: 71-72).

Assim, no caso das MCA, a autora defende que a sua crescente popularidade e importância em termos económicos é sobretudo resultado da sua domesticação à cultura dominante da biomedicina, fenómeno que se tem verificado de forma mais acentuada nas últimas quatro décadas. Neste arco temporal, modalidades das MCA que eram remetidas para um estatuto alternativo e marginal foram progressivamente adquirindo uma posição de complementaridade, e, deste modo, de relativa legitimação, o que implicou um processo de negociação cultural com a biomedicina. Tomando como objeto empírico as referências às MCA na imprensa popular, a autora refere que a imprensa tem constituído um veículo para questionar as supostas diferenças epistemológicas entre as MCA e a medicina convencional para o público leigo. Neste processo, por um lado tem sido criada uma dicotomia entre os dois sistemas terapêuticos, mas, por outro lado, a medicina convencional é utilizada para justificar e legitimar as práticas das MCA, o que resulta na produção de uma visão sobre as últimas que é simultaneamente estranha e familiar (Fadlon, 2004: 75).

Não se trata, porém, de um movimento exclusivo de aproximação das MCA à biomedicina, já que se enquadra em mudanças epistemológicas que a própria biomedicina estará, segundo Fadlon, a atravessar, designadamente, a valorização de abordagens holísticas nas práticas de diagnóstico e terapêutica, como é evidente, por exemplo, na emergência da medicina mente-corpo (*mind-body medicine*) e da pisco-neuro-imunologia (2004: 82). Em suma, considera que as MCA estão a passar por um processo de

domesticação ao paradigma biomédico, que as torna escolhas de saúde aceitáveis e exequíveis para os consumidores. Esta forma híbrida de MCA é conseguida através da combinação dos seus elementos mais esotéricos com práticas e discursos biomédicos. Além disso, o aparente exotismo das MCA constitui parte de um processo mais amplo que pode ser observado no quadro do paradigma dominante da biomedicina, que tem revelado uma abertura – que em nosso entender, deve ser muito relativizada – à diversidade de discursos sobre a saúde, a doença e o corpo.

Quanto o futuro das MCA, a autora identifica dois caminhos possíveis: i) o da diferenciação, ou seja, da legitimação das MCA através da afirmação de uma ideologia alternativa; ii) ou o da acentuação da domesticação. A concretização do primeiro afigura-se menos provável, quer pela posição hegemónica da biomedicina, quer pela resistência dos consumidores a terapias com diferenças paradigmáticas face à biomedicina tão evidentes que as tornam demasiado exóticas para que se possam constituir como uma escolha de saúde legítima. Refere ainda uma terceira via, que corresponde a uma combinação dos dois processos – diferenciação e domesticação – consoante o tipo de terapias (Fadlon, 2004: 83).

Nesta mesma linha, enfoques analíticos sobre o conhecimento produzido no âmbito das MCA classificam-no como um *conhecimento híbrido*, na medida em que integra categorias do conhecimento moderno aparentemente contraditórias.

Como fenómeno sociocultural, a MCA está a ser construída como um conhecimento híbrido que estabelece conexões entre fenómenos que haviam sido separados pela racionalidade moderna. A MCA mina, por exemplo, a separação da medicina face à espiritualidade, da ciência face à religião, do corpo face à mente, da medicina ocidental face à medicina oriental, e do passado face ao presente (...) A MCA (...) é constituída por um conjunto de práticas de cuidados de saúde, mas é também um novo caminho epistemológico, com novas regras de formação de discurso, que constroem um novo tipo de conhecimento agregador de categorias de conhecimento modernas contraditórias (Keshet, 2011: 514-15).

Alguns autores defendem mesmo que estamos a assistir à diluição do dualismo entre a biomedicina e a medicina heterodoxa, e à emergência de um continuum – embora dominado pelos conceitos médicos e com graus variados de aceitação social e apoio do estado – no pluralismo médico dos países ocidentais, em que são dissolvidas as oposições binárias, como ortodoxo/heterodoxo, oficial-consagrado/marginal, científico/não científico (Frank e Stolberg, 2004: 369).

As pesquisas empíricas sobre modalidades específicas das MCA têm-se revelado heurísticas para dar conta dos processos de hibridização. O caso da medicina tradicional chinesa ou da medicina ayurvédica são exemplos de um fenómeno que Kim designa por “construção transcultural e transnacional destas medicinas no oriente e no ocidente” (Kim,

2006: 2961). Demonstrando a existência de uma interação entre as medicinas asiáticas orientais e a ciência, o autor procura refutar a tese da sua delimitação cultural, defendendo, ao invés, uma interpretação do transculturalismo que enfatiza as suas construções híbridas e orientais. Propõe, assim, o abandono do conceito de paradigma como ferramenta analítica mobilizada para explorar as relações entre os dois sistemas terapêuticos, já que

sendo uma constelação de elementos científicos fechada e centrada na teoria, o conceito de paradigma não consegue explicar combinações imprevisíveis e abertas de diferentes culturas científicas, sobretudo entre as medicinas orientais asiáticas e a ciência (...) Contrapondo-se ao conceito de incomensurabilidade entre as ciências de Kuhn, que implica que uma fronteira da ciência é fechada e não negociável, demonstra-se que a fronteira entre a ciência e a medicina tradicional é porosa, negociada, e reconstruída no processo da experiência (Kim, 2006: 2961).

Além disso, o conceito de paradigma pressupõe que quer a ciência quer a medicina tradicional são unificadas em torno de visões e interpretações únicas, quando não só a ciência é “desunificada”, consistindo de elementos heterogêneos irreduzíveis às teorias, como também as medicinas tradicionais são baseadas em diversas tradições, terapêuticas e interpretações, que coexistem num sistema mais ou menos coeso (Kim, 2006: 2971).

A integração de elementos da biomedicina nas MCA pode ainda ser concebida numa perspectiva instrumental, na medida em que constitua uma estratégia de legitimação levada a cabo pelos próprios terapeutas (não-médicos). Embora debruçando-se sobre as terapias espirituais – que só de forma indireta são abordadas nesta dissertação – a análise de McClean põe em evidência estas estratégias, questionando até que ponto a apropriação performativa das práticas médicas (por exemplo, a utilização de linguagem da biomedicina) por parte destes terapeutas representa a influência cultural da biomedicina ou, em vez disso, um desafio criativo na demanda pela legitimação cultural e pelo profissionalismo, dicotomia que expressa através das noções de mimetismo/imitação, por um lado, e paródia pelo outro (McClean, 2003). Em consonância com as abordagens anteriores, o autor rejeita a ideia de que a biomedicina e as terapias espirituais sejam práticas médicas e sistemas de cura totalmente contrastantes.

O aumento do número de modalidades de tratamento disponíveis para além da biomedicina tem vindo a traduzir-se na multiplicação das possibilidades de hibridização. A integração de formas heterodoxas de medicina em sectores formais dos cuidados de saúde, a crescente abertura dos médicos à prática dessas terapias ou a referenciação dos pacientes para terapeutas não médicos só acontece para algumas terapias, continuando outras à margem, o que constitui um fator de heterogeneização entre as várias terapias. Tomando como referência a realidade dos EUA, McGuire (2002) considera que a medicina moderna só está aberta às alternativas que podem ser mais direta e prontamente traduzíveis em medicina mercantilizada, isto é, em bens e serviços que são transacionáveis

num contexto de crescente mercantilização da medicina. Essa abertura concretiza-se assim numa maior aceitação da acupuntura, das terapias manuais e das terapias à base de plantas, especialmente quando estes tratamentos podem ser embalados e comercializados em conjunto com outras opções terapêuticas, como os medicamentos (químicos) e a cirurgia. Os medicamentos homeopáticos, bem como os medicamentos à base de plantas afiguram-se, assim, como mais suscetíveis de serem cooptados pela biomedicina. Ao contrário de outros recursos terapêuticos das MCA, eles partilham, embora não totalmente, as propriedades simbólicas que os fármacos possuem, conforme já salientado (cf. ponto 2.1).

Estes processos de hibridização, domesticação, ou ainda, de biomedicalização das MCA, têm sido objeto de análises críticas, que poderíamos mesmo qualificar de ideologicamente comprometidas, na medida em que advertem para os riscos que representam em termo de perda de identidade das terapias (Janes, 1999; Adams, 2002; Barnes, 2003). Especificamente, nos contextos em que a biomedicina assume o domínio estrutural e cultural sobre as medicinas tradicionais, expressa-se a preocupação pelo facto de estas medicinas serem transformadas, de métodos culturalmente específicos para identificar, nomear e tratar a doença, em repositórios de misturas de ervas em que as assunções de eficácia repousam no entendimento científico da bioquímica em vez de nas epistemologias tradicionais relativas ao corpo e à sua relação com a natureza. Trata-se assim de um desafio que se coloca às MCA, sobretudo às terapias mais enraizadas em sistemas tradicionais: como manter os seus elementos teóricos e epistemológicos centrais, bem como o modo como se traduzem nos métodos de diagnóstico e nas terapêuticas – elementos esses que são valorizados por uma parte dos seus públicos –, num quadro de sistemas de prestação de serviços de saúde altamente racionalizados que caracteriza as sociedades ocidentais modernas. Acrescem ainda os interesses económicos das indústrias farmacêuticas, para as quais a produção e comercialização de produtos ligados às MCA são apetecíveis, na medida em que representam um segmento de mercado com procura significativa por parte dos consumidores e por isso suscetíveis de gerar lucros elevados. Em suma, neste quadro, as MCA debatem-se com o desafio de manter a sua “integridade” e “autenticidade” e resistir ao risco de absorção-subjugação aos princípios da biomedicina (Janes, 1999: 1804-05).

As reflexões que temos vindo a desenvolver vêm mais uma vez pôr em evidência a diversidade interna às MCA, que, longe de se circunscrever às suas filosofias e práticas terapêuticas, se estende ao lugar institucional que vão ocupando nos diferentes contextos socio-culturais e em função das diferentes estratégias de legitimação que os terapeutas empreendem (Pegado, 1998). São precisamente esses fatores que devem ser considerados como condicionantes das trajetórias de diferenciação ou hibridização das MCA.

Essa diversidade não é um atributo específico das MCA. Também no interior da medicina convencional, para lá dos princípios das ciências que constituem a sua base científica e que sugerem uma visão unificadora sobre a saúde, a doença e o corpo, ao nível das conceções e das práticas de exercício da medicina coexistem diferentes abordagens, ou mais humanistas (centradas no doente) ou mais tecnicistas (valorizadoras das técnicas) (Carapinheiro, 1991). Daí a necessidade de questionar comparações entre as MCA e a medicina convencional que partem do pressuposto de que se trata de dois sistemas internamente coerentes e homogêneos. Para dar apenas um exemplo, atente-se nas diferentes abordagens da medicina geral e familiar e das especialidades, em que, à partida, as possibilidades de trocas com as MCA seriam mais efetivas no caso da primeira.

Finalmente, no polo oposto à incomensurabilidade de paradigmas entre a medicina convencional e as MCA encontra-se a possibilidade de uma relação de *integração*, traduzida na noção de *medicina integrativa*. No seu sentido mais literal, trata-se de uma abordagem colaborativa e multidisciplinar que requer a utilização das opções mais vantajosas de diferentes sistemas terapêuticos, ou seja, peritos da biomedicina e das MCA utilizam as capacidades de diagnóstico e tratamento dos dois sistemas numa combinação que converge para uma estratégia de tratamento abrangente e individualizada (Adler, 2002: 413). Enquanto tipo-ideal, este processo de colaboração pressupõe um respeito mútuo entre os dois sistemas, sem que haja controlo de um sobre o outro (Wiese, Oster e Pincombe, 2010). Levada às últimas consequências, a medicina integrativa constituiria um novo paradigma emergente a partir da fusão de diferentes modelos terapêuticos (Hollenberg, 2006). No plano das práticas, a integração, como já referido, dificilmente se concretiza de modo integral e de forma igualitária. Trata-se, pois, de uma questão essencialmente política, cuja deseabilidade tem sido expressa por organismos internacionais como a Organização Mundial de Saúde, assunto que abordaremos no capítulo 5.

Capítulo 3

A saúde e a doença nas sociedades modernas: mudanças socioculturais

A crescente popularidade das Medicinas Complementares e Alternativas (MCA) nas modernas sociedades ocidentais ocorre no quadro de um conjunto de mudanças socioculturais que têm implicações diretas ou indiretas no campo da saúde. Algumas dessas mudanças têm sido, aliás, evocadas como fatores explicativos da importância crescente das MCA como opção terapêutica para uma parte considerável de indivíduos.

No presente capítulo, pretende-se, pois, discutir essas mudanças, remetendo, em particular, para os domínios da saúde e da doença. Ao longo dos pontos que se seguem, procura dar-se conta da centralidade que a saúde – como um fim em si - tem vindo a assumir e de como essa centralidade está associada à valorização de novas formas de gerir a saúde, que enfatizam práticas de prevenção e a correlativa responsabilização dos próprios indivíduos. O discurso público sobre a promoção da saúde, aliado à mudança do padrão epidemiológico que se traduz na prevalência da doença crónica, bem como a penetração, nos universos leigos, de cada vez mais informação sobre saúde e doença, são, pois, fatores com implicações no modo como os indivíduos se relacionam quer com a saúde e a doença, quer com os sistemas terapêuticos, em particular com a medicina moderna e com os peritos que a representam, os médicos. Finalmente, discute-se uma das transformações na oferta e procura de recursos terapêuticos com particular interesse para as MCA, o renascimento do *natural*, situando as simbologias que lhe são associadas no quadro de uma consciência crescente dos riscos das sociedades modernas.

3.1. A saúde como valor

Uma análise sobre o recurso às MCA não pode deixar de situar este fenómeno num quadro social e cultural valorizador de determinadas formas de perspectivar a saúde e a doença, mas também num quadro normativo que define práticas e investimentos de saúde desejáveis e indesejáveis (Pegado, 2010)²¹.

Salutocracia e medicalização

A crescente centralidade da saúde é um fenómeno característico das sociedades contemporâneas, patente quer no plano dos discursos públicos e políticos, quer no plano da vida quotidiana.

²¹ Neste ponto retomamos, alargando-a, uma anterior reflexão sobre estas questões, publicada em Pegado, 2010: 224-230.

Crawford introduz, em 1980, o termo salutocracia (*healthism*) para dar conta da nova consciência sobre a saúde que emerge nas três últimas décadas, no quadro de uma cultura valorizadora da saúde, em que os indivíduos passam a definir-se também pelo modo como são bem ou mal sucedidos na adoção de práticas de saúde (Crawford, 1980). A salutocracia é, pois, um quadro ideológico em que a saúde se constitui como um valor em si mesma, sendo “(...) encarada não apenas como um fator para o acesso ao bem estar, mas como o fator que representa o bem estar” (Lopes, 2003: 53). A saúde torna-se a principal dimensão para a definição e alcance do bem estar, noção que pretende incorporar, de uma forma integrada, a saúde física, psicológica e emocional, pelo qual os indivíduos são os principais responsáveis, numa retórica que enfatiza a capacidade e o dever de adotar os chamados “estilos de vida saudáveis”, dos quais dependem a manutenção da saúde e a prevenção da doença.

Tal responsabilização individual não significa, porém, uma crescente autonomização face aos universos periciais que monopolizam as questões da saúde e da doença. De acordo com esta perspectiva, a salutocracia promove a *medicalização*, entendida como a expansão da quantidade de fenômenos sociais mediados pelas concepções médicas de saúde e de doença, na medida em que a crescente preocupação com a prevenção da doença e a promoção da saúde leva a que um número cada vez maior de práticas – antes exteriores ao domínio da saúde – passem a ser consideradas na sua relação com os efeitos sobre a saúde tal como medicamente definidos (Crawford, 1980: 370), como é o caso daquelas que foram patologizadas, isto é, integradas nos estilos de vida saudáveis, definidos pela “nova saúde pública” (Lupton, 1995) e que incluem geralmente a alimentação, o exercício físico, o consumo de tabaco e de álcool, o repouso, entre outros.

Neste sentido, a ideologia da salutocracia comporta uma perspectiva moralista, já que, ao enfatizar a responsabilidade individual, abre a porta à culpa individual. O insucesso na manutenção da saúde pode ser encardido como uma incapacidade para estar bem, um desejo inconsciente de estar doente ou simplesmente como um fracasso da vontade. A salutocracia cria, assim, o *papel de doente potencial*, transportando para este a obrigação moral dos indivíduos se manterem saudáveis, sobretudo através da correção dos hábitos não saudáveis. É nesta medida que todos os comportamentos, atitudes e emoções que se consideram colocar os indivíduos “em risco” são medicalizados, sendo neles colocadas as etiquetas de saúde ou de doença (Crawford, 1980). A medicina assumiu um papel crucial na normatização da vida social, definindo como saudáveis ou pouco saudáveis comportamentos ou condições que se situam de um ou do outro lado das fronteiras da norma construída. Desde o nascimento até à morte, a medicina imiscui-se como uma agência de vigilância e intervenção e, em última instância, um árbitro das propriedades físicas, mentais e sociais de uma vida saudável (Crawford, 2006: 404).

Ao contrário de Crawford, Conrad (1992), numa das suas primeiras reflexões sistematizadas sobre o fenómeno da medicalização, considera que se trata de um processo diferente daquele que designa por salutocracização (*healthicization*). Para o autor a “medicalização descreve um processo através do qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças e perturbações” (Conrad, 1992: 209), isto é, os problemas humanos passam a estar na jurisdição da profissão médica, o que significa a adoção de uma linguagem médica para os definir e a utilização de uma intervenção médica para os tratar. A salutocracização ocorre, por sua vez, quando são atribuídos riscos médicos a determinadas atividades do quotidiano, promovendo-se, em consequência, a adoção de determinadas práticas – e o evitamento de outras – inscritas nos “estilos de vida saudáveis”. Sistematizando,

com a medicalização, definições e tratamentos médicos são oferecidos para problemas sociais ou eventos naturais já existentes; com a salutocracização, definições comportamentais e sociais são avançadas para eventos previamente definidos em termos biomédicos (por exemplo, as doenças coronárias). A medicalização propõe causas e intervenções biomédicas; a salutocracização propõe causas e intervenções comportamentais e de estilos de vida. Uma transforma o moral em médico, outra transforma a saúde em moral (Conrad, 1992: 223).

Divergências conceptuais à parte, é relativamente consensual que a saúde tem vindo a assumir uma importância crescente na vida quotidiana. A busca de saúde tornou-se uma das práticas mais relevantes da vida contemporânea, envolvendo um grande volume de recursos sociais. Predomina uma “cultura valorizadora da saúde” (Crawford, 2006), em que os indivíduos se definem pelo modo como são bem ou mal sucedidos na adoção de práticas de saúde. Assim, quer as formas convencionais de alcançar a saúde, quer a condição social de ser qualificado como ‘saudável’ são qualidades que definem o *self*, tornando-se traços da identidade moderna, ou seja, “Através da saúde, o *self* moderno demonstra a sua agência, a capacidade racional para reconstruir o *self* e o mundo” (Crawford, 2006: 402).

Promoção da saúde: a ideologia da prevenção

A retórica da promoção da saúde veiculada pela nova saúde pública desloca a preocupação e redireciona os recursos das tecnologias curativas da doença para as estratégias preventivas da doença (Lupton, 1995). A prevenção ocupa, pois, um lugar central, tratando-se, como defende a autora, de uma “noção elástica” (Lupton, 1995: 53). A nova saúde pública define uma hierarquia de ação, na qual o auto-cuidado e a responsabilidade individual pela própria saúde estão no topo, como as estratégias mais desejáveis para manter ou melhorar a saúde dos indivíduos, enquanto a “rede de segurança” dos cuidados de saúde está na base, como a abordagem mais dispendiosa e menos desejável. A saúde

“preventiva” é perspectivada como incorporando três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. A primária refere-se à prevenção da doença antes que ela ocorra, através da preservação ativa de uma boa saúde; a secundária implica a deteção precoce da doença; e a terciária remete para o tratamento da doença e para a reabilitação, impedindo que a doença se agrave ou cause a morte ou incapacidade permanente (Lupton, 1995: 53).

Nestes três níveis, os atores intervenientes podem combinar-se de forma diferenciada. Na prevenção primária, o discurso da nova saúde pública privilegia o desenvolvimento de estratégias pró-ativas por parte dos indivíduos, adotando estilos de vida saudáveis, a partir da informação e recomendações, a que aqueles se encontram cada vez mais expostos.

A prevenção secundária, por sua vez, impõe aos indivíduos o dever de auto-vigilância do corpo, apelando a uma crescente sensibilidade e conhecimento do próprio corpo, uma atenção antecipatória às suas manifestações não desejadas (Chrysanthou, 2002: 472). Traduz-se igualmente em controlos de saúde que passam, frequentemente, pela supervisão médica, do que Lupton designou por “diagnóstico do invisível” (Lupton, 1995: 92-93), para dar conta da crescente popularidade dos exames médicos e dos procedimentos de rastreio para diagnosticar as doenças nos seus primeiros estádios, designadamente as que se escondem de forma invisível no corpo. Esta supervisão medicalizada deixa de constituir monopólio da medicina, quer na vertente da prescrição dos procedimentos, quer na sua própria materialização, visível nas iniciativas leigas de realização de exames para controlo do estado de saúde, bem como no desenvolvimento de tecnologias médicas para consumo leigo que possibilitam uma monitorização autónoma do estado de saúde (por exemplo, os aparelhos para a medição da tensão arterial ou controlo dos níveis de insulina).

Por fim, a prevenção terciária é aquela que, em maior medida, implica a ativação da “rede de segurança” dos cuidados de saúde, que, no quadro deste estudo, é encarada de forma suficientemente eclética para abranger a pluralidade de recursos terapêuticos que, nas sociedades contemporâneas, se encontram à disposição dos indivíduos. Não deixa, no entanto, de continuar a valorizar a inclusão da participação ativa dos doentes na gestão individual da sua doença.

A ideologia da prevenção passa pela valorização de uma consciência do perigo, isto é, uma consciência e uma sensibilidade aos potenciais danos, crescentes e omnipresentes, induzidos pelo ambiente. O “imperativo da saúde” (Lupton, 1995) é um mandato para identificar os perigos com o propósito de os controlar, sendo que esses perigos não são imediatamente visíveis; “ser consciencioso em relação à saúde hoje é perceber que a própria saúde está constantemente em perigo” (Crawford, 2006: 403). Mas constitui igualmente um dever moral de auto-controlo, no sentido de ultrapassar os riscos

internamente impostos, isto é, aqueles que resultam de escolhas de estilos de vida por parte dos indivíduos (Lupton, 1995).

É neste quadro que se desenvolve uma “medicina vigilante”, em que todos são potencialmente doentes e ninguém é verdadeiramente saudável, isto é, todos os indivíduos têm um perfil particular de risco passível de ser gerido de forma ativa. “A saúde deixou de ser uma variável dicotômica, todos estão em risco e calcular e recalculando os perfis de risco passou a fazer parte das tarefas nucleares da medicina” (Armstrong, 2011: 411). Trata-se da passagem de um olhar clínico, baseado na dicotomia entre saúde e doença a um olhar epidemiológico baseado na distribuição dos indivíduos ao longo de um *continuum* polarizado entre um risco máximo e um risco mínimo (Collin, 2007: 143-44). Os fatores de risco alargam-se para lá dos preditores intra-corporais de doença, estendendo-se a numerosos aspetos exteriores ao corpo humano, como fatores ambientais, *stress*, comportamentos, estilos de vida, etc.

Uma das contradições que, numa perspetiva crítica, é apontada à ideologia da salutocracia é que, ao objetivar os riscos com vista a combatê-los, cria uma espiral de ansiedade da qual é difícil escapar (Chrysanthou, 2002; Crawford, 2006). De acordo com esta perspetiva, as possibilidades oferecidas pelas tecnologias médicas para o controlo do corpo, nomeadamente ao permitir a transformação do “corpo opaco” num “corpo transparente”, geram sentimentos de ansiedade. “Mesmo para o ‘corpo saudável’, o confronto com um corpo metafórica ou virtualmente transparente serve para lembrar que o corpo está a deteriorar-se (...) pode-se adiar o envelhecimento, mas a morte (...) é o fim inevitável para o corpo em decadência” (Chrysanthou, 2002: 477). Ao contrário do que se poderia antever, a expansão do conhecimento dos riscos para a saúde e a exacerbação desses riscos – a chamada pedagogia do perigo –, bem como o aumento do consumo de recursos terapêuticos, enquadrados pelo mandato profissional e leigo para proteger e melhorar a saúde, agravam a insegurança que pretendem combater (Crawford, 2006: 415).

A ideologia da responsabilização individual e a moralização dos estilos de vida

O quadro cultural e ideológico de valorização da saúde e da prevenção alarga a esfera dos atores envolvidos na promoção da saúde, dos locais em que essa promoção é levada a cabo, e dos seus destinatários. Para além dos médicos e de outras profissões ligadas diretamente à saúde e aos medicamentos, como os enfermeiros e os farmacêuticos, outros atores assumem o papel de conselheiros para a saúde (como, por exemplo, os profissionais ligados ao exercício físico ou mesmo à estética corporal). A promoção da saúde extravasa os locais de prestação de cuidados de saúde (os hospitais, as clínicas, os consultórios) e move-se para os espaços públicos físicos (as escolas, os locais de trabalho, os centros

comerciais, etc.) ou virtuais (meios de comunicação social, internet). A consciência de saúde tem-se tornado cada vez mais inevitável; dificilmente se consegue escapar à informação sobre saúde que prolifera em todo o lado.

A permeabilidade das fronteiras culturais entre a ciência médica e o mercado de consumo é crescente (Thompson, 2003). Por outras palavras, o mercado é cada vez mais medicalizado, na medida em que os meios de comunicação social estão repletos de conselhos médicos e orientações para uma vida saudável e informação sobre os efeitos benéficos ou prejudiciais de determinadas práticas – como a dieta ou o exercício físico –, mas, além disso, estes discursos medicalizados são muitas vezes incorporados nas mensagens promocionais de uma ampla gama de produtos e serviços. A cultura de consumo oferece uma grande quantidade de bens e serviços para alcançar a saúde e vitalidade, para a prevenção da doença, para a auto-monitorização dos sintomas de doença e para o controlo sobre o corpo em termos de aparência estética e forma física (Thompson, 2003: 83).

Ao contrário dos cuidados médicos, a promoção da saúde dirige-se a todos os indivíduos, implicando, segundo Bunton e Burrows (1995), uma nova atribuição de papéis aos indivíduos, apelidados de *papéis de saúde*, que contêm um conjunto de novos deveres, muito para além dos associados ao clássico *papel de doente* no sentido parsoniano (Parsons, 1991 [1951]).

O foco do discurso médico-científico desloca-se das questões da doença para as questões da saúde e do risco, a propósito das quais se desenvolvem “discursos normalizadores sobre os corpos e os comportamentos, tecnologias de vigilância do risco e políticas que autorizam o controlo social e enfatizam a responsabilidade individual” (Augusto, 2015: 88). A responsabilização individual é, pois, um corolário da nova saúde pública. Como refere Chrysanthou, “(...) a Nova Saúde Pública e a promoção da saúde são discursos periciais, conhecimentos e práticas que incorporam a crença de que os indivíduos são capazes de avaliar, gerir e controlar os riscos para a sua saúde” (2002: 473). A promoção da saúde contemporânea encerra em si um discurso moral sobre os estilos de vida, sobre as práticas e os comportamentos dos indivíduos; ser saudável exige sacrifício, auto-controlo e força de vontade, privilegiando-se uma lógica de ascetismo e de resistência face às tentações das sociedades contemporâneas (Lupton, 1995; Sointu, 2006b). Ao atribuir aos indivíduos a responsabilidade pela sua própria saúde, este discurso promove simultaneamente a culpabilização da vítima. A doença é, neste quadro, concebida como uma penalização, o resultado da fraqueza e do fracasso moral individual: “(...) não só se tem as doenças que se merece, como se tem as doenças que se quer” (Crawford, 2006: 411).

Ou seja, a regulação dos corpos individuais para atingir, ou manter, a saúde é feita através do recurso às técnicas de auto-vigilância, manutenção do corpo e disciplina (Foucault, 1994). Como refere Silva,

a moral de auto-disciplina como foco da promoção da saúde convoca (...) o 'bio-poder' ou mecanismo de regulação e de coerção que (...) se traduz em disposições concretas que investem o corpo, a saúde, a alimentação, as condições de vida e todo o espaço da existência, não apenas de forma repressiva mas produtiva (...). A função da medicina neste aparelho de relações é a de um poder disciplinar que persuade os indivíduos de que determinada forma de pensar e de agir é a que mais lhes convém, contribuindo à mudança de noção de proteção da saúde pelo Estado para a de responsabilidade individual (Silva, 2016: 165-166).

O apelo à atenção ao corpo, através de rituais de auto-vigilância, constitui um dos traços da auto-disciplina veiculada pela nova saúde pública. Traduz-se na capacidade para interpretar os sinais do corpo, que é potenciada pelo desenvolvimento de instrumentos de monitorização da saúde de utilização leiga (por exemplo, aparelhos para medir a tensão arterial). A salutocracia envolve, por um lado, o incentivo a uma atenção antecipatória à aparição não desejada do corpo – na medida em que um corpo são seria um corpo ausente, silencioso, condensado na clássica metáfora do “silêncio dos órgãos” (René Leriche, cit. in Collin, 2007). Mas, por outro, compreende igualmente um incentivo positivo para ‘conhecer o próprio corpo’ e para ‘parecer bem, sentir-se bem’ (por exemplo, através de exercício físico ou de atividades de relaxamento, como o yoga) (Chrysanthou, 2002).

Para além da doença? Saúde e corpo: entre o ascetismo e o hedonismo

O atual quadro sociocultural caracteriza-se por uma estreita imbricação entre “saúde, investimento narcísico no corpo e auto-controlo” (Collin, 2007: 141), o que se traduz no esbater das tradicionais fronteiras e dicotomias no universo da gestão da corporalidade. Mas, mais do que a oposição entre saúde e doença, emergem outras finalidades no trabalho sobre o corpo, onde se cruzam noções como o bem estar, o conforto ou a estética. Trata-se de um espaço que se vai assim abrindo para o consumo de recursos farmacológicos (Lopes, 2010b; Lopes *et al.*, 2012), ou, como veremos, para intervenções no âmbito das MCA.

À ideologia da responsabilização individual subjaz o ideal de um corpo altamente racionalizado e dominado pela vontade consciente: “(...) os discursos da saúde pública e da promoção da saúde privilegiam um certo tipo de sujeito, um sujeito auto-regulado, consciencioso relativamente à saúde, de classe média, racional, civilizado. Privilegiam igualmente um corpo contido, subordinado ao controlo da vontade” (Lupton, 1995: 131). Trata-se, na proposta de Chrysanthou, de um “corpo utópico” (2002: 473), que procura “domesticar a incerteza” (Lupton, 1995) através da adesão a estilos de vida saudáveis.

A valorização da auto-disciplina, associada a um certo ascetismo na vida quotidiana, com o fim de manter a saúde e prevenir a doença, entra aparentemente em contradição com as formulações teóricas da *cultura de consumo* e, mais especificamente, com o lugar que o corpo nela ocupa (Featherstone, 1982). A noção de *corpo projeto* de Shilling (1993) expressa a ideia de que o corpo deixa de ser apenas uma pré-condição para a ação instrumental para passar a ser revelador das capacidades dos indivíduos como atores sociais. Os corpos são regularmente monitorados, mantidos e desenvolvidos como um elemento integral da auto-identidade (Shilling, 2002).

Porém, tais formulações referem, de forma explícita, a ligação entre a cultura de consumo e a promoção pública da saúde. Prevalece uma concepção do corpo como objeto de auto-preservação, que incentiva os indivíduos a adotar estratégias instrumentais para combater a deterioração e a decadência do corpo, que, em simultâneo, são incentivadas pelas autoridades públicas, já que, num contexto de retração do Estado Social, potencialmente permitem a redução da despesa pública com a saúde.

Estas estratégias são combinadas com a noção de que o corpo é um veículo de prazer e auto-expressão.

Disciplina e hedonismo deixam de ser encarados como incompatíveis, ao invés a subjugação do corpo através de rotinas de manutenção corporal é perspectivada no quadro da cultura de consumo como uma condição prévia para alcançar uma aparência aceitável e a libertação da capacidade expressiva do corpo. A cultura de consumo não implica a substituição total do ascetismo pelo hedonismo (...), mas exige uma boa dose de 'hedonismo calculado' (Featherstone, 1982: 18).

Featherstone sugere duas categorias do corpo: o corpo interior e o corpo exterior. O corpo interior seria o domínio privilegiado da promoção da saúde, um corpo cujo funcionamento se procura manter e que necessita de reparação em caso de doença ou da deterioração que acompanha o processo de envelhecimento. O corpo exterior refere-se à aparência, bem como ao controlo do corpo no espaço social. Ao procurar estabelecer a relação entre as agendas da cultura de consumo e da nova saúde pública, Chrysanthou diferencia-as a partir destas categorias: a primeira preocupa-se com o corpo interior apenas na medida em que beneficia o corpo exterior, enquanto a segunda se preocupa com o corpo exterior na medida em que reflete o corpo interior (Chrysanthou, 2002: 471).

Os indivíduos são pois confrontados com as exigências de uma cultura de consumo que enfatiza a importância da auto-imagem e do prazer e, simultaneamente, de uma cultura do trabalho que continua a premiar as virtudes puritanas do trabalho árduo (Shilling, 2002: 627). São, segundo, Crawford (2006), as contradições culturais do capitalismo moderno, estruturado pela produção e pelo consumo, exigindo duas éticas aparentemente

contraditórias, a ética do trabalho e a ética do prazer, que se traduzem nas oposições entre o controlo e a libertação, entre a privação e o prazer.

3.2. Um novo padrão epidemiológico: a doença crónica

A mudança do padrão epidemiológico nas sociedades contemporâneas tem sido recorrentemente evocada como fator explicativo do crescente recurso às MCA.

A transição epidemiológica consiste no processo através do qual os padrões de doença da população são transformados, passando do domínio das doenças infecciosas na infância, juventude e idade adulta, para o domínio de padrões de doença característicos da população idosa (Bury e Taylor, 2008). Quer por via de fenómenos demográficos, como o envelhecimento populacional e o aumento da esperança média de vida – ele próprio em grande medida proporcionado pelos avanços nos saberes periciais –, quer por via da medicalização, no sentido da patologização de formas de mal estar físico antes perspectivadas como sinais de decadência natural do corpo, as doenças crónicas constituem as patologias dominantes e as doenças agudas perderam o protagonismo do passado. Se no início do século XX o maior desafio da saúde pública para a biomedicina era descobrir “balas mágicas” capazes de matar agentes infecciosos específicos sem prejudicar os seres humanos, atualmente, embora continuem a surgir novas doenças infecciosas e se criem resistências a antibióticos, a saúde pública enfrenta outro desafio, que é o de dar resposta ao sofrimento crescente causado por doenças crónicas e doenças degenerativas cada vez mais frequentes, muitas delas ligadas ao envelhecimento (Baszanger, 1986; Turner, 1987; Bury, 1997; Micozzi, 2002; Bury e Taylor, 2008).

Do ponto de vista histórico, a transição epidemiológica pode ser perspectivada como um ganho das medidas de saúde pública, pelo que representam de adiamento da doença e da morte para fases cada vez mais avançadas da vida. Mas, por outro lado, esta transição coloca novos desafios aos sistemas de saúde, designadamente o de fazer acompanhar o aumento da esperança de vida por um aumento da qualidade de vida (Bury e Taylor, 2008) ou, dito de outro modo, a deslocação do foco de ação do *tratar* para o *cuidar ou reabilitar* (Turner, 1987), o que implica uma relação mais próxima entre a medicina e as ocupações ligadas a cuidados de saúde, como sejam, por exemplo, os psicoterapeutas ou os fisioterapeutas, cuja intervenção no campo da saúde assume um protagonismo crescente (Bury, 1997: 113-114).

A nível micro, este padrão epidemiológico exige, segundo Baszanger (1986), a definição de uma nova situação social, caracterizada pela redefinição de papéis dos atores envolvidos, designadamente médicos e pacientes. As doenças crónicas, apesar de cobrirem condições muito distintas, com implicações mais ou menos limitativas dos quotidianos dos

indivíduos, têm em comum dois traços: a duração prolongada da doença, que pode acompanhar toda a vida do doente, ocupando pois um espaço alargado na sua vida privada e social; e a emergência de um problema de gestão da doença, que substitui o esquema tradicional da doença aguda – sintomas-diagnóstico-tratamento-cura (ou morte) –, por um esquema caracterizado pela incerteza.

Embora com as devidas diferenças, as exigências que se colocam aos doentes crónicos na gestão da sua doença não se afastam muito da ideologia da auto-responsabilização dos indivíduos pela prevenção dos riscos preconizada pela nova saúde pública. Poder-se-á dizer que a prevenção se coloca a um outro nível, isto é, não se previne a doença, mas procura-se prevenir as suas consequências mais nefastas e atenuar os seus efeitos, numa lógica gestionária, para a qual concorrem os saberes periciais e os saberes leigos.

A doença crónica implica, assim, uma gestão que não se esgota na pericialidade médica, mas demanda e exige o envolvimento dos próprios doentes, abrindo espaço para a autonomia leiga, mesmo que construída a partir de uma delegação dos saberes médicos. Coloca, assim, em questão o clássico *papel de doente* de Parsons, bem como a tipificação da relação médico-doente, de carácter assimétrico, em que o médico representa o conhecimento e a autoridade e o doente assume o papel passivo de cumprimento das orientações prescritivas daquele (Parsons, 1991 [1951]). Pelo contrário, o doente crónico ocupa um lugar ativo na divisão do trabalho médico. Certas doenças exigem aos doentes crónicos que exerçam de forma direta funções de diagnóstico e de tratamento que geralmente estão reservadas aos médicos. A monitorização dos sintomas, a auto-vigilância, a capacidade para interpretar os sinais corporais (pelas sensações físicas ou pelos resultados de tecnologias médicas de diagnóstico de utilização autónoma) e agir em conformidade, adotando as terapêuticas adequadas, quer elas impliquem o recurso ao médico, quer passem por ações de iniciativa própria (por exemplo, ajustar a dose dos medicamentos, alterar o regime alimentar, etc.), ganham, no caso das doenças crónicas, uma importância acrescida.

o doente, porque a sua doença é quotidiana e porque passa mais tempo longe dos médicos do que perto deles, depende do seu próprio julgamento. Ele deve aprender o padrão dos seus sintomas; quando aparecem, quanto tempo duram, se os pode prevenir, diminuir a sua duração, diminuir a sua intensidade e identificar novos sintomas” (Baszanger, 1986: 19).

Tal acontece, por exemplo, no caso dos diabéticos dependentes da insulina ou dos asmáticos, dos quais se espera a capacidade de interpretar não só determinados sintomas físicos, mas também resultados de testes de diagnóstico.

O conceito de requalificação leiga (*re-skilling*) de Giddens (1994) é adequado para designar o processo que ocorre à medida que a trajetória terapêutica se vai desenvolvendo, trajetória essa que, no caso da doença crónica, implica um contacto continuado e prolongado com os cuidados médicos e terapêuticos: “Os pacientes podem eles próprios tornar-se peritos, quer sobre a sua condição quer sobre o tratamento, informando-se sobre eles, trocando impressões com outros pacientes e recolhendo informação adicional a partir dos meios de comunicação social ou de outras organizações relevantes” (Bury, 1997: 127).

A prevalência das doenças crónicas, com o que representam de questionamento do clássico modelo de papéis de doente e de médico de Parsons, é apontada como um dos fatores que contribui para o esbatimento da dominação médica. Além do processo de proto-pericialização do doente, acima referido, a pulverização do contacto com outros prestadores de cuidados de saúde que se verifica na doença crónica, retira aos médicos o monopólio do processo de gestão da doença; “As necessidades dos pacientes com doenças crónicas reduzem efetivamente a posição dos médicos para uns de entre muitos, incluindo o próprio paciente” (Bury e Taylor, 2008: 209).

Fox e Ward (2006), por sua vez, criticam a ideia de que o papel do doente na doença crónica constitua um desafio à dominação médica, na medida em que a auto-gestão da doença é feita aceitando as perspetivas biomédicas sobre a saúde e sobre a doença, independentemente do facto de as experiências pessoais também serem mobilizadas. Aplicando-lhe a noção de *paciente perito*, defendem que se trata de uma identidade de saúde medicalizada.

3.3. Fontes de informação em saúde

A difusão de informação sobre saúde e o acesso dos indivíduos a essa informação são dinâmicas sociais que ganharam um incremento e uma visibilidade social assinaláveis nas sociedades contemporâneas (Stevenson e Scambler, 2005; Clamote, 2010). Essa informação é cada vez mais plural e fragmentária, produzida por diversas fontes e veiculada por múltiplos canais. Nesta expansão da informação no campo da saúde encontram-se diversas dinâmicas: i) a expansão do espaço de mercado na oferta e publicitação de recursos terapêuticos; ii) as estratégias de saúde pública para promover formas de auto-regulação tutelada das práticas dos indivíduos; iii) a ampliação de formas de circulação comunicacional de conceções e experiências leigas, antes limitadas às dinâmicas de interação nas redes de sociabilidade diretas dos indivíduos (Clamote, 2010: 89).

Se as três dinâmicas identificadas pelo autor têm implicações para a análise do recurso às MCA, no presente capítulo é particularmente relevante determo-nos sobre a segunda dinâmica. Efetivamente, tem crescido o investimento das autoridades de saúde na

regulação das práticas de saúde dos indivíduos por via da delegação sobre os mesmos de informação que comporta orientações e técnicas para a manutenção de determinado ideal normativo de saúde, por cujo cumprimento os indivíduos se devem responsabilizar. Reconhecendo o impacto dessa informação nas concepções e práticas de saúde dos indivíduos, Clamote rejeita uma perspectiva determinista – em que os efeitos sociais prescritivos seriam diretamente impositivos –, advogando que ela está sujeita a processos de incorporação, apropriação ou rejeição, ao nível das lógicas de racionalidade e ação próprias dos sujeitos. Estes atribuem-lhe um sentido, que é ativamente construído em função dos quadros sociais de vida dos indivíduos, “onde diferentes possibilidades e constrangimentos sociais e enquadramentos culturais organizam a ponderação da razoabilidade vivida de determinadas práticas sociais” (Clamote, 2010: 94).

Além disso, a proliferação de informação sobre saúde e a expansão da diversidade de fontes que a produzem e veiculam não significa que ela esteja acessível a todos da mesma forma. Verificam-se recortes sociais nos graus de acessibilidade e exposição social dos sujeitos a diferentes conteúdos veiculados por distintos meios e fontes, num mesmo espaço social (Clamote, 2010). Nem significa que todas as fontes de informação sejam valorizadas de igual forma por todos os indivíduos.

Num estudo sobre consumos terapêuticos – medicamentos e produtos terapêuticos naturais (Clamote, 2010) – o autor desenvolve uma tipologia de fontes de informação em saúde: *fontes periciais*, de carácter interpessoal (médico ou farmacêutico) ou mediato (folhetos informativos de medicamentos), pericial e institucionalmente acreditadas; *fontes heterodoxas*, fontes institucionalizadas, de carácter interpessoal (terapeutas de medicinas alternativas ou atendimento em lojas de produtos naturais) ou mediato (folhetos e literatura informativa disponíveis em espaços associados às medicinas alternativas e aos produtos naturais), caracterizadas pela sua diferencialidade doutrinária face à medicina moderna; *referência leiga*, fontes de carácter interpessoal, não especializadas, sustentadas por relações de confiança baseadas na proximidade social e interacional, com transmissão essencialmente de experiência pessoal; *fontes difusas* (publicidade, internet, imprensa e programas televisivos), em sentido estrito mais canais de informação do que fontes, de carácter mediato, sem um vínculo institucional explícito e fechado apenas a um universo (Clamote, 2010: 115). Os resultados da pesquisa demonstram um reconhecimento significativo por parte da maioria dos inquiridos de uma considerável diversidade de fontes e meios de informação na constituição do seu corpo de saberes sobre saúde. Apesar desta proliferação informacional, continua a verificar-se, em termos de atribuição de importância, a primazia das fontes representativas da pericialidade no campo da saúde, nomeadamente o médico, o farmacêutico e os folhetos informativos dos medicamentos. No plano das práticas,

porém, outras fontes emergem nos percursos terapêuticos dos indivíduos, designadamente a referência leiga e as fontes heterodoxas.

Neste quadro, a internet tem vindo a constituir-se como um veículo privilegiado de informação sobre saúde, com um estatuto híbrido, ao possibilitar o acesso a informação proveniente de fontes periciais, heterodoxas e de referência leiga. A utilização crescente deste veículo tem alimentado uma reflexão sobre os seus impactos no campo da saúde, nomeadamente na reconfiguração da relação dos indivíduos com as fontes periciais. Num estudo sobre a saúde na sociedade em rede, Rita Espanha coloca um conjunto de questões, nos seguintes termos: Estaremos perante a transição de um modelo baseado na interação face-a-face para um outro assente na mediação tecnológica? Ou serão as práticas associadas ao *e-health* apenas mais uma expressão da atividade dos indivíduos no seio da sociedade atual? Poder-se-á realmente falar de um processo de autonomia potenciado pela figura do “paciente informado”, ou será que os sujeitos tradicionais, como por exemplo o médico assistente ou o farmacêutico, ocupam ainda uma posição determinante nas escolhas individuais sobre saúde? (Espanha, 2009: 77).

Os resultados, relativos a 2006, de um inquérito a uma amostra da população portuguesa, mostram que o recurso à internet para procura de informação sobre questões médicas e/ou de saúde é declarado por cerca de 6% dos inquiridos, sobretudo os mais jovens e mais qualificados. As fontes periciais – médico e farmacêutico – encabeçam a lista de fontes de informação em saúde; são poucos os inquiridos que não recorreram a um ou a outro para obter informação sobre saúde, enquanto cerca de 80% nunca recorreu à internet (Espanha, 2009).

As teses da sociedade da informação que advogam a generalização do acesso à informação sobre saúde a todos e as suas consequências na perda de autoridade e monopólio dos médicos têm sido relativizadas, evocando-se duas ordens de razões. Primeiro, o acesso ao conhecimento não é neutro e generalizado; os diferentes grupos sociais têm desiguais possibilidades de acesso. Segundo, o que vários estudos têm demonstrado é que os médicos continuam a desempenhar o papel principal no aconselhamento em matéria de saúde (Shilling, 2002).

3.4. Lógicas leigas de relação com a saúde e a medicina: reflexividade, confiança e ceticismo

O declínio da dominação médica é avançado nas propostas analíticas de alguns autores, quer remetendo para o facto de a profissão estar cada vez mais sujeita a mecanismos de hetero (pelo estado) e auto-regulação, quer pela proliferação e protagonismo crescente de outras ocupações no campo da saúde, quer ainda pela reconfiguração da relação do público

leigo com a medicina moderna, em parte decorrente de um envolvimento ativo dos indivíduos na gestão da sua saúde (Williams e Calnan, 1996; Abraham e Lewis, 2002; Thompson, 2003; Bury e Taylor, 2008). Este envolvimento, defendem uns, assume, na Europa Ocidental, a forma de um movimento social de cidadania ativa, orientado para a reclamação dos direitos dos consumidores, iniciado nos anos 70 e consolidado nas duas décadas posteriores, e que, no campo da saúde, se traduz em alguma contestação à autoridade médica (Abraham e Lewis, 2002).

Já em 1996, Williams e Calnan questionavam o alcance da medicalização e interrogavam-se sobre os seus limites, tendo em conta as transformações que, nas últimas décadas do século XX, têm repercussões na relação entre o público leigo e a medicina moderna. Uma delas é o crescente grau de ambivalência de atitudes do público leigo relativamente aos riscos e benefícios da medicina moderna. Esta tornou-se uma fonte de esperança e desespero, e o público leigo revela face a ela atitudes de confiança e dúvida, certeza e incerteza, reverência e desilusão (Williams e Calnan, 1996: 1613).

Esboçando uma teoria de transição de cuidados de saúde (*theory of care transition*), Bury e Taylor (2008) referem que, em consequência da transição demográfica e epidemiológica, em conjunto com os custos crescentes e a pressão económica sobre o sistema público de saúde, têm sido desenvolvidas novas formas de cuidados de saúde. Este processo concretiza-se, segundo os autores, numa transição da dominação médica para a gestão consumerista (*managed consumerism*). Tal significa, por um lado, que a escolha, a auto-gestão e o envolvimento ativo na saúde se tornam atributos de um papel de paciente reestruturado. Por outro lado, a era do controlo médico sobre os cuidados de saúde deu lugar a um maior envolvimento do estado, através de novas estruturas de organização e gestão. A autonomia profissional, no núcleo do poder médico, foi suplantada por processos que incluem a exigência de uma maior prestação de contas.

Nesta mesma linha, avançando com a categoria de *paciente-consumidor*, Thompson (2003) caracteriza-o como representando aquele que deseja produzir a sua própria identidade médico-administrativa, através da interação com um conjunto de agentes no campo da saúde, como médicos, enfermeiros, outros técnicos e tecnologias, o que contribuiu para a diminuição da autoridade médica bem como para o aumento das expectativas (que geram mais insatisfação) relativas à qualidade dos serviços de saúde. No entanto, no sistema médico-administrativo, os médicos continuam a ser as autoridades periciais que determinam as identidades médico-administrativas dos pacientes e as suas opções de tratamento (Thompson, 2003: 103).

A noção de Beck de *modernização reflexiva* (1992) tem sido mobilizada para conceptualizar o crescente questionamento da pericialidade no âmbito dos processos da modernidade tardia. Argumenta-se que os indivíduos se tornaram mais céticos relativamente

às instituições modernas como a ciência, deixando de aceitar cegamente os julgamentos ou os conselhos dos peritos, mas em vez disso avaliando ativamente os méritos de propostas particulares. Este colapso das certezas, como a crença no conhecimento absoluto da medicina, criou um cenário em que os indivíduos são confrontados com uma pluralidade de peritos, uma multiplicidade de propostas de verdade que complexificam os processos de tomada de decisão sobre as opções terapêuticas (Tovey e Broom, 2007: 2553).

Outra noção associada é a de *confiança*, no sentido de confiança nos sistemas periciais abstratos advogada por Giddens (1992), que tem sido evocada como um dos aspectos da reconfiguração da relação dos indivíduos com a medicina e com os médicos. Neste ponto, as análises têm revelado alguma ambivalência. Por um lado, são apresentados dados que mostram algum declínio da confiança pública nos médicos como profissionais e no sistema profissional de auto-regulação. O aumento das reclamações ou mesmo dos processos litigiosos contra práticas médicas no Reino Unido e nos EUA constituem um indicador dessa quebra. Mas, por outro lado, vários estudos revelam que os médicos continuam a ser objeto de um elevado grau de confiança (Kuhlmann, 2006), em alguns casos superior na comparação com a maioria das outras ocupações (Allsop, 2006).

Numa reflexão sobre a construção da confiança nos cuidados de saúde, Kuhlmann (2006) assinala as mudanças que se estão a verificar nas fontes e nas estratégias para construir a confiança. Entre essas mudanças, importa destacar, para a presente dissertação, a pluralização da pericialidade, caracterizada pela diversidade de atores sociais que competem pela confiança no seu conhecimento e sistemas de informação, onde se incluem os médicos e outros profissionais de saúde, terapeutas de medicinas alternativas, grupos de pacientes, internet, etc. Em segundo lugar, verifica-se uma deslocação da confiança nas qualificações individuais e nas práticas corporizadas, para a confiança na informação obtida através de mensurações científico-burocráticas. Não se trata, para a autora, de um declínio da confiança, mas sim da emergência de novas tecnologias de construção da confiança (Kuhlmann, 2006: 609).

A distinção entre diferentes níveis de confiança é importante para questionar as eventuais diferenças na construção da confiança entre a medicina convencional e as MCA, afastadas que estas últimas estão dos critérios que conferem cientificidade à biomedicina. A este propósito, Stevenson e Scambler – retomando uma proposta de Mechanic (1996) – identificam um nível social (no plano da estrutura) e um nível interpessoal (no plano micro) da confiança. Enquanto a primeira é construída essencialmente através da exposição aos *media* e a outras fontes de informação massiva, a segunda é baseada nas interações sociais estabelecidas ao longo do tempo, concretamente a partir da experiência do paciente sobre a competência do médico e a sua responsabilidade, bem como dos resultados terapêuticos. Estes níveis de confiança influenciam-se mutuamente, mas podem

contradizer-se; por exemplo, pode existir confiança na profissão médica – enquanto sistema pericial abstrato, para utilizar a terminologia de Giddens (1992) –, mas desconfiança do médico em particular (Stevenson e Scambler, 2005: 10).

O esbatimento da dominação médica, ou da confiança nos médicos, é, pois, controverso. Mesmo os autores que defendem a teoria da transição dos cuidados de saúde vêm relativizar aquele argumento e chamar a atenção para os seus limites. As decisões sobre diagnósticos e terapêuticas continuam a caber aos médicos; são estes que prescrevem exames e medicamentos ou decidem cirurgias. Além disso, as pesquisas empíricas mostram que, na maioria dos casos, os médicos continuam a ser a primeira escolha dos indivíduos quando se sentem doentes (Bury e Taylor, 2008). Da mesma forma, o alcance da nova cidadania ativa em termos de aumento do poder dos consumidores ou de um declínio significativo da autoridade médica no estado regulador, é concebido como limitado, na medida em que as concessões que têm sido feitas às solicitações dos consumidores têm sido muito diminutas face às medidas tomadas a favor dos interesses comerciais da indústria farmacêutica (Abraham e Lewis, 2002).

Um outro filão analítico é o que situa estes fenómenos num quadro cultural mais amplo que seria caracterizado por um enfraquecimento da metanarrativa da ciência, ou, mais especificamente, da sua função legitimadora. Vários autores têm dado conta da emergência, nas sociedades contemporâneas, de novos quadros de incerteza face à ciência, bem como de uma relação de ambivalência entre confiança e ceticismo que caracteriza as relações leigas com a informação pericial (Ávila, Gravito e Vala, 2000; Costa, Ávila e Mateus, 2002; Lopes, 2003, 2007).

Num estudo sobre os públicos da ciência em Portugal, os autores salientam que

hoje, as conceções sobre a ciência que se cruzam no espaço social, e em particular na esfera pública, deixaram de ser unívocas – se é que alguma vez o foram, do que se pode legitimamente duvidar. (...) o alastramento da presença da ciência na vida social vem acompanhado de uma variedade de conceções, atitudes e tomadas de posição. Já não se encontram só, de um lado, o *alheamento ou a suspeita tradicionalistas face à ciência* e, do outro, o *entusiasmo racionalista experimental* conjugado com a *aposta modernizadora e emancipadora* que toma a ciência como vetor privilegiado. No presente, estas conceções e valorações persistem, mas são disputadas ou acompanhadas por outras. Entre estas últimas podem distinguir-se, assumindo o carácter esquemático da enumeração, pelo menos as seguintes: as *conceções dessacralizadas da ciência*, de ponderação crítica e avaliação seletiva das suas características cognitivas e impactos sociais; as *conceções deterministas da tecnociência*, tendendo a ver nesta o único fator efetivamente relevante de dinamismo económico e social e a dar por adquiridas, no essencial, as virtualidades da chamada sociedade da informação e do conhecimento; as *conceções de ceticismo acentuado*, descrentes em elevado grau dos procedimentos, resultados e potencialidades da ciência; e as

concepções de rejeição ativa, focadas na denúncia veemente dos novos riscos e sujeições, ameaças e destruições de que a ciência moderna seria portadora e que sobrelevariam quaisquer outros aspetos dela caracterizadores” (Costa, Ávila e Mateus, 2002: 15-16).

O ceticismo face à ciência está muitas vezes ancorado no receio dos riscos associados aos avanços científicos – entendidos enquanto efeitos indesejados –, mais do que na descrença face aos progressos que esses avanços possibilitam. A omnipresença do risco – ou, de forma mais rigorosa, do discurso sobre o risco – constitui um traço incontornável das sociedades contemporâneas, que atravessa quer os vários campos periciais do mundo académico, quer o espaço público (Raposo, 2010: 160). Já em 1992, Beck (1992) propõe o conceito de *sociedade de risco*, para dar conta não só dessa centralidade, mas também do facto de os riscos na modernidade tardia serem diferentes dos presentes no período pré-moderno, na medida em que são riscos à escala global e resultam do próprio processo de modernização, o que significa que são produzidos pelos avanços científicos. Segundo o autor,

a origem da crítica da ciência e da tecnologia repousa não na ‘irracionalidade’ das críticas, mas no fracasso da racionalidade tecno-científica face aos riscos e ameaças crescentes na civilização (...) as ciências são completamente incapazes de reagir adequadamente aos riscos civilizacionais, na medida em que estão proeminentemente envolvidas na origem e no crescimento desses mesmos riscos” (Beck, 1992: 59).

No entanto, a consciência pública do risco não implica uma rejeição da ciência, mas sim a manutenção de uma relação ambígua com o conhecimento científico, ao mesmo tempo de crítica e de credulidade, ou seja, a consciência do risco não é uma consciência exclusiva do conhecimento leigo, mas essencialmente determinada por e orientada para o discurso científico, necessária para a conceptualização dos próprios riscos. A produção social do risco não é, no entanto, monopólio da ciência; este é quebrado por reclamações, interesses e pontos de vista divergentes de diversos agentes que lutam pela definição dos riscos, incluindo os negócios, a política ou a ética (Beck, 1992).

Transposta para o campo específico da saúde, e dos riscos inerentes às terapêuticas da medicina – de que, como desenvolvemos anteriormente, os medicamentos constituem o recurso por excelência –, a crescente consciência do risco pode abalar a confiança dos indivíduos no conhecimento científico e naqueles que gerem esse conhecimento (neste caso os médicos), o que pode resultar no ceticismo face ao conhecimento biomédico (Cant, 2005: 185).

A diversidade de atitudes face à ciência mostra como as teses que advogam o declínio da metanarrativa da ciência são prematuras. Partilhamos, assim, das propostas que contrariam a existência de uma rejeição dessa metanarrativa e que, em vez disso, defendem que o conhecimento, nas sociedades modernas, se caracteriza pela pluralidade, isto é, a

coexistência de diferentes narrativas que se vão relacionando e intersectando, sendo reciprocamente permeáveis (Cant e Sharma, 1996b: 18). Importa, porém, reafirmar, que essas várias narrativas que se entrecruzam não gozam do mesmo grau de legitimidade que a ciência – e a biomedicina nela sustentada – foi adquirindo nos últimos séculos, como tivemos oportunidade de desenvolver no capítulo anterior.

A presença da informação sobre saúde – incluindo a atenção aos riscos –, a sua pluralização por diversas fontes e o contacto crescente dos indivíduos com essa informação são traços indiscutíveis que marcam as sociedades contemporâneas, independentemente das divergências em torno das suas consequências. Este contacto é potenciador daquilo que Giddens (1992) designou por *disseminação dos sistemas periciais no quotidiano* – e que evocamos para o campo específico da saúde –, cujos impactos se fazem sentir na *requalificação leiga* e, assim, no modo como, reflexivamente, isto é, apropriando-se dessa informação, os indivíduos organizam as suas práticas sociais em matéria de saúde. O conceito de *reflexividade social* do mesmo autor (1992) afigura-se, pois, relevante para conferir visibilidade e inteligibilidade ao facto de as crenças e práticas dos indivíduos serem objeto de constante auto-revisão à luz da informação disponível ou ativamente procurada. Algumas propostas defendem mesmo que para determinados segmentos da população – designadamente aqueles que dispõem de maior volume de capital cultural – uma atitude reflexiva e interpelativa relativamente ao conhecimento produz *mini-peritos* que se encontram ativamente envolvidos na procura de informação e que tomam as suas próprias decisões sobre o tipo de cuidados de saúde a que recorrem (Cant, 2005: 186).

A emergência de novas formas de protagonismo leigo no campo da saúde (Lopes, 2007) situa-se neste filão analítico. A autora argumenta que os sistemas de referência leigos estão a revelar-se, de forma cada vez mais acentuada, como sistemas abertos e permeáveis à assimilação das lógicas e conceções produzidas nos universos periciais. Tal não significa, porém, que os universos leigos se constituam como meros destinatários passivos das formas de racionalidade e de autoridade cognitiva produzidas nas instâncias periciais. Pelo contrário, configuram-se novas modalidades de autonomia e de protagonismo leigos (Lopes, 2007: 120). Questionando a tradicional dicotomia entre racionalidades leigas e racionalidades periciais, atribui o estatuto de saberes às cognições leigas no domínio da saúde, isto é,

construções cognitivas assentes numa dupla filiação: não só decorrem de uma apropriação reflexiva das referências periciais, como também do recorrente reavaliar da eficácia dessas referências no quadro das vivências e experiências práticas. É justamente esta natureza construída, e não passivamente assimilada, que atesta as novas formas de autonomia leiga relativamente à hegemonia pericial (Lopes, 2007: 136).

Tal não equivale a negar a centralidade do conhecimento pericial nas sociedades modernas, organizado em sistemas abstratos e codificados, de que a medicina, como temos vindo a dar conta, constitui um exemplo paradigmático, mas a reequacionar a relação entre conhecimento pericial e conhecimento leigo, designadamente na relação que os indivíduos estabelecem com a saúde e com os recursos terapêuticos que se lhes apresentam para a gerir, incluindo a medicina convencional e as MCA.

A este propósito, a tipologia de Fox e Ward (2006) é particularmente heurística na identificação de diferentes formas de envolvimento dos indivíduos com o conhecimento e a pericialidade médica, contrariando a tese de que estaríamos a assistir a uma transição do *doente passivo* de Parsons (1991) [1951] para o novo *consumidor ativo*. Na dicotomia autonomia/independência face à biomedicina, os autores defendem a existência de diversas identidades de saúde, situadas num *continuum* entre o *paciente perito* – que adota o modelo biomédico de saúde e de doença – e o *consumidor resistente* – que o rejeita e contesta, construindo uma identidade de saúde a partir de modelos experienciais leigos sobre a saúde e sobre o corpo.

3.5. A relação terapêutica: novas configurações

A reflexão sobre as implicações das transformações estruturais acima identificadas no plano micro, isto é, no quadro da interação social que se estabelece entre os profissionais de saúde, em particular os médicos, e os doentes, constitui um importante contributo para enquadrar uma das razões que vários autores defendem como explicativa da crescente popularidade das MCA: a insatisfação com a relação terapêutica na medicina convencional. Esta tese é fundada numa conceptualização bipolarizada da relação terapêutica, que opõe a medicina convencional e as MCA, como se à primeira correspondesse um modelo paternalista – isto é, a relação assimétrica médico-paciente de Parsons (1991 [1951]) – e à segunda um modelo de participação ativa do doente. Rejeitando esta dicotomia simplista, importa começar por dar conta, ainda que sumariamente, de algumas propostas que têm vindo a identificar diferentes configurações nesta relação, mostrando como estão associadas, não só aos diferentes tipos de contextos terapêuticos, como às diversas *culturas profissionais* e *culturas leigas* dos seus intervenientes.

Bury (1997) identifica três modelos de relação médico-paciente: o modelo do *consenso*, o modelo do *conflito* e o modelo da *negociação*. O modelo do consenso corresponde à perspetiva de Parsons, em que a relação é assimétrica mas funcional, encontrando-se o médico numa posição de poder face ao doente. Esta relação assenta no desempenho dos papéis sociais de doente e de médico, que se caracterizam por um conjunto de traços tipificados. A doença é encarada como um fenómeno temporário, em que

o doente tem certos deveres (o dever de se restabelecer através da adoção das indicações do médico) e certos direitos (o direito de estar temporariamente dispensado das suas obrigações sociais). O modelo do conflito corresponde à perspectiva de Freidson (1984), ancorada na noção de poder profissional e de dominação médica, em que o conflito é uma componente estrutural da relação, resultante do confronto entre universos profissionais e universos leigos, social e culturalmente distintos. Finalmente, o modelo de negociação pressupõe a existência de conflito (aberto ou latente), mas também a partilha de objetivos comuns de trabalhar em direção a um acordo, isto é, estão presentes em simultâneo o consenso e o conflito, sem que um se sobreponha ao outro. A prevalência de um ou outro modelo depende de um conjunto de fatores contingenciais, que dizem respeito ao tipo de doença, ao tipo de organização dos cuidados de saúde, bem como a características sociodemográficas dos pacientes, como sejam, o género, a idade, o nível de escolaridade ou a classe social. Os modelos não são estáticos, nem individualmente atribuídos, devendo ser contextualmente situados: i) uma mesma relação médico-paciente pode alterar-se ao longo do tempo, em função das várias etapas do curso da doença e da trajetória terapêutica; ii) um mesmo doente pode assumir um papel passivo numa relação e um papel ativo em outra.

A partir de uma revisão da literatura, Kelner (2000) identifica três modelos de relação terapêutica, numa classificação parcialmente coincidente com a de Bury (1997): o modelo *paternalista* (do consenso); o modelo de *decisão partilhada* (da negociação); e o modelo *consumerista*, uma extensão do anterior, na medida em que leva mais longe o poder do paciente-consumidor, a quem cabem, em última instância, as decisões, remetendo os médicos para o papel de prestadores de serviços.

O modelo da negociação é particularmente útil para equacionar o recurso às MCA, na medida em que se debruça sobre uma diversidade de aspetos, prévios e posteriores à própria consulta, incluindo a decisão de consultar um profissional de saúde e a sua escolha, as expectativas dos pacientes, o conhecimento prévio sobre as doenças, a interação face a face e os acontecimentos pós-consulta. Trata-se de um modelo que enfatiza a “natureza” ativa do ator social, em vez de considerar o paciente como passivo. Efetivamente, a decisão de consulta de um médico ou de um terapeuta das MCA, no quadro de dominação da medicina convencional já referido não se equivalem, implicando uma transgressão (ou resistência) simbólica face à ordem legítima instituída.

As mudanças socioculturais no campo da saúde e da doença que têm sido desenvolvidas ao longo deste capítulo – como o predomínio da doença crónica, a proliferação de informação sobre saúde, a valorização da prevenção e a retórica da responsabilização individual, entre outras – têm implicações na reconfiguração das relações entre médicos e doentes. Estas têm sido conceptualizadas quer em termos da expansão de

um novo modelo de relação – negocial (Bury, 1997) –, quer a partir da noção de *consumerismo*, aplicada aos doentes como atores sociais “racionais” no contexto da consulta médica (Lupton, 1997). O ideal-tipo de consumerismo contém a ideia de recusa do paternalismo médico e da capacidade de os indivíduos avaliarem os serviços de saúde disponíveis (ou prestados) e posteriormente tomarem decisões e fazerem escolhas em função dessa avaliação, cada vez mais complexas face à diversidade de recursos terapêuticos existente. É ideal, não apenas em termos conceptuais, mas também em termos normativos, já que corresponde a um modelo socialmente valorizado, em detrimento do paciente passivo e dependente.

A constatação destas reconfigurações não deve, no entanto, ocultar a diferenciação social e contextual que atravessa a relação terapêutica. Partilhamos as posições críticas de abordagens que tendem a assumir o doente-consumidor como um sujeito indiferenciado, como se o conhecimento – e a capacidade de monitorizar as ações em função desse conhecimento – estivesse acessível a todos de igual forma. Quer as posições que os indivíduos ocupam na estrutura social, quer as biografias pessoais e experiências de vida – em particular experiências de doença e de tratamento – afetam as possibilidades de envolvimento em posturas *consumeristas* ou *reflexivas* (Lupton, 1997: 374). Reforçando este argumento, segundo Kelner (2000), na prática, é difícil encontrar uma aplicação do modelo consumerista, por duas ordens de razões. Primeiro, o modelo assume que os pacientes se encontram numa posição de poder equivalente à dos médicos, que são consumidores com qualificações elevadas e com competências que permitem contestar o discurso médico ou produzir e manter um discurso elaborado sobre as opções médicas. Segundo, não tem em conta o facto de, em determinado momento, os pacientes estarem em diversas situações de sofrimento, o que os coloca numa posição de fragilidade para avaliar de forma sistemática e rigorosa as opções terapêuticas que lhes são apresentadas (Kelner, 2000: 82).

Esta mesma diferenciação deve ser salientada para os outros intervenientes na relação terapêutica, nomeadamente os médicos, cujas culturas profissionais moldam o tipo de interação que se estabelece. Como demonstra Carapinheiro (1991,1993), as conceções da prática da medicina não são únicas. No estudo que desenvolveu em contexto hospitalar, através da auscultação dos médicos, identifica dois modelos – numa lógica ideal-típica –, correspondentes a uma *conceção humanista* e a uma *conceção tecnicista*. O primeiro remete para uma valorização dos aspetos humanos, da necessidade de escutar o doente, da atenção à relação médico-doente (a metáfora do “médico com o doente”), enquanto o segundo privilegia uma forma de praticar medicina muito assente na tecnologia e nas possibilidades técnicas que esta oferece, destacando as virtualidades técnicas e científicas da medicina moderna (a metáfora do “médico contra o doente”).

Além disso, outros fatores – nomeadamente estruturais e organizacionais – interferem no tipo de relação terapêutica. Sem pretensões de exaustividade, são de referir o facto de a consulta ocorrer em serviços públicos de saúde ou em serviços privados, o tempo disponível para a consulta ou o local, entre outros (Morgan, 2003).

3.6. O natural “renascido”: simbologias e percepções

O renovado interesse pelo “natural” constitui um dos traços das sociedades contemporâneas que, não sendo exclusivo do campo da saúde, tem sobre este implicações diretas. A carga simbólica do termo é forte e, por isso, sujeita a manipulações diversas, como já assinalámos anteriormente (cf. capítulo 1, ponto 1.2). Efetivamente, no quadro da cultura de consumo, em que o valor simbólico se sobrepõe progressivamente ao valor de uso de bens e serviços (Featherstone, 1987, 1990), o qualificativo *natural* tem vindo a ser utilizado como forma de valorização social de determinados produtos, por oposição ao *artificial*, ao *químico*, em que se materializam os riscos inerentes à modernidade. O natural é, pois, investido de um conjunto de atributos simbólicos que o associam, por um lado ao saudável, e, por outro à inocuidade (Stevenson, 2004).

A consciência pública crescente face aos riscos tem contribuído para uma florescente indústria do natural, que podemos associar à ideia do desenvolvimento do comércio com os riscos, a partir da proposta de Beck (1992). Segundo o autor, a demonstração dos perigos e riscos da modernização é um fator de desenvolvimento económico, já que a definição e manipulação dos riscos permitem a criação de novos mercados para responder a novas necessidades para evitar o risco. Um dos exemplos é precisamente o dos produtos ditos naturais, quer com finalidades terapêuticas, quer direccionados para outras áreas da vida quotidiana, direta ou indiretamente relacionadas com a saúde; veja-se o caso, na alimentação, do aumento da produção, comercialização e do consumo de alimentos provenientes da agricultura biológica ou, no vestuário, da utilização de materiais não sintéticos.

No caso específico dos recursos terapêuticos, um dos traços característicos da modernidade corresponde ao que Lopes designa por “reabilitação do natural” (Lopes, 2010b) ou o “(re)emergir do natural na era do farmacológico” (Lopes *et al.*, 2012), para dar conta do renovado interesse pelo natural no imaginário social contemporâneo. Num quadro cultural em que a ciência detém um estatuto ambivalente, entre a confiança e o ceticismo, bem como num discurso público sobre saúde que desloca o enfoque do tratamento para a prevenção, os produtos terapêuticos naturais, antes relegados para um plano residual com a expansão do domínio dos fármacos, encontram um espaço propício ao seu desenvolvimento. Isto é,

a ciência configura nas sociedades pós modernas um *lugar* de produção de segurança, mas também de produção do risco. Precisamente, os fármacos constituem o ícone por excelência das virtudes da ciência no âmbito terapêutico, mas constituem também o ícone dos seus riscos. (...) O natural ressurgiu assim no discurso social (e socializado) como a ancestral segurança, o renovado meio de defesa, face à *incerteza* que a ciência e os seus riscos introduzem no quotidiano, e sobremaneira no domínio terapêutico (Lopes, 2010b: 25).

A associação dos produtos terapêuticos naturais à ideia de inocuidade, isto é, à ausência de riscos e de consequências negativas para a saúde, tem vindo a ser comprovada em pesquisas empíricas sobre o consumo de medicamentos, quer químicos, quer naturais (Lopes, 2010; Raposo, 2010). A expansão do consumo do natural pode decorrer de um posicionamento valorativo ideologicamente empenhado relativamente às vantagens e eficácia dos respetivos produtos terapêuticos, ou ser suscitada por objetivos de minimização do risco, geralmente associado aos seus equivalentes químicos, isto é, os fármacos (Raposo, 2010: 163). Num inquérito a uma amostra representativa da população portuguesa, realizado em 2008, os resultados revelam que quando se compara a atribuição leiga de risco face a medicamentos químicos e a medicamentos naturais, verifica-se que é atribuído um risco mais elevado aos primeiros do que aos segundos, que, embora associados a uma maior inocuidade, não são no entanto consumidos sem quaisquer reservas. Em contraste, as perceções sobre eficácia são mais favoráveis para os químicos do que para os naturais, o que revela a popularidade e adesão que a oferta farmacológica continua a manter. Esta dualidade entre risco e eficácia, em que o primeiro surge em muitos discursos leigos como o “preço a pagar” pela segunda caracteriza as expectativas sociais em torno dos fármacos (Raposo, 2010; Lopes *et al.*, 2012).

As perceções sociais sobre os produtos terapêuticos naturais não são, porém, unívocas, sendo que uma das variações respeita ao tipo de produtos que estão a ser considerados. A este propósito, afigura-se útil a distinção entre o *natural tradicional* e o *natural moderno* (Lopes, 2010b), correspondendo o primeiro aos remédios tradicionais à base de plantas ou tratamentos caseiros, derivados do conhecimento ancestral local e produzidos no âmbito do setor popular (Kleinman, 1980), geralmente em contextos rurais, e o segundo a suplementos alimentares (segundo a terminologia utilizada na farmacologia) ou medicamentos homeopáticos, processados, embalados e comercializados em lojas de produtos naturais ou farmácias.

Tal como para as medicinas ou terapias não convencionais, importa, pois, situar os significados atribuídos aos medicamentos e a outros produtos terapêuticos em contextos culturais específicos. Em zonas rurais ou peri-urbanas, em que a utilização de produtos à base de plantas medicinais é significativa, prevalecem discursos que enfatizam os aspetos positivos destes produtos e os associam a estilos de vida tradicionais rurais. Em contraste,

são salientados os fracassos dos fármacos, associados à modernidade e à urbanização. Trata-se de uma crítica à modernidade e uma afirmação da superioridade da tradição (Wayland, 2004: 2409). A prevalência destes discursos não implica, porém, a recusa dos fármacos, cuja utilização ocorre em articulação com a das plantas medicinais.

Sem descurar as interseções entre os produtos naturais tradicionais e as MCA, são os produtos naturais modernos que têm para a presente pesquisa particular interesse, na medida em que constituem um dos recursos terapêuticos que materializam a ação das terapias nelas integradas. Ora, como refere Miles, estes produtos ou medicamentos naturais combinam em si mensagens de tradições antagônicas. Utilizam os conceitos e símbolos da ciência para a sua validação e legitimação social, mas, simultaneamente, recorrem à tradição e à simbologia do natural, porque processados a partir de ervas naturais.

Num pequeno comprimido, ciência e natureza são encapsuladas (...) Os medicamentos naturais legitimam e medicalizam a natureza e reafirmam e reembalam um conhecimento e estilo de vida que a sociedade moderna muitas vezes desvaloriza e degrada. (...) A medicina natural ultrapassa as dicotomias habituais criadas entre ciência e natureza e entre modernidade e tradição (...) ao fazê-lo fornece uma mercadoria de “dupla ação” com uma potência simbólica poderosa (Miles, 1998: 219, 221).

Capítulo 4

Experiências e razões do recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: o estado da arte

O interesse pelas medicinas complementares e alternativas (MCA) tem sido crescente nas sociedades ocidentais desde os anos 1960, o que é visível quer pelo aumento do número de indivíduos que recorrem a estas medicinas, quer pelo aumento dos terapeutas e pela diversificação da oferta em termos de terapias (Saks, 2001). As pesquisas que têm procurado quantificar a dimensão da procura em vários países do ocidente têm demonstrado um considerável aumento da sua utilização nas últimas décadas (Harris *et al.*, 2012). Uma das vertentes mais significativas nos estudos no domínio das ciências sociais sobre as MCA tem explorado as razões desse recurso, procurando responder à seguinte questão: “Porque é que as pessoas recorrem às MCA?”. Esta questão, como afirma Sharma (1996), tem implícita uma segunda parte: “(...) em vez de recorrerem à medicina convencional?”.

No presente capítulo, procedemos a uma revisão, que se pretende sistemática, da literatura que dá conta dos resultados dos estudos que exploram as experiências e razões do recurso às MCA. Focando-se nas abordagens sociológicas, esta revisão abrange também contributos de outras ciências sociais, como a antropologia e a psicologia.

4.1. Razões do recurso às Medicinas Complementares e Alternativas

Por uma questão de exposição analítica, organizamos os vários fatores explicativos do recurso às MCA avançados na literatura em dois blocos principais – a insatisfação com a medicina convencional e as teses da pós-modernidade –, mas na realidade estes fatores são dificilmente indissociáveis, havendo diversas interseções entre eles.

Insatisfação com a medicina convencional

A insatisfação com a medicina convencional constitui um dos fatores recorrentemente evocado como explicação para a crescente popularidade das MCA. Esta insatisfação tem sido geralmente trabalhada em torno de três aspetos: i) a dificuldade da biomedicina responder aos desafios que a transição demográfica e epidemiológica coloca; ii) os riscos associados às terapêuticas da biomedicina, sobretudo os medicamentos; iii) a fraca qualidade da relação terapêutica.

A transição demográfica e epidemiológica, com o envelhecimento da população e o aumento da prevalência da doença crónica, como já tivemos oportunidade de desenvolver

(cf. capítulo 3, ponto 3.2), é um dos fatores avançado para explicar o crescente recurso às MCA, defendendo-se que a medicina convencional, ao contrário dos contributos inquestionáveis nas doenças agudas e infecciosas, não tem sido bem sucedida no modo como lida com a doença crónica e em dar resposta a doenças degenerativas, designadamente no alívio da dor e do sofrimento associado a estas doenças (Siahpush, 1998; Kumar, 2003; Coulter e Willis, 2007). Este recurso estaria, pois, fundado na insatisfação – em termos pragmáticos – com a medicina convencional, especificamente com os resultados dos seus tratamentos, isto é, a sua eficácia.

No quadro da insatisfação com a medicina convencional, outra explicação remete para a preocupação com os efeitos secundários atribuídos aos fármacos, bem como a aspetos simbólicos de alguma rejeição da artificialidade associada aos químicos e, por contraste, uma valorização do natural, pragmática e simbólica, conforme já referido (cf. capítulo 3, ponto 3.6). Neste sentido, a aparente inocuidade das MCA e a sua utilização de produtos naturais, encarados como menos disruptivos da integridade do corpo, podem constituir um fator de atração (Cant e Sharma, 1999; Badone, 2008).

Esta preocupação não pode deixar de ser associada à crescente vigilância social sobre os riscos dos medicamentos – para cuja visibilidade os meios de comunicação social têm contribuído –, bem como aos alertas sociais relativos à sobreprescrição de determinado tipo de fármacos aos quais se atribuem maiores riscos, como é o caso dos antibióticos ou dos psicofármacos (Raposo, 2010).

Outra razão avançada por alguns autores tem a ver com a qualidade da relação médico-paciente (Kumar, 2003), em particular o tempo disponível para as consultas, relativamente escasso na biomedicina (Cant e Sharma, 1999: 39). Os proponentes deste argumento referem que os indivíduos recorrem às terapias alternativas não devido à insatisfação com os resultados dos tratamentos médicos em termos da sua eficácia, mas sim devido à insatisfação com a relação médico-paciente. Na sua forma mais extrema, argumenta-se que os médicos perderam a sua “humanidade”. Passam pouco tempo com os seus pacientes, que muitas vezes não são informados sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico relativos às suas próprias doenças. Os médicos adotam uma ideologia materialista, centrada no médico e não há uma participação mútua (Siahpush, 1998: 60).

Outro ângulo de análise, que nos parece mais profícuo, é situar as eventuais diferenças na relação médico-paciente nos dois sistemas terapêuticos no quadro das posições no campo dos cuidados de saúde que ambos ocupam e nas respetivas implicações no contexto micro da relação terapêutica, ao invés de estabelecer comparações diretas entre algo que não é diretamente comparável. A análise de Chatwin (2008, 2009) sobre as interações nas consultas de homeopatia é bastante elucidativa a este respeito, ao partir de duas questões incontornáveis: a familiaridade e a eficácia. Ao contrário da medicina

convencional, os homeopatas têm que gerir a “estranheza” dos pacientes relativamente aos medicamentos homeopáticos, bem como o desconhecimento – ou mesmo suspeita – acerca da sua eficácia. Assim, nas primeiras consultas as estratégias mobilizadas concretizam-se na explicação das especificidades do processo homeopático, bem como na racionalização dos remédios homeopáticos, incluindo a explicação da sua eficácia terapêutica, de modo a transformar o estranho em familiar.

O autor aprofunda ainda as diferenças nas consultas de homeopatia por parte de homeopatas médicos e por parte de homeopatas não médicos (Chatwin, 2009). Enquanto as segundas tendem a ser mais longas e concretizadoras da abordagem holística reclamada pela homeopatia, através de incentivos para que os pacientes falem não só sobre os seus problemas de saúde mas também sobre outros aspetos da sua vida, nas primeiras os médicos tendem a limitar-se a incorporar os medicamentos homeopáticos no arsenal de medicamentos e tratamentos convencionais (Chatwin, 2009: 167).

Se a relação terapêutica pode ser um fator a ter em conta nas escolhas dos pacientes, a verdade é que as pesquisas têm demonstrado que não há um tipo de relação exclusivo na medicina convencional, da mesma forma que não haverá um modelo único para as MCA. Como desenvolvemos no capítulo anterior (cf. capítulo 3, ponto 3.5), a relação médico-doente é condicionada por um conjunto variado de fatores, desde os contextos institucionais em que ocorre – por exemplo, sistema público ou sistema privado –, até às ideologias profissionais dos médicos, para referir apenas alguns deles. Além disso, postular a existência de uma relação terapeuta-paciente nas MCA baseada num modelo de negociação/decisão partilhada ou consumerista é ignorar a diversidade que pode caracterizar essa interação e reproduzir uma retórica de valorização das MCA mobilizada pelos respetivos terapeutas ou por aqueles que se encontram engajados na sua legitimação.

Algumas pesquisas focadas na relação terapeuta-paciente nas MCA têm comprovado a diversidade de modelos de relação e a sua contingencialidade, designadamente a variação ao longo das várias fases do encontro terapêutico.

Num estudo sobre a prática da acupunctura nos EUA, por exemplo, defende-se que entre os acupunctores se pode encontrar uma diversidade de modelos de cuidados de saúde, situados ao longo de um *continuum* entre o polo do modelo tecnocrático e o polo do modelo holístico, com implicações na relação terapêutica; enquanto alguns terapeutas valorizam os aspetos técnicos ligados à inserção de agulhas, mantendo uma distância (profissional) relativamente aos pacientes, outros investem na criação de uma interação caracterizada pela empatia e pelo tratamento individualizado de cada paciente (Barnes, 2003).

Numa outra pesquisa aplicada ao caso da homeopatia, Robert Frank (2002) conclui que a interação entre os médicos homeopatas e os pacientes é um processo complexo, em

que as várias fases da consulta assumem diferentes formas, incluindo o consenso, o conflito e a negociação. Durante a fase inicial de diagnóstico, o homeopata é muito cooperante, sendo que as informações prestadas pelo paciente são fundamentais. Ao contrário da biomedicina, em que a atenção é centrada nos resultados dos exames médicos, na homeopatia a experiência relatada pelo paciente é fundamental, constituindo a fonte de informação por excelência. No entanto, defende o autor, esta característica não deriva do altruísmo nem da preocupação com a satisfação do paciente, mas sim da própria lógica terapêutica da homeopatia; a homeopatia é, por ter de ser, uma medicina centrada no paciente. Já no que se refere ao processo de decisão sobre a terapêutica, o retrato é diferente; é o homeopata que prescreve e muitas vezes o paciente nem sequer conhece o nome do medicamento. Ou seja, nesta fase da consulta, verifica-se um padrão de relação paternalista (Frank, 2002: 1293-94).

Na mesma linha, centrando-se nos tipos de transações que ocorrem nas consultas de homeopatia, Chatwin constrói uma tipologia que engloba quatro tipos de abordagem na fase de definição dos tratamentos: i) categórico (o terapeuta prescreve, de forma unilateral, um tratamento); ii) diferido (o terapeuta protela a decisão sobre o tratamento, sendo a unilateralidade atenuada); iii) aberto (o paciente é incentivado a refletir e a participar na decisão sobre o tratamento que é adequado para ele); iv) invertido (o terapeuta orienta o paciente para que este assuma o controlo sobre a decisão de tratamento). Estes tipos de transações organizam-se, assim, num *continuum* entre o centrado no terapeuta (mais diretivo) e o centrado no paciente (menos diretivo) (Chatwin, 2009: 170-71). Embora o formato diferido tenha sido o mais frequente nas consultas analisadas no estudo, foram também observados outros formatos, o que vem comprovar a diversidade de interações que temos vindo a assinalar.

Outra pesquisa ainda, comparando diretamente a relação dos pacientes com os terapeutas das MCA e com os médicos de família – isto é, com aqueles que, teoricamente, teriam mais semelhanças com as abordagens preconizadas pelas MCA –, conclui que as diferenças não são significativas, tendendo a prevalecer o modelo da decisão partilhada (Kelner, 2000).

Relativamente às teses da insatisfação com a medicina convencional, a reflexão de McGregor e Peay (1996) constitui um importante contributo para aprofundar a noção de insatisfação. Segundo os autores, a insatisfação tem sido tratada de forma demasiado generalista e sem se ter em consideração exatamente a que níveis se situa. Defendem que há três categorias de insatisfação, conceptualmente distintas. A primeira é uma desconfiança ou falta de confiança geral na eficácia da medicina convencional. Embora essa desconfiança possa ter sido provocada por uma série de experiências adversas, pode não ser dirigida a nenhum indivíduo, doença ou tratamento médico em particular, mas sim

baseada num conjunto de crenças e valores gerais. A segunda é a insatisfação específica com os médicos ou tratamentos médicos, que pode resultar de experiências negativas de tratamento ou de interação médico-paciente. A terceira é uma perda de esperança em conseguir resultados satisfatórios com os tratamentos convencionais para um determinado problema de saúde, que pode levar à procura das terapias alternativas como último recurso, em “desespero”. A utilidade desta segmentação é permitir explorar os diversos níveis de satisfação, isolando os aspetos que são objeto dessa insatisfação. Um indivíduo pode, por exemplo, ter pouca confiança na medicina em geral, mas estar satisfeito com o desempenho de um médico em particular; ou pode procurar alternativas para um problema de saúde que a medicina convencional não consegue resolver, sem deixar de acreditar nessa medicina (McGregor e Peay, 1996: 1318-19).

As teses da pós-modernidade

Outro conjunto de argumentos remete para o que tem sido designado por teses pós-modernas. De forma sucinta, o recurso às MCA, representando um reflexo de padrões mais abrangentes que caracterizam as sociedades pós-modernas, constituiria uma resposta ao declínio da crença na ciência e na tecnologia para a resolução dos problemas da modernidade (incluindo as questões da saúde e da doença) e ao crescimento de processos de individualização, traduzidos numa busca por um maior controlo dos indivíduos sobre as suas próprias vidas e numa atitude crítica face à autoridade pericial, onde se inclui a autoridade médica. Consequentemente, o crescimento das MCA constituiria um fenómeno de desmedicalização, ou seja, a perda do controlo da medicina sobre determinados aspetos da vida humana.

Especificamente, os proponentes deste argumento defendem que na pós-modernidade está a emergir um novo sistema de valores, com novas ideias sobre a natureza, a ciência, a tecnologia, a saúde, a autoridade, a responsabilidade individual e o consumerismo, apelidados de valores pós-modernos, que explicam o crescente recurso às MCA (Bakx, 1991; Easthope, 1993; Eastwood, 2000; Rayner e Easthope, 2001).

Siahpush (1998) sistematiza estes valores em quatro vertentes: i) uma nova visão sobre a natureza; ii) novas crenças sobre a saúde e a doença; iii) a rejeição da autoridade; iv) a responsabilização individual e o consumerismo. A primeira remete para a valorização da natureza e do natural (cf. capítulo 3, ponto 3.6), ao ponto do autor referir a emergência de uma *cultura verde*, em que a ingestão de produtos químicos – quer em medicamentos, quer em alimentos (veja-se o exemplo do crescimento do mercado da agricultura biológica) – é evitada. A segunda respeita a mudanças nas crenças sobre a saúde para concepções mais holísticas, que contemplam o bem estar, de uma forma integrada, do corpo, mente e

espírito. A terceira corresponde à rejeição da autoridade, especificamente da autoridade científica e profissional, associada à demanda por uma participação mais ativa dos indivíduos, que se verifica no campo da saúde. Por fim, a pós-modernidade também é caracterizada pela crença na responsabilidade individual, atribuindo-se aos indivíduos a capacidade para atingir estados de saúde desejáveis, que dependem de esforços, empenho e mudanças de estilos de vida. Esta responsabilização está intimamente ligada ao consumerismo, já que os indivíduos têm maior possibilidade e capacidade de escolha, mudando mais facilmente de opções terapêuticas em função da sua eficácia. (Siahpush, 1998: 60-62).

A congruência entre estes valores e as bases filosóficas da maioria das MCA explicaria o recurso a estas terapias, na medida em que os terapeutas utilizam frequentemente tratamentos naturais e não-invasivos, advogam uma visão holística da saúde, possibilitam a participação do paciente no processo de cura e defendem que a saúde está no interior do indivíduo e que é ele, em última instância, o responsável por atingir o estado de saúde desejado (Siahpush, 1998: 60).

As MCA permitiriam, assim, um maior controlo do indivíduo sobre a sua saúde (Easthope, 1993), o cumprimento da auto-determinação e o reconhecimento da subjetividade e agência individual nos processos de tratamento, sistematizadas na noção de individuação, por oposição à despersonalização dos contextos biomédicos (Broom e Tovey, 2007). Sendo baseadas num modelo de saúde holístico, que enfatiza aspetos pós-modernos da saúde que a biomedicina suprimiu, as MCA teriam o potencial de devolver aos indivíduos a emoção, a espiritualidade, a natureza e o reconhecimento e valorização da escolha e autonomia individual sobre a própria saúde (Eastwood, 2000).

Neste quadro, o recurso às MCA é conceptualizado, por alguns autores, como forma de resistência ao discurso e às práticas biomédicas (Thompson, 2003; Goldner, 2004; Badone, 2008).

Os clientes dos terapeutas alternativos procuram libertar-se das discrepâncias de poder entre o médico e o paciente. O recurso às terapias alternativas representa uma forma de resistência face ao aparelho biomédico de controlo social que, como Foucault mostrou, permite aos profissionais da elite prescrever comportamentos de saúde apropriados aos membros de classes menos privilegiadas. A decisão de consultar um terapeuta alternativo pode assim ser interpretada como uma expressão de protesto contra o poder coercivo e disciplinar da burocracia biomédica (Badone, 2008: 209-210).

O fenómeno das MCA chega a ser classificado como um movimento social, devido ao elevado número de pessoas que se identificam como ativistas e ao impacto coletivo que estão a conseguir (Goldner, 2004). Numa pesquisa realizada nos EUA, a autora refere que a maioria dos terapeutas e utilizadores de MCA que foram entrevistados definem a sua

participação nestas medicinas como ativismo. Embora a sua resistência remeta essencialmente para atos individuais, considera que os ativistas estão a causar um impacto mais vasto a partir do momento em que se identificam com um aparentemente coeso movimento social que desafia a medicina ocidental de forma coletiva. O movimento das MCA não conta, porém, com uma organização identificável que o unifique; em vez disso, trata-se de um movimento difuso que inclui várias clínicas, organizações e indivíduos ativistas, unidos pela sua ideologia (Goldner, 2004: 711).

Focando a análise em recursos terapêuticos utilizados pelas MCA, Rayner e Easthope (2001) colocam a hipótese de o consumo de “medicamentos alternativos” representar um caso paradigmático dos consumos pós-modernos. A partir da análise de conteúdo de anúncios publicitários a estes medicamentos e de um inquérito aos respetivos compradores, concluem pela existência de um nicho de mercado baseado em estilos de vida, com ênfase sobretudo no valor simbólico em detrimento do valor de uso, sendo estes medicamentos simbolicamente valorizados como um meio de auto-construção, em congruência com os valores pós-modernos acima identificados. Porém, os resultados da pesquisa mostram que a ênfase no controlo individual não é acompanhada pela rejeição do controlo pericial. Aquilo que se verifica é um reposicionamento da autoridade, cada vez mais plural, em que o objeto da rejeição se limita à posição hegemónica da pericialidade no controlo da saúde.

As teses pós-modernas pressupõem a existência de um indivíduo-tipo, que podemos caracterizar como um consumidor informado, capaz de fazer escolhas racionais face à existência de diferentes prestadores de cuidados de saúde, a partir dos níveis de confiança depositada nesses prestadores e da monitorização reflexiva das suas próprias ações e resultados dessas ações. Nesse sentido, algumas propostas têm associado o *self* reflexivo de Giddens (1992) à perspetiva do consumerismo (Hughes, 2015). A autora defende que nas modernas sociedades ocidentais assistimos a uma situação de

relativismo, em que a autoridade histórica da medicina e da indústria farmacêutica é desafiada e torna-se apenas uma de muitas explicações para uma condição médica. Neste contexto, os consumidores procuram o tratamento em que acreditam, confiam e são capazes de suportar do ponto de vista financeiro. Associado a esta relegação da biomedicina para uma de muitas intervenções possíveis surge uma ênfase na responsabilidade individual para reduzir os riscos de saúde (Hughes, 2015: 450-51).

Acresce a este argumento o facto de as MCA, na generalidade dos países ocidentais, não se encontrarem disponíveis nos respetivos sistemas de saúde, pelo que o recurso implica, por parte dos indivíduos, uma procura ativa de informação e a capacidade para fazer escolhas informadas (Baarts e Pedersen, 2009: 728).

Os argumentos pós-modernos têm sido objeto de várias críticas. Uma delas remete para a relação entre as propostas teóricas e a realidade empírica. Por um lado, considera-se que os argumentos conceptuais que defendem a associação entre valores pós-modernos e aumento do recurso às MCA se situam de forma especulativa na grande teoria, com pouco fundamento nos dados empíricos, por ausência de estudos que sujeitem esses argumentos à verificação empírica (Broom e Tovey, 2007: 1025). Por outro lado, refere-se a dificuldade de os testar empiricamente, até por uma questão de indefinição na direção da causalidade: os indivíduos que recorrem às MCA revelam valores pós-modernos que explicam a procura, ou porque recorreram às MCA passam a partilhar valores pós-modernos? (Coulter e Willis, 2007: 219). Estes mesmos questionamentos têm sido colocados na interpretação de resultados de pesquisas empíricas sobre o recurso às MCA. Quando se verifica, por exemplo, que os utilizadores de MCA aderem, mais do que os não utilizadores, a uma visão holística da saúde, constitui essa adesão uma causa ou um efeito do recurso a estas medicinas? (Astin, 1998).

Uma segunda crítica, de carácter concetual, é a que classifica como questionável a desmedicalização que estaria associada aos valores pós-modernos (Cant e Sharma, 1996b, 1999). Se as MCA aparentemente desmedicalizam a saúde pessoal ao encorajar os indivíduos a serem menos dependentes da biomedicina, paradoxalmente, ao trazerem para o seu escrutínio todas as áreas da vida emocional e espiritual – através da ênfase numa abordagem holística do indivíduo –, remedicalizam os quotidianos individuais (Cant e Sharma, 1999: 46). Na medida em que terapeutas das MCA possam ser considerados mais um tipo de peritos numa sociedade que se baseia cada vez mais no conhecimento pericial, a MCA parecem, assim, ter, em simultâneo, a capacidade de se envolver em processos de medicalização e desmedicalização, de crescimento e de decrescimento da dependência da pericialidade (Cant e Sharma, 1996b: 12).

Outros autores levam este argumento mais longe, ao considerar que a utilização crescente das terapias complementares e da biomedicina pelos mesmos indivíduos constitui um incremento na medicalização e no controlo social. Isto é, para estes indivíduos, a narrativa de saúde expandiu-se, não se dividiu. As terapias complementares reforçariam assim uma ordem normativa, com a sua ênfase na responsabilidade individual, auto-disciplina e a criação de corpos e mentes disciplinados. Em vez de libertadoras, têm a capacidade de conseguir um sujeito auto-responsável, auto-policizador e politicamente conformista (Kumar, 2003: 5.7).

Acresce que a ideia de um modelo de paciente passivo, complacente e obediente exclusivo da biomedicina, por contraponto à conceptualização da saúde como responsabilidade individual e agência como atributo das MCA é contestável (Hughes, 2004). Com efeito, segundo a retórica das MCA, as práticas de saúde que lhes estão subjacentes

permitiriam ao paciente o desempenho de um papel mais ativo na sua saúde e encorajariam os indivíduos a conceptualizarem as suas experiências de doença de uma forma mais holística, potenciando assim um tipo de *self* holístico, ativo e empoderado/capacitado. Porém, a noção de auto-responsabilidade passou a constituir uma componente importante da atual retórica da manutenção da saúde e da prevenção da doença, também na biomedicina. Os pacientes são cada vez mais encorajados a agir como consumidores responsáveis, capazes de, de forma ativa, manter a sua saúde através de escolhas de estilos de vida (Sointu, 2006: 493). Como desenvolvemos anteriormente (cf. capítulo 3, ponto 3.1), este cidadão ativo e informado tem vindo a emergir nas políticas de saúde sobretudo nas três últimas décadas.

Retomando a noção de pluralismo médico e o modo como se consubstancia nas sociedades ocidentais modernas, como já desenvolvido anteriormente (cf. capítulo 2, ponto 2.2), os argumentos pós-modernos parecem pressupor uma equivalência na legitimidade simbólica e institucional entre a medicina convencional e as MCA. O pluralismo não significa um paralelismo dos vários recursos terapêuticos disponíveis, pelo que as escolhas individuais não podem deixar de ser consideradas à luz dessas diferenças.

Por fim, um outro argumento, porventura aquele que, no âmbito desta dissertação, se afigura como passível de explorar de forma mais sistemática, é aquele que rejeita a assunção da homogeneidade – social e cultural – dos indivíduos que recorrem às MCA, expressa na categoria *utilizadores das MCA*. Especificamente, considera-se que é muito difícil generalizar sobre as expectativas e as experiências dos utilizadores, na medida em que constituem um segmento da população com uma grande variedade de crenças e conceções sujeitas a mudanças a partir do contacto com uma terapia ou um terapeuta das MCA. A observação dessas expectativas e dessas experiências mostra que as preferências não são uniformes nem estáticas (Cant, 2005: 175).

Deste modo, as análises mais profícuas, quanto a nós, são as que afirmam a diversidade de razões para recorrer às MCA, e o modo também diverso como essas razões podem ser combinadas ao longo das trajetórias terapêuticas dos indivíduos.

Como referem Cant e Sharma,

Podemos ter que compreender o crescimento da utilização plural dos serviços médicos como um processo e introduzir a ideia de trajetória na nossa análise, reconhecendo que as experiências variam de utilizador para utilizador. Alguns podem recorrer porque possuem ideologias de saúde específicas, buscam uma relação diferente com o seu terapeuta, estão preocupados com a segurança da biomedicina ou consideram que a medicina alternativa lhes oferece múltiplas formas de entender os seus corpos, o sofrimento físico e de dar significado às suas doenças na relação com as suas próprias biografias e com os contextos culturais e

sociais. Outros podem ser mais pragmáticos, procurando o alívio de um sintoma específico (Cant e Sharma, 1999: 47).

Efetivamente, os estudos empíricos recentes realizados junto de grupos populacionais heterogêneos não revelam a existência de um perfil cultural abrangente e consistente dos utilizadores das MCA (Fadlon, 2004).

A diversidade de razões está bem expressa no modo como as MCA são representadas na comunicação social. Um estudo particularmente elucidativo a esse respeito é o de Doel e Segrott (2003), que analisam as referências às MCA nas revistas de saúde e estilos de vida dirigidas ao público feminino no Reino Unido. Identificam três formas de representação das MCA: i) como uma ferramenta pragmática para o tratamento das doenças; ii) como um mecanismo para alargar as concepções correntes de saúde e de bem estar; iii) como uma doutrina de um estilo de vida “natural” ou “alternativo”. No primeiro caso, as MCA têm uma conotação instrumental, ou seja, são representadas como instrumentos que podem curar a doença ou aliviar os sintomas. São racionalizadas em termos de eficácia médica e do seu valor prático para os doentes, sem serem inscritas numa doutrina conceptual mais ampla. No segundo, o foco não é exclusivamente a doença, mas desloca-se para uma concepção mais ampla de saúde, sobretudo no contexto da vida moderna e cosmopolita, contendo a crença de que a saúde é holística, implicando o bem estar do corpo e da mente. No terceiro, as MCA são colocadas no centro de estilos de vida “naturais” ou “alternativos”, mobilizando-se noções como as de realização pessoal, de empoderamento, de auto-responsabilidade e de auto-controlo.

A análise das trajetórias terapêuticas dos indivíduos que recorreram às MCA é, por isso, útil, na medida em que permite identificar empiricamente, no plano micro, a diversidade de razões que estão na origem desse recurso e os sentidos sociais que lhe são atribuídos. É o que procuramos fazer no ponto que se segue, tomando como referência várias pesquisas, essencialmente sociológicas, sobre o fenómeno.

4.2. Trajetórias terapêuticas: o predomínio do pluralismo

Uma das evidências empíricas produzidas no âmbito dos estudos sobre o recurso às MCA é a de que raramente esse recurso implica o abandono da medicina convencional (Sharma, 1996; Kelner e Wellman, 1997; Whiteford, 1999; Saks, 2001; Wiles e Rosenberg, 2001; Adler, 2002; Frohock, 2002; McGuire, 2002; Micozzi, 2002; Kumar, 2003; Fadlon, 2004; Barnes, 2005; Cant, 2005; Barry, 2006b; Broom e Tovey, 2007; Hildreth, 2007; Badone, 2008; Quah, 2008). Na verdade, se assistimos a um crescimento do recurso às MCA, como vários estudos já referidos atestam, tal não corresponde a um decréscimo da procura da

medicina ortodoxa (Sharma, 1996), nem tampouco a um decréscimo no consumo de uma das suas principais ferramentas terapêuticas, os fármacos (Lopes, 2010a, 2010b).

Numa boa parte destas pesquisas, os autores rejeitam uma perspectiva exclusivista na abordagem do recurso às MCA, isto é, aquela que pressupõe uma correlativa rejeição da medicina convencional, subjacente às teses da pós-modernidade já referidas. Defendem que, na maioria dos casos, esse recurso não implica a adesão a uma visão cultural específica que distinguiria os utilizadores das MCA dos não-utilizadores, sendo antes motivado por razões pragmáticas. É neste quadro que se inscreve o pluralismo dos utilizadores, ou seja, a combinação, de formas variadas, segundo critérios também variados, da diversidade de recurso terapêuticos disponíveis, situados dentro de diferentes sistemas terapêuticos. Como refere Clamote, “o pluralismo médico parece assim funcionar essencialmente ao nível da ação social leiga, que funciona como articulador contextualizado das possibilidades e relevâncias que, a partir de pontos sociais situados, diferentes práticas médicas acessíveis pareçam apresentar” (Clamote, 2006: 231).

São vários os conceitos propostos para designar este fenómeno de utilização plural de recursos inscritos em diferentes sistemas terapêuticos, desde o *novo pluralismo médico* (Cant e Sharma, 1999) – já aqui discutido – ao *pluralismo terapêutico* (Broom e Tovey, 2008), ao *eclétismo* (Micozzi, 2002), ou aos *regimes terapêuticos mistos* (Connor, 2004). Micozzi (2002) refere a existência de um *modelo eclético*, em que os indivíduos escolhem as abordagens terapêuticas mais eficazes a partir de diferentes tradições. Linda Connor (2004) propõe o termo *regimes terapêuticos mistos*, para designar um conceito que remete para uma conceção menos dicotomizada e mais apropriada ao processo de procura de cuidados de saúde em diversas fontes e recursos por parte dos indivíduos. Trata-se de um termo enraizado nos discursos e experiências dos entrevistados numa cidade australiana, para referir a “situação em que os indivíduos podem recorrer a múltiplos tipos de terapeutas e de terapias em simultâneo ou mover-se sequencialmente de um tipo de terapia para outro na busca de uma solução para os seus problemas de saúde” (Connor, 2004: 1698).

O que acontece muitas vezes é que os indivíduos trabalham com uma mistura de sistemas terapêuticos e de explicações da saúde, o que resulta numa realidade híbrida que frequentemente aparenta ser teoricamente incoerente, embora, para o próprio indivíduo que procura a saúde, seja pragmaticamente racional (Germond e Cochrane, 2010: 320).

Como refere Adler,

Os sistemas pessoais de tratamento dos indivíduos são frequentemente tentativas para tornar coerentes elementos díspares. A integração por parte dos pacientes de terapias biomédicas e MCA não é, obviamente, desesperada e ao acaso (...) as práticas de cuidados de saúde dos pacientes são deliberadas e complexas (...) os indivíduos combinam elementos díspares – do que aparentam ser tradições de saúde mutuamente exclusivas – num todo sincrético (...) As

tradições biomédica e alternativa só aparentemente são irreconciliáveis: as suas aparentes inconsistências não são vistas como tal ou são consideradas insignificantes por aqueles que nelas se envolvem, de forma simultânea ou sequencial (Adler, 2002: 412-13).

Nesta mesma ótica, salienta-se a capacidade de os indivíduos absorverem elementos de diferentes sistemas de pericialidade – ortodoxos e heterodoxos – que aparentemente apresentam perspectivas muito divergentes, se não mesmo contraditórias (Whiteford, 1999: 75).

O recurso a modalidades terapêuticas heterodoxas não implica, pois, a adesão aos sistemas de crenças que lhes podem estar subjacentes. Tendo como referência a sociedade americana, McGuire (2002) conclui que um dos traços que caracteriza a utilização de diversas alternativas terapêuticas é a sua relativa autonomia na escolha de determinados elementos culturais – não havendo necessariamente uma adesão a pacotes alternativos de crenças e práticas como um todo –, a partir dos quais os indivíduos constroem uma *bricolage*, a que conferem sentido no quadro das suas conceções sobre saúde e doença. “Entenderemos melhor a MCA se observarmos os muitos diferentes padrões como os indivíduos nas sociedades modernas selecionam, combinam e aplicam os muitos possíveis elementos culturais com o objetivo de conseguir saúde e bem estar” (McGuire, 2002: 411).

É neste âmbito que se inscreve o fenómeno que Stella Quah (2008) designa por *aculturação pragmática*, para significar a atual tendência para os indivíduos atravessarem fronteiras culturais em busca de uma cura ou da manutenção da saúde. Consiste, pois, no empréstimo de ideias, formas de pensar ou formas de fazer de uma cultura que não é a nossa, com a finalidade de resolver um determinado problema. Como tomador do empréstimo, o indivíduo escolhe procedimentos ou medicamentos que considera úteis ou eficazes para a resolução do seu problema, sem que necessariamente adote o paradigma conceptual ou a cosmologia do sistema de cura a partir do qual está a tomar o empréstimo (Quah, 2008: 419). A aculturação pragmática pode ser observada no nível macro, envolvendo sistemas de cura e estruturas, e também no nível micro, envolvendo a agência dos utilizadores, o que, por razões óbvias, nos interessa em particular.

Nesta mesma linha, salienta-se que a diversidade de combinações pode alargar-se até às várias terapias das MCA. Os utilizadores das MCA

consultam um naturopata para as constipações, um quiroprático para as dores nas costas e um médico convencional para uma infeção aguda. A MCA não é perspectivada como uma escolha esotérica, nem reflete usualmente uma rejeição da biomedicina. É sobretudo uma escolha prática feita a partir das muitas opções que o ambiente pós-moderno oferece (Fadlon, 2004: 71).

Por isso interessa explorar como essas combinações, de geometria variável, são feitas ao longo dos *itinerários terapêuticos* (Pereira, 1993), ou, utilizando a designação que

privilegiamos nesta dissertação, das *trajetórias terapêuticas*. Esta noção permite demonstrar como essas combinações não são estáticas, mas vão sofrendo mudanças ao longo do processo terapêutico (seja de cura, seja de gestão da doença, no caso da doença crônica) e, simultaneamente, explorar os significados que os indivíduos atribuem aos diferentes recursos terapêuticos.

Com o objetivo de identificar diferentes tipos de recurso às MCA, algumas propostas têm procurado tipificar as formas de utilização ou os utilizadores.

Um contributo pioneiro no âmbito dos estudos sobre as MCA foi o de Ursula Sharma (1992, 1996). A partir da análise dos estudos qualitativos até ao momento desenvolvidos, a autora conclui que é muito raro que alguém recorra a um terapeuta complementar (designação da autora) sem antes ter recorrido a um médico. A medicina ortodoxa é a primeira na hierarquia do recurso para a maioria dos indivíduos, sendo que a complementar é utilizada quando a ortodoxa falha ou é considerada insatisfatória sob determinado ponto de vista (Sharma, 1996).

Salientando a diversidade de padrões de utilização da medicina complementar, bem como a forte probabilidade de não serem estáveis, Sharma distingue esses padrões, a partir de dois caminhos. O primeiro refere-se aos utilizadores que são socializados na utilização pelos pais, o que corresponde a um número muito reduzido. O segundo refere-se aos que são confrontados com experiências de doenças crônicas ou incuráveis. Estes iniciam o seu itinerário terapêutico pelo recurso à medicina ortodoxa, com resultados insatisfatórios. Recorrem então, pela primeira vez, à medicina complementar. A partir desse momento, podem segmentar-se em dois grupos: os exploradores diligentes (*earnest seekers*) correspondem aos que não estão curados ou obtêm uma satisfação limitada, mas tencionam continuar a tentar; os que referem satisfação com a medicina complementar, dividindo-se em utilizadores ecléticos (*eclectic users*) – que usam diferentes formas de medicina complementar para vários problemas – e utilizadores estáveis (*stable users*), que usam regularmente uma forma de medicina complementar para um problema específico ou para a maioria dos problemas (Sharma, 1996: 239).

Numa pesquisa realizada em Londres, Barry (2006b) distingue dois grupos de utilizadores da homeopatia, que designa por utilizadores empenhados (*committed users*) e utilizadores pragmáticos (*pragmatic users*). Os primeiros, que procuram de forma ativa a homeopatia, possuem uma ideologia holística, encarando esta medicina como um sistema alternativo abrangente e completo, preferível à medicina ortodoxa, cujo recurso procuram reduzir ao mínimo. Os segundos mantêm uma ideologia mais próxima da biomedicina, recorrendo à homeopatia ocasionalmente e considerando-a como um complemento, inferior, à biomedicina (Barry, 2006b: 93).

Num estudo realizado junto de pacientes com cancro com trajetórias caracterizadas pelo pluralismo terapêutico, os autores exploram os significados atribuídos aos diferentes recursos terapêuticos (Broom e Tovey, 2007). Os modelos alternativos de cura são valorizados, antes de mais, pela sua abordagem subjetiva (em vez de abstrata) e individualizada (em vez de despersonalizada) ao cancro. Trata-se de uma abordagem vista pelos pacientes como permitindo e promovendo a agência, a auto-determinação e, em última instância, a esperança, elementos que consideram negligenciados na abordagem biomédica à doença. Tal não significa uma rejeição do conhecimento científico da biomedicina, que reconhecem como desempenhando um papel fundamental no tratamento do cancro. O que caracteriza a relação destes pacientes com as MCA e com a biomedicina é uma tensão dialética entre a atração da individualização (reconhecimento da subjetividade do *self*) e a despersonalização (atração do controlo e da certeza), uma tensão que vai sendo gerida ao longo dos processos da doença e de tratamento (Broom e Tovey, 2007: 1036).

Mesmo nas situações que configuram trajetórias de adesão convicta às MCA, com um tendencial afastamento da medicina convencional, o facto de o afastamento não ser completo pode estar alicerçado em motivos instrumentais, já que, para beneficiar do sistema de proteção na doença os pacientes têm que recorrer à medicina oficial (Badone, 2008). Dito de outra forma, retomando os direitos e deveres dos clássicos papéis sociais de doente e de médico de Parsons (1991 [1951]), é ao médico, e só a este, que cabe o diagnóstico que garante o acesso ao papel de doente, o que permite a este ser dispensado temporariamente das suas obrigações.

Efetivamente, os meios de diagnóstico da biomedicina raramente são postos em causa. O que se verifica muitas vezes é que mesmo os pacientes que rejeitam os tratamentos da medicina convencional continuam a recorrer às suas ferramentas de diagnóstico, inclusivamente para avaliar os resultados dos tratamentos alternativos (Badone, 2008). Significa que, não só para os pacientes mas também para parte dos terapeutas, a demonstração da eficácia das terapêuticas das MCA é feita no quadro do paradigma de racionalidade e cientificidade da biomedicina.

A constatação empírica do pluralismo não implica, como Clamote (2006) adverte, assumir uma equivalência de legitimidade social entre essas diferentes práticas médicas, sendo fundamental manter clara a distinção entre ordens normativas de legitimidade instituídas em determinado contexto social e as formas de legitimação que determinadas práticas procuram constituir para determinar a sua validade em determinado contexto, independentemente de umas e outras poderem ter implicações mútuas. Ou seja, no sentido mais relevante para a presente pesquisa, as expectativas e representações de legitimidade dos indivíduos face a diferentes recursos terapêuticos – e em particular face às MCA – não

poderão deixar de ser analisadas à luz de uma ordem normativa de legitimidade da biomedicina.

Um dos indicadores dessa dominação no plano micro é o modo como os indivíduos que combinam o recurso à medicina convencional e às MCA gerem a informação sobre esse recurso junto de médicos e terapeutas. Vários estudos têm evidenciado que a maioria dos utilizadores das MCA não comunica ao médico essa utilização (Wiles e Rosenberg, 2001; Stevenson *et al.*, 2003; Hsiao *et al.*, 2006).

Numa pesquisa antropológica junto de uma comunidade rural em França, verificou-se que a maioria dos pacientes que têm estratégias pluralistas de procura de saúde tentam esconder do médico o recurso às terapias alternativas, bem como os resultados dos tratamentos que lhes são propostos. Sentem que a fidelidade para com o médico é importante e temem que este deixe de sentir obrigações face ao paciente e que fique “zangado” se souber que há uma espécie de “traição”. Neste tipo de contexto em particular, em que a distância social e cultural entre os médicos e os pacientes é grande, os pacientes desenvolvem relações de maior proximidade com os terapeutas das MCA, com os quais apresentam mais similitudes em termos de origens sociais: “(...) enquanto os médicos da biomedicina e as terapias biomédicas são encaradas como pertencendo ao domínio da cultura ‘oficial’, os terapeutas alternativos são vistos como parte do meio cultural local” (Badone, 2008: 203-204).

Embora não possa ser generalizável, por se circunscrever a um contexto com características específicas, desde logo marcado pela ruralidade, trata-se de uma análise que coloca em evidência o modo como o pluralismo é gerido pelos indivíduos no quadro das relações terapêuticas e de como essa gestão não pode deixar de ser entendida a partir das noções de diferenciação cultural e social.

A análise de Faizang sobre mentira, ocultação e poder na relação médico-paciente (2002) fornece importantes contributos para esta discussão. Constata que é relativamente frequente os pacientes mentirem aos médicos, ou dizendo que tomaram a medicação ou seguiram o tratamento prescritos sem o terem feito, ou ocultando o facto de recorrerem à auto-medicação ou a tratamentos alternativos. Neste segundo caso, vários pacientes relatam que sentem que estão a transgredir, a cometer um ato condenável, que pode suscitar a ira ou a desaprovação do médico e que por isso deve ser ocultado. O médico encarna assim uma autoridade a quem se pode mentir para evitar a sua indignação, evitar o conflito, a crítica, ou a culpa (Faizang, 2002: 120).

Porém, estas atitudes não são transversais a todos os grupos sociais. A mentira (incluindo a ocultação) tende a ser mais prevalente entre pacientes da classe trabalhadora do que entre os de meios socioeconómicos privilegiados, para os quais o fosso médico-

paciente em termos de qualificação escolar e de outras formas de capital cultural é muito menos evidente (Faizang, 2002: 134).

A autora considera que a mentira reproduz o poder médico. Embora mentir ao médico demonstre uma resistência a esse poder por parte do paciente, é uma resistência encoberta, a recusa de uma oposição aberta. De facto, os pacientes, enquanto afirmam uma forma de poder através das suas ações – não cumprimento da terapêutica prescrita ou recurso a outras terapias –, estão ao mesmo tempo a reforçar a sua posição de submissão ao poder do médico através da mentira, ao não reclamarem os créditos desta resistência (Faizang, 2002: 128).

Mentir é pois um meio de dissimulação devido ao medo da culpa. Se expressa uma forma de resistência aos médicos e às suas prescrições, não é reconhecido como tal, mas demonstra ao contrário, um estado de submissão. É a expressão de uma relação de dependência relativamente a uma autoridade na presença da qual não se ousa ser abertamente resistente ou mostrar recusa. Aqui, a mentira é concretizada no quadro de uma relação de poder. Aquele que a pratica é dominado e expressa submissão e resistência a esse poder (Faizang, 2002: 122).

A gestão da informação sobre o recurso às MCA, por parte dos pacientes, nas consultas médicas, deve ser analisada tendo em conta as atitudes dos médicos face a esse recurso. Não o fazer é pressupor uma rejeição generalizada das MCA por parte dos profissionais de saúde, quando várias pesquisas evidenciam a diversidade de posicionamentos e as implicações que esses posicionamentos têm nas trajetórias terapêuticas.

Tovey e Broom (2007) identificaram três tipos de respostas por parte de médicos oncologistas face ao interesse ou utilização das MCA expressos pelos pacientes: i) negatividade explícita ou implícita; ii) adesão ambivalente; iii) aceitação pragmática. O tipo de resposta assume um importante papel na decisão de recorrer ou não (ou continuar ou abandonar) às MCA.

A negatividade explícita ou implícita - rejeição assumida ou evasiva - é experienciada pelos pacientes como altamente alienante, aumentando a sua ansiedade e produzindo uma relação médico-paciente insatisfatória. Os pacientes tendem a reagir a esta resposta ou ocultando a sua utilização das MCA ou abandonando essa utilização, mesmo em situações em que sentiam benefícios do seu uso. A ambivalência não é explicitamente negativa mas não permite um diálogo médico-paciente sobre a utilização das MCA. Esta resposta envolve alguma depreciação destas medicinas por parte dos médicos, que interpretam os benefícios que os pacientes dizem sentir como resultando de um efeito placebo ou efeito psicológico. Esta retórica tem também consequências na ocultação da utilização e, em alguns casos, diminui o interesse dos pacientes nas MCA. A aceitação pragmática promove um diálogo médico-paciente, que permite a discussão acerca das opções terapêuticas biomédicas e das

MCA, inclusivamente acerca da sua interação. Porém, esta discussão não se estende às características que constituem a base paradigmática da terapia, mas limita-se ao reconhecimento mútuo da sua eficácia e à legitimidade da decisão do paciente em utilizá-la. Esta resposta positiva encoraja o paciente a continuar a recorrer às MCA e torna satisfatória a relação médico-paciente (Tovey e Broom, 2007: 2560-61).

Os autores concluem que os médicos da biomedicina continuam a desempenhar um papel central na possibilidade de envolvimento dos pacientes com as MCA. O nível de autoridade legítima que possuem condiciona fortemente as escolhas dos pacientes em matéria de tratamentos alternativos. Efetivamente, não se verifica um nivelamento da hierarquia da pericialidade ou um enfraquecimento do poder estabelecido (Tovey e Broom, 2007: 2562). Importa, no entanto, relativizar estas conclusões, na medida em que devem ser situadas no quadro de uma doença cuja gravidade torna mais limitada – quer do ponto de vista material, quer do ponto de vista simbólico – a possibilidade (e a capacidade) de agir fora do universo da pericialidade ortodoxa.

4.3. Experiências vividas: dos contactos iniciais à avaliação dos resultados

Neste último ponto do presente capítulo focamos a atenção nas reflexões sobre as especificidades das experiências de recurso às MCA. Começamos por dar conta, de forma sucinta, das formas de acesso à informação sobre as MCA, para depois discutir a questão da eficácia terapêutica, partindo das avaliações que os utilizadores produzem acerca dos seus resultados.

As redes de sociabilidade constituem, em muitos casos, a primeira fonte de informação para o recurso às MCA, traduzindo-se em recomendações por parte de amigos ou familiares que direta ou indiretamente tiveram experiências com estas medicinas (Sharma, 1996; Frank e Stolberg, 2002; Cant, 2005; Badone, 2008). Retomando a categorização de Telmo Clamote sobre as fontes de informação (2010), verifica-se que a referência leiga assume o papel de fonte privilegiada no acesso à informação sobre as MCA e sobre os terapeutas em particular. Este padrão é também visível quando se observa a fonte de referência dos produtos terapêuticos naturais. Ao contrário do que se verifica no caso dos fármacos, em que na grande maioria das situações a referência provém de fontes periciais (sobretudo médicos, mas também farmacêuticos), no caso dos medicamentos naturais a referência leiga é a fonte de informação principal, seguida de fontes heterodoxas (Lopes *et al.*, 2012)²².

²² Segundo dados de um inquérito a uma amostra representativa da população residente em Portugal, sobre consumo de medicamentos e outros produtos terapêuticos, realizado em 2008 (Lopes, 2010a).

O papel das redes de sociabilidade na referenciação das MCA não é, porém, o mesmo em todas as terapias, sendo mediado pelo grau de legitimidade social de cada uma delas. Comparando o caso da acupunctura com a medicina ayurvédica, na Alemanha, Frank e Stolberg (2002, 2004), concluem que quanto maior a legitimidade social da terapia, menor a influência das redes pessoais no acesso a essa terapia, sendo privilegiadas outras fontes de informação (por exemplo, as *páginas amarelas*). É esta a situação da acupunctura na Alemanha, ao contrário da medicina ayurvédica, em que a ausência de familiaridade leva a que o aconselhamento de amigos ou familiares esteja na origem de um recurso de caráter experimental. Nesta medicina, a legitimidade é construída na prática, muitas vezes a partir da primeira consulta, através de uma experiência quase-mágica (por exemplo, um diagnóstico correto através da observação do pulso), que instiga à continuidade (Frank e Stolberg, 2002: 240).

No atual quadro de pluralização das fontes de informação sobre saúde, já discutido nesta dissertação (cf. capítulo 3, ponto 3.3), algumas pesquisas sobre a utilização das MCA procuram testar o papel que a internet assume, quer como fonte de referenciação das terapias e terapeutas, quer como instrumento promotor da validação destas medicinas. Os resultados mostram que a internet não constitui um caminho privilegiado para aceder às MCA. Além disso, contrariam a ideia de que a internet possui um potencial disruptivo dos monopólios existentes sobre o conhecimento e sobre o trabalho médico e, conseqüentemente, poder para transformar os doentes em peritos na sua própria doença e nas suas trajetórias terapêuticas. No caso dos pacientes com cancro, a internet pode ser considerada cúmplice nos processos de biomedicalização que reforçam uma conceção biomédica mecanicista do cancro e, pelo menos para alguns pacientes, tem o efeito de restringir o envolvimento com terapias não-biomédicas (Broom e Tovey, 2008).

Finalmente, uma outra vertente de análise sobre as experiências de recurso às MCA é a que respeita à avaliação que os próprios fazem sobre os seus resultados, remetendo assim para um aspeto já desenvolvido, o da eficácia. Além de permitir explorar o modo como as trajetórias se vão desenrolando a partir das avaliações que os indivíduos vão produzindo, com maior ou menor autonomia, com maior ou menor reflexividade, as perceções sobre resultados e eficácia e o modo como se inserem nas experiências concretas ajudam a compreender a questão que está subjacente a este capítulo – “Porque é que as pessoas recorrem às MCA?” – testando-a empiricamente.

Esta vertente analítica permite explorar os significados atribuídos à eficácia, a partir das experiências dos próprios indivíduos, demonstrando como esses significados se constroem de forma complexa, combinando, de modos variáveis, a apropriação dos critérios de eficácia biomédicos com formas de validação dos resultados assentes nas sensações

materializadas no corpo e na mente, traduzidas na noção de *eficácia sentida* (Connor, 2004).

A noção de *bem estar* é avançada em alguns estudos para descrever os objetivos terapêuticos e os resultados das terapêuticas utilizadas nas MCA (Sointu, 2006a; Baarts e Pedersen, 2009).

A partir de entrevistas aprofundadas a terapeutas e utilizadores das MCA no Reino Unido, Eva Sointu enfatiza os significados atribuídos à saúde, conceptualizando a saúde fisiológica como parte de uma noção mais vasta e abrangente de *bem estar*. No âmbito desta conceção, o papel das práticas de saúde alternativas ou complementares será o de permitir aos participantes a experiência de regressar ao, ou avançar para o, bem estar, entendido como um contentamento, realização e harmonia “natural”. Tal significa que o bem estar é entendido como algo que está disponível para todos, mesmo para aqueles que têm doenças terminais (Sointu, 2006a: 335). Outro traço importante que subjaz a esta noção é o reconhecimento da agência dos indivíduos, isto é, a sua capacidade para escolher como querem ser, como querem sentir-se, como querem comportar-se, algo que, segundo a autora, lhes é negado na biomedicina (Sointu, 2006a: 337).

Numa outra pesquisa, realizada na Dinamarca, as autoras exploram os benefícios das MCA – especificamente acupunctura, reflexologia e meditação – tal como descritos pelos pacientes, focando a atenção nas experiências corporais que as MCA proporcionam. Tendo como ponto de partida um recurso às MCA continuado, mesmo para além do alcance, ou apesar do não alcance, dos resultados esperados, concluem que as razões para esse recurso podem ser encontradas no que designam por “benefícios derivados”, sistematizados em três categorias: consciência corporal (*bodily awareness*); soberania corporal (*bodily mastery*) e bem estar e responsabilidade (Baarts e Pedersen, 2009).

A primeira é explorada através da análise fenomenológica de Drew Leder sobre o *corpo ausente*, isto é, no facto de o corpo tender a desaparecer, na experiência humana, ao longo do curso normal da vida. Quando os corpos funcionam sem problemas, tendem a ser tomados como garantidos e deixam de fazer parte da experiência consciente. O argumento das autoras é de que a participação nas práticas das MCA aumenta a consciência corporal dos clientes, tornando o corpo presente, mesmo quando já não têm dores ou outros tipos de disfunções. Esta maior consciência corporal é descrita por alguns pacientes como um grau mais elevado de auto-reflexão. As sensações corporais e as observações de práticas quotidianas relacionadas com a saúde e a doença também passam a fazer parte da consciência corporal e levam à introdução de mudanças na vida quotidiana (Baarts e Pedersen, 2009: 723-724).

A soberania corporal é sobretudo evidente nos praticantes de meditação, que procuram recuperar o controlo sobre as suas mentes e os seus corpos, estando este

associado a ideais de liberdade e agência individual. Significa, assim, a capacidade de os indivíduos tomarem atenção aos resultados dos seus comportamentos e fazer os ajustamentos necessários. Significa igualmente o encontro com a sua própria situação de modo a dar-lhe significado e a maximizar a saúde. A esta categoria de razões está associada uma lógica preventiva, de evitamento de doenças e de manutenção do equilíbrio corporal (Baarts e Pedersen, 2009: 726).

Quanto à dimensão do bem estar e da responsabilidade, os pacientes encaram as MCA como tendo capacidade para ativar os recursos auto-curativos de que o corpo naturalmente dispõe, e que permitem repor ou criar o equilíbrio do corpo. Trata-se de uma perspetiva naturalista, que opera no quadro de um dualismo interno/externo relativamente à cura. O corpo é por si saudável e a doença é o modo de o corpo dizer aos indivíduos que precisa de ajuda para utilizar os seus recursos naturais. O corpo fala com o indivíduo e o indivíduo tem que saber decifrar os “sinais” do corpo. A esta conceção sobre o corpo está associada uma conceção de saúde como bem estar geral. A responsabilidade pela saúde é, neste sentido, transferida para o próprio indivíduo, a quem cabe desenvolver práticas de auto-vigilância e de auto-monitorização da sua saúde, de forma a prevenir ameaças à saúde (Baarts e Pedersen, 2009: 727-28).

A análise das autoras revela como as perceções dos resultados das MCA tal como narradas pelos indivíduos são consonantes com o discurso público de promoção da saúde que explorámos anteriormente (cf. capítulo 3, ponto 3.1). Nesse sentido, a crescente popularidade das MCA não parece resultar da afirmação de um discurso transgressivo face ao quadro cultural em que se situam, já que aparentemente são mais as confluências que as divergências.

Outro mérito que importa destacar nesta análise é o facto de trazer o corpo para a discussão das experiências de recurso às MCA, conferindo-lhe a centralidade que assume nas sociedades modernas, e relacionando as conceções sobre o corpo com as conceções sobre saúde e doença. Trata-se de aspetos que exploraremos mais adiante (cf. capítulos 7 e 8).

As mesmas experiências de sentimentos de controlo e de poder na doença e nos processos de tratamento foram observadas como resultado do recurso às MCA, em pacientes com cancro, numa pesquisa realizada no Reino Unido (Broom, 2009). Porém, se a prevalência de discursos de auto-cura, auto-responsabilidade e auto-disciplina é uma realidade, alguns entrevistados revelam dificuldades em aplicar esses modelos nos seus contextos quotidianos de vivência com o cancro. O autor refere que, em alguns casos, estas noções têm um carácter retórico, que obriga a uma apresentação do eu restritiva e ilusória, conduzindo a performances ilusórias. O discurso da positividade e da auto-cura pode ter, assim, efeitos disciplinadores, impondo um quadro de auto-gestão aos pacientes que pode

ser problemático em alguns contextos (Broom, 2009: 84). Estamos, pois, perante uma perspectiva alternativa às teses que partem do pressuposto que o desejo (ou a possibilidade) de assumir a responsabilidade pela própria saúde é transversal a todos os grupos sociais nas sociedades ocidentais modernas.

Em estudos sobre as trajetórias de recurso à medicina ayurvédica e à acupuntura, os autores concluem que, na maioria dos casos, os pacientes não correspondem ao modelo de consumidor ativo, na medida em que não ambicionam alcançar um conhecimento profundo sobre os princípios de atuação das terapias, nem desejam estar ativamente envolvidos nos processos de tomada de decisão sobre os tratamentos a seguir, expressando a necessidade de serem guiados pelo terapeuta em detrimento da valorização da autonomia. Estarão assim próximos do modelo paternalista da relação médico-doente inspirado em Parsons (Frank e Stolberg, 2002; 2004).

A responsabilidade, a participação, a autonomia e o controlo são valores promovidos numa retórica de promoção da saúde, cuja permeabilidade não é universal. As atitudes e as práticas sociais dos indivíduos revelam como os desejos e as possibilidades de exercício desses valores são variáveis, quer em função dos perfis sociodemográficos dos utilizadores das MCA, quer do estatuto de cada terapia no contexto social concreto, quer ainda das experiências de doença e de tratamento que se vão desenrolando ao longo das trajetórias terapêuticas. Em última instância, a rejeição desses valores pode ser vista, não como uma falha de agência, mas como uma forma de resistência.

Capítulo 5

O campo das Medicinas Complementares e Alternativas em Portugal: profissionalização, regulação e conhecimento

Uma das dimensões de análise privilegiadas nesta dissertação consiste no contexto institucional em que o recurso às medicinas complementares e alternativas (MCA) ocorre. No presente capítulo procede-se à caracterização do campo destas medicinas em Portugal, sempre que possível por relação à situação nos vários países europeus. A análise é desenvolvida essencialmente em três frentes. Primeiro, observa-se o quadro jurídico em que estas medicinas são praticadas, dando conta do processo de regulamentação de que têm sido objeto na última década. Segundo, explora-se o modo como o seu ensino se encontra organizado. Terceiro, efetua-se o mapeamento do movimento associativo – sobretudo das associações profissionais – relativo a estas medicinas. Os dados apresentados resultam da análise documental de fontes secundárias diversas, desde documentos publicados por instâncias internacionais, contendo orientações e sistematizações sobre a situação das MCA em vários países, a legislação nacional e informação disponível online sobre oferta formativa e associações profissionais.

Embora a presente dissertação não tenha como objetivo uma exploração sistemática dos processos de profissionalização das MCA em Portugal, já detalhadamente analisados noutras pesquisas, em diferentes fases desses processos (Pegado, 1998; Almeida, 2008, 2012a, 2012b, 2016; Almeida e Gabe, 2016), a análise do contexto a seguir desenvolvida não pode deixar de ser enquadrada nas estratégias e trajetórias de profissionalização das MCA. É esse o enfoque do primeiro ponto deste capítulo.

5.1. Processos de profissionalização das Medicinas Complementares e Alternativas

O conceito de processo de profissionalização adotado neste capítulo retoma a conceptualização de Abbot (1998), isto é, consiste na transição de uma ocupação para uma profissão, através de um conjunto de condições para o estabelecimento e manutenção de uma jurisdição (realização e controlo exclusivos de determinado tipo de trabalho e do modo como é desenvolvido), em que a regulação do estado é central para a obtenção de um monopólio ou quase-monopólio da prática. A perspectiva neoweberiana do *fechamento social* tem sido utilizada para dar conta dos processos de profissionalização das MCA (Saks, 2001). Esta noção corresponde ao “conjunto de estratégias desenvolvidas pelos grupos ocupacionais visando alcançar e manter o monopólio da prática e, conseqüentemente, visando as prerrogativas sociais de auto-regulação que tal monopólio pressupõe” (Lopes, 2006: 108).

A profissionalização é, pois, um processo dinâmico, socio-espacialmente enraizado. Remetendo para o campo da saúde, o fechamento social explica parte do sucesso que alguns grupos ocupacionais obtiveram, como a medicina ou a estomatologia, que foram capazes de excluir outros, através da obtenção de controlo jurisdicional e auto-regulação sancionada pelo estado (Welsh *et al.*, 2004: 218).

Partilhamos a proposta de Gonçalves (2007/2008), quando, referindo-se aos desafios atuais que se colocam à sociologia das profissões, considera que, mais do que procurar exaustivamente o que separa as profissões das outras ocupações, é analiticamente mais virtuoso dar relevo aos processos de (re)configuração das ocupações em geral (incluindo as profissões) – em termos de organização, de estruturação interna, de relações de poder com o estado, os clientes e outros agentes sociais – e às articulações das ocupações com as transformações sociais mais amplas. Reconhecendo a diversidade de noções de profissão que têm caracterizado a mais recente investigação sociológica, o autor salienta os seus traços comuns: referência a um domínio científico e posse de conhecimentos científicos e técnicos, obtidos através de uma longa formação académica, autonomia profissional, identidade própria e associações de pares.

Retomamos, ainda do mesmo autor (Gonçalves, 2007/08), a necessidade de situar as ocupações e profissões nas suas coordenadas espacio-temporais. É consensual a existência de dois grandes padrões de desenvolvimento histórico das profissões. O padrão anglo-americano é caracterizado por estados fracamente intervencionistas onde as profissões mais tradicionais (médicos e advogados) evoluíram com forte autonomia, regidas pelo mercado, ancoradas nas universidades privadas e reguladas por associações profissionais privadas ou por organismos públicos. O modelo europeu continental assenta na interdependência de profissões e estado, em que as primeiras participam na organização burocrática estatal e têm uma autonomia delegada e condicionada pelos objetivos políticos e ideológicos do estado, sendo a associação profissional pública o principal meio institucional de auto-regulação. Os profissionais obtiveram a sua formação académica em entidades públicas e existiu uma articulação estreita entre profissões e classes sociais dominantes.

Esta distinção é particularmente relevante para a observação dos processos de profissionalização das MCA nas sociedades ocidentais. Embora boa parte da literatura sociológica sobre estes processos incida sobre o padrão anglo-americano (cf. Cant e Sharma, 1995, 1996c; Saks, 1995, 2000, 2001, 2003, 2005; Baer *et al.*, 1998a, 1998b; Baer, 2001; Barnes, 2003; Clarke, Doel e Segrott, 2004; Welsh *et al.*, 2004; Villanueva-Russel, 2005; Kelner *et al.*, 2006), algumas dessas análises trazem importantes contributos, se ressalvadas as devidas diferenças de contexto, para o caso europeu e especificamente para o caso de Portugal.

Estratégias de profissionalização das MCA

As estratégias e trajetórias de profissionalização das MCA na generalidade das sociedades ocidentais ocorrem num contexto em que a profissão médica se estabeleceu, ao longo de um processo já sumariamente abordado (cf. capítulo 2, ponto 2.1), como uma profissão dominante, gozando de autonomia funcional (Freidson, 1984), isto é, “são profissões que têm o poder de definir e controlar os termos e o conteúdo do seu próprio trabalho e, em determinadas estruturas de divisão do trabalho, de controlar e dirigir o trabalho dos grupos ocupacionais que se articulam com o seu campo de atividade” (Lopes, 2006:109).

Os vários estudos sobre os processos de profissionalização das MCA são consensuais na afirmação da diversidade destes processos em termos das várias terapias que o termo alberga (Cant e Sharma, 1995; Saks, 2000, 2003; Saks e Lee-Treweek, 2005). Uma das explicações para esta diversidade corresponde ao facto de não partilharem um corpo de conhecimento único, ou, indo ainda mais longe, às diferenças paradigmáticas que separam as medicinas ou terapias. Como já assinalado, teoricamente podem encontrar-se tantas diferenças entre duas terapias ou medicinas das MCA como entre as MCA e a medicina convencional (cf. capítulo 1). Em consequência, as MCA enfrentam a dificuldade de concretizarem processos de profissionalização assentes em padrões comuns às várias terapias, a partir de estratégias de mobilização partilhadas por todas. Em suma, podemos afirmar que a fragmentação existente constitui um dos principais obstáculos à profissionalização das MCA.

As estratégias de profissionalização têm passado pela criação de sistemas de formação especializada de nível superior (escolas e cursos), pela constituição de associações profissionais, bem como pela formalização de normas e padrões orientadores da prática (por exemplo, códigos éticos e deontológicos, regras de conduta, padrões de competências, etc.) (Saks, 2001). Assim, independentemente das especificidades das estratégias de legitimação utilizadas, os processos de profissionalização incluem três componentes centrais: i) as associações profissionais; ii) a formação especializada; iii) a credenciação e o licenciamento pelo estado (Barnes, 2003).

Porque essas estratégias são desenvolvidas face a uma ordem estabelecida de dominação da profissão médica, um das principais clivagens que as atravessa respeita aos diferentes posicionamentos face à medicina convencional, geradores de tensões e conflitos não só entre as medicinas/terapias, como também no interior de uma mesma terapia.

A partir de uma revisão da literatura sobre a relação entre as MCA e a biomedicina, Wiese, Oster e Pincombe (2010) identificam dois tipos de estratégias de profissionalização das MCA: i) uma estratégia deferencial, rumo à incorporação pela medicina convencional; ii) a procura de legitimidade externa através da regulação do estado. A primeira implica a

aceitação de uma posição subordinada face à biomedicina e tende a ser adotada por aqueles que praticam técnicas das MCA que não se integram num sistema coerente com modelos explicativos abstratos que fundamentem os mecanismos de ação. A segunda refere-se à tentativa de obter reconhecimento profissional através de autoridades externas à profissão médica, como o estado. A legitimidade externa é procurada através de três formas: i) estratégias para obter o reconhecimento do estado e a auto-regulação das práticas; ii) estratégias de credenciação para obter o reconhecimento para os padrões de formação das práticas; iii) estratégias de delimitação de fronteiras para estabelecer e manter fronteiras profissionais à volta da sua área de prática. Esta abordagem à profissionalização é geralmente adotada por ocupações das MCA com saberes mais formalizados, e que possuem os seus próprios modelos explicativos da saúde e da doença (Wiese, Oster e Pincombe, 2010: 338). Ou seja, retomando a discussão sobre os significados dos termos *complementares* e *alternativas*, no primeiro caso incluir-se-iam *terapias* que não se constituem enquanto sistema terapêutico, mas sobretudo como conjuntos de técnicas de diagnóstico e tratamento, e, por isso, não têm capacidade para representarem uma alternativa à medicina convencional, pelo que estão dispostas a aceitar a subordinação à biomedicina. No segundo, encontram-se sistemas terapêuticos totais, *medicinas*, que podem apresentar-se – e em alguns contextos sociogeográficos apresentam-se – como alternativa à biomedicina (por exemplo, a medicina tradicional chinesa ou a medicina ayurvédica).

Bakx (1991) salienta as lutas internas ao campo das MCA, designadamente entre os sistemas terapêuticos que ambicionam ser considerados mais ortodoxos e os que desejam continuar dissociados da medicina convencional. Numa pesquisa sobre a profissionalização da acupuntura nos EUA (Barnes, 2003) identificam-se dois tipos de estratégias de legitimação por parte dos acupunctores: i) de distanciamento e distinção face à biomedicina, designadamente através da valorização das dimensões espirituais das terapias chinesas; ii) de aproximação à biomedicina, através da submissão de propostas terapêuticas a ensaios clínicos aleatorizados duplamente cegos (por exemplo, para testar a eficácia da acupuntura no controlo da dor) (Barnes, 2003: 262). O mesmo tipo de clivagem foi verificado no caso da naturopatia, também nos EUA (Baer, 2001). Em pesquisas realizadas em Portugal junto de terapeutas das MCA, foram igualmente identificadas estratégias de legitimação diferenciadas, de aproximação ou de demarcação face à medicina convencional (Pegado, 1998; Almeida, 2016).

Como se pode verificar, trata-se de disputas em torno da legitimidade do conhecimento abstrato que sustenta as práticas terapêuticas. Esse conhecimento constitui uma componente central para alcançar fechamento social em três frentes: i) por relação à medicina convencional; ii) por relação a práticas terapêuticas inscritas em outros sistemas

(como as medicinas populares ou a religião, por exemplo); iii) por relação a cada uma das medicinas/terapias que integram as MCA.

Traçando a trajetória das MCA desde o seu renascimento nos anos 1970 no Reino Unido, Cant e Sharma (1999) mostram como um dos aspectos centrais dessa trajetória foram as estratégias dos terapeutas para se demarcarem do conhecimento e práticas leigas. Tal passou pela alteração do modo como o conhecimento destas medicinas é codificado, transmitido e descrito.

As últimas décadas têm sido palco de um investimento muito significativo no estabelecimento de sistemas de ensino formalizados, de nível superior, que conferem qualificações para as quais se busca reconhecimento estatal. Registrou-se uma mudança na forma de transmissão de conhecimento das MCA, de um modelo mestre-aprendiz, assente no estatuto carismático do primeiro, para um modelo formalizado e estandardizado, que ultrapassa a escala individual de cada escola para passar a ser organizado por associações profissionais, que importaram das organizações profissionais biomédicas a estrutura organizacional, incluindo códigos de ética, registo dos terapeutas e comissões para lidar com a educação e com a investigação (Cant, 1996; Cant e Sharma, 1999).

Verificaram-se também vários esforços de aproximação das MCA ao paradigma científico ortodoxo. No Reino Unido, estes esforços observaram-se a três níveis: 1) na incorporação das ciências médicas nos planos de estudos dos cursos de medicinas alternativas (por exemplo, biologia, anatomia, patologia, fisiologia, etc.), assegurando que os terapeutas têm conhecimento que lhes permita fazer o encaminhamento dos pacientes para médicos; 2) na utilização da medicina ortodoxa para explicar como e porque é que a terapia funciona; 3) na aceitação, por parte de alguns profissionais das MCA, de procedimentos científicos, nomeadamente ensaios clínicos aleatorizados, para comprovar a eficácia das terapias (Cant e Sharma, 1999: 68-69).

No que toca à construção de fronteiras com saberes e práticas leigas, os conhecimentos e práticas das MCA têm sido objeto de um progressivo fechamento, possibilitado por exigências restritivas à entrada na profissão, designadamente longos períodos de formação e processos de credenciação e licenciamento, que excluem os terapeutas que não cumprem os requisitos estabelecidos (Cant e Sharma, 1999: 70).

Estas mudanças não são, porém, comuns a todas as terapias ou mesmo a todos os terapeutas no interior de uma mesma terapia. Mesmo as alterações introduzidas não são pacíficas, mas sim rodeadas de conflitos e críticas sobre os riscos de perda de autonomia, de subordinação à profissão médica, de perda da autenticidade e da especificidade das terapias, etc. (Cant e Sharma, 1999: 71).

Analisando o modo como as reivindicações de conhecimento das ocupações relativas às MCA são utilizadas para estabelecer fronteiras jurisdicionais, Welsh *et al.* (2004)

consideram que as fações que estão dispostas a situar essas reivindicações de formas compatíveis ou alinhadas com as reivindicações de conhecimento dominantes da medicina são as que mais hipóteses têm de conquistar fechamento social (Welsh *et al.*, 2004: 219). Na pesquisa que realizaram junto de terapeutas de medicina tradicional chinesa, naturopatia e homeopatia, no Canadá, as autoras constataram que a reclamação da posse de saberes da ciência médica é frequente. Esta reclamação funciona simultaneamente como estratégia para vedar o acesso a terapeutas sem formação, com base numa crença efetiva de que tal garante a eficácia e a segurança das terapias, mas também como retórica para convencer o público, o estado e a profissão médica da posse desses atributos, até porque na prática há alguma resistência aos ensaios clínicos aleatorizados, considerados incompatíveis com os paradigmas das MCA (Welsh, 2004: 234-35). São dilemas que se colocam às estratégias de profissionalização e que têm afastado alguns grupos de terapeutas de reivindicações conducentes à profissionalização.

Numa outra pesquisa, realizada nos EUA, Villanueva-Russell (2005) discute as implicações da medicina baseada na prova para os processos de profissionalização da quiropráxia. Conclui que os quiropráticos não constituem um grupo homogêneo e coeso e identifica dois segmentos profissionais, um original – os essencialistas (*straight*) – e outro cujos elementos se desviaram dos princípios fundadores da quiropraxia – os sincretistas (*mixers*). Assim, na quiropráxia, aquilo que constitui conhecimento legítimo não é consensual devido às divergências entre os dois segmentos. A medicina baseada na prova adequa-se bastante mais aos segundos, cujas perspectivas são mais congruentes com a epistemologia da medicina ortodoxa, podendo colocar-se ao serviço de um projeto de mobilidade profissional, num duplo sentido: de aproximação à medicina ortodoxa e de obtenção de superioridade sobre os essencialistas (Villanueva Russell, 2005: 557).

As respostas da medicina convencional

Os médicos (da medicina convencional) e as respetivas estruturas representativas (ordens, associações profissionais, etc.) são atores sociais fulcrais nos processos de profissionalização das MCA, na medida em que as suas respostas condicionam fortemente o alcance desses processos. Embora boa parte das análises sobre essas respostas reconheça uma progressiva abertura por parte dos profissionais de saúde (essencialmente médicos e enfermeiros) à prática das MCA (Cant e Sharma, 1999; Saks, 2001; Hollenberg, 2006; Baer, 2008; Nissen e Manderson, 2013), tal não equivale a assumir uma aceitação generalizada. Importa ainda distinguir entre as posições que as estruturas representativas da profissão médica têm vindo a tomar, das que, na prática terapêutica, são adotadas pelos médicos. Se umas e outras têm implicações nas possibilidades de pluralismo do lado dos

pacientes, como já referimos (cf. capítulo 4, ponto 4.2), as atitudes dos médicos na prática clínica são particularmente importantes para as escolhas dos pacientes.

Numa pesquisa realizada nos EUA, Goldner (2004) identifica diferentes respostas organizacionais da medicina convencional às MCA. A menos presente é a do *evitamento*, já que a crescente popularidade destas medicinas não permite que sejam simplesmente ignoradas. Uma outra resposta é o *compromisso*, o que acontece quando os médicos estabelecem clínicas integrativas que oferecem cuidados da medicina convencional e das MCA. Uma terceira corresponde à *aquiescência*, em que os terapeutas das MCA são autorizados a trabalhar livremente, de acordo com as suas filosofias e métodos terapêuticos, dentro dos hospitais. A quarta é a *manipulação*, correspondente a situações em que são impostas restrições à prática das MCA, designadamente através da cooptação (utilização das técnicas das MCA por parte dos médicos, impedindo os terapeutas de o fazer; ou os terapeutas das MCA podem praticar mas não de acordo com a sua ideologia). Por fim, o *confronto*, em que os atores institucionais da medicina convencional lutam ativamente contra o movimento das MCA (Goldner, 2004: 726). Esta resistência é visível na publicação de artigos em revistas médicas cujo objetivo é denunciarem as práticas das MCA, procurando demonstrar a sua ineficácia e qualificando-as como pseudo-ciência (Nissen e Manderson, 2013).

As respostas sociais da biomedicina face às MCA têm sofrido mudanças à medida da crescente visibilidade e procura social destas medicinas (Winnick, 2005; Wiese, Oster e Pincombe, 2010).

Nos EUA, Winnick (2005) distingue três fases, a partir de finais dos anos 1960, quando as MCA começaram a ganhar alguma popularidade. A primeira (até meados dos anos 1970) correspondeu à fase de *condenação*, em que a profissão médica procurou eliminar as MCA, qualificando-as de charlatanismo, empoando os seus riscos e efeitos negativos (incluindo a construção de episódios sobre os seus terríveis efeitos). Na segunda fase, de *reavaliação* (de meados dos anos 1970 até ao início dos 1990), o crescente recurso às MCA levou a uma auto-reflexão da profissão médica sobre os seus sucessos e insucessos, designadamente enquanto fatores potencialmente explicativos da crescente popularidade destas medicinas. Nesta fase foram desenvolvidos vários estudos sobre as atitudes do público face às MCA. A terceira (ao longo dos anos 90) é uma fase de *integração*, em que as lutas para excluir as MCA são abandonadas, os médicos começam a aprender a utilizar algumas terapias e a sua subjugação ao escrutínio científico passa a ser o principal meio de controlo por parte da profissão médica. A autora prevê que a fase subsequente seja a *cooptação*, no sentido em que a profissão médica irá provavelmente absorver algumas das terapias das MCA, requalificando-as em termos compatíveis com o paradigma biomédico.

Wiese, Oster e Pincombe (2010) designam as atuais atitudes da profissão médica face às MCA como uma aceitação relutante, ou seja, um reconhecimento tácito ou mesmo uma aceitação explícita de algumas terapias, o que constitui uma mudança relativamente a uma fase anterior de hostilidade e exclusão.

As reivindicações de jurisdição da biomedicina relativamente às MCA são diferenciadas nas esferas formal e informal (Mizrachi e Shuval, 2005). No plano formal, o discurso biomédico procura assegurar a sua posição dominante desenhando linhas cognitivas e éticas muito restritas que diferenciam a “medicina respeitável” da “medicina imprópria”, sendo impostas fronteiras de trabalho bem demarcadas. No plano informal – isto é, nos contextos de prestação de cuidados de saúde em que a biomedicina e as MCA coexistem (como hospitais e clínicas) –, o contorno das fronteiras é suavizado, havendo áreas de trabalho que são objeto de negociação consoante o equilíbrio de forças local. A autoridade epistemológica absoluta do discurso científico biomédico, manifesta na noção de medicina baseada na evidência, encontra-se bem protegida em ambos os planos. Porém, enquanto a eficácia cientificamente demonstrada das MCA é negada ou restringida no plano formal, no plano informal, os biomédicos que trabalham em conjunto com terapeutas alternativos expressam o seu reconhecimento relativamente à eficácia das MCA no alívio da dor e do sofrimento dos pacientes. Neste plano, as estratégias utilizadas no terreno pelos médicos passam pela distinção entre áreas de trabalho exclusivas do domínio biomédico, que correspondem ao seu núcleo duro, e áreas negociáveis, em que a biomedicina pode relaxar as fronteiras (Mizrachi e Shuval, 2005: 1658-59).

As análises de cariz intensivo sobre espaços de cuidados de saúde em que a medicina convencional e as MCA coexistem revelam-se, assim, úteis para a compreensão das estratégias que, na prática, são mobilizadas pelos vários atores em jogo.

Num estudo sobre terapeutas alternativos a trabalhar em hospitais, em Jerusalém, Israel, verifica-se um processo dual de aceitação e marginalização simultâneas desses terapeutas. O estatuto de marginalidade a que são votados é evidenciado por uma variedade de sinais estruturais, simbólicos e geográficos. Verifica-se uma divisão do trabalho em que os praticantes biomédicos são responsáveis pelo diagnóstico e tratamento da *disease*, enquanto os terapeutas alternativos trabalham no contexto da *illness* (Shuval, Mizrachi e Smetannikov, 2002). Especificando estas noções a partir de Kleinman (1988), os médicos focam-se na doença-patologia, naquilo que se passa nos órgãos e que se procura diagnosticar e curar, a *doença do médico*. Por sua vez, os terapeutas das MCA ocupam-se da doença-mal-estar, a doença tal como é ela é experienciada pelos indivíduos, a doença vivida a nível físico, psicológico e interpessoal, a *doença do doente*. Concentram, por isso, a sua ação quer no alívio da dor e do desconforto físico, quer na gestão dos sentimentos e emoções.

Além da divisão do trabalho, o estudo demonstra que os terapeutas das MCA são relegados para localizações geográficas periféricas dos hospitais, têm padrões de remuneração mais desvantajosos, não beneficiam de um estatuto idêntico aos médicos na estrutura do emprego, trabalham mais a tempo parcial, acedem ao emprego através de mecanismos informais e, por último mas não menos importante, estão excluídos de um dos rituais centrais da prática médica, as rondas hospitalares. Estas estratégias por parte da profissão médica, não sendo estratégias de exclusão, mas de aceitação de uma entrada controlada (pelos médicos) no campo dos cuidados de saúde, garantem o domínio biomédico (Shuval, Mizrachi e Smetannikov, 2002: 1752-53).

Numa outra pesquisa, realizada no Canadá, Hollenberg (2006) observa o modo como se concretiza a integração entre a biomedicina e as MCA em espaços de *cuidados de saúde integrativos*, isto é, locais de prestação de cuidados de saúde onde coexistem os dois sistemas terapêuticos.

Para tal, o autor retoma a teoria do fechamento social das profissões e a proposta de Parkin (1974) relativa a quatro tipos de estratégias de fechamento: i) exclusão; ii) demarcação; iii) inclusão; e iv) dualismo. As primeiras são definidas como o exercício de poder através da subordinação de grupos sociais inferiores, através do impedimento do acesso a oportunidades e recursos, o que é alcançado recorrendo à criação de competências e credenciais específicas, que servem para criar zonas protegidas. As segundas remetem para o controlo interprofissional, em que certas ocupações monitorizam e regulam o trabalho de outras ocupações. Enquanto a exclusão é vertical, a demarcação é horizontal, já que os grupos são remetidos para e limitados a esferas de competência específicas na divisão do trabalho. O fechamento inclusionário é definido como o exercício de poder por parte dos grupos subordinados na tentativa de alcançar os benefícios dos grupos sociais que se encontram em posições mais elevadas, sendo considerada uma estratégia de usurpação, já que procura a inclusão no campo da ocupação/profissão que os tenta excluir. Finalmente, o fechamento dual, também ele uma tática usurpatória, implica uma estratégia complexa, em que os grupos que são objeto de demarcação resistem a essa demarcação, ao mesmo tempo que estabelecem novas esferas de competência baseadas nas suas próprias estratégias exclusionárias (Hollenberg, 2006: 735).

Os resultados demonstram que os praticantes da biomedicina – os médicos – desenvolvem padrões de fechamento social através de estratégias de exclusão e de demarcação através de várias formas: i) controlo dos processos clínicos, da referenciação e dos exames de diagnóstico dos pacientes; ii) remetendo (e limitando) os terapeutas das MCA para uma esfera de competência específica e delimitada (por exemplo, a acupuntura exclusivamente para o controlo da dor); iii) apropriando-se de certas técnicas terapêuticas pertencentes a grupos ocupacionais das MCA com menor poder; iv) utilizando a linguagem

biomédica como o modo principal de comunicação. Por sua vez, os terapeutas das MCA desenvolvem estratégias de fechamento de usurpação: i) utilizando o seu próprio “conhecimento esotérico” na relação com a biomedicina e com outras terapias das MCA; ii) apropriando-se da linguagem e da terminologia biomédica; iii) elevando o seu estatuto profissional pelo facto de trabalharem com a biomedicina; iv) referenciando os pacientes para outros terapeutas MCA de modo a aumentar o fluxo de pacientes. A conclusão a salientar é, tal como na pesquisa anterior, a de que o domínio biomédico se mantém nos cuidados de saúde integrativos (Hollenberg, 2006: 731).

Uma clivagem merecedora de destaque é a que tendencialmente se verifica entre médicos especialistas e médicos de clínica geral. Na Holanda, Schepers e Hermans (1999) identificaram diferentes atitudes face às MCA; enquanto os primeiros tendem a questionar a eficácia dessas terapias e a afirmar a ausência da prova científica, os segundo têm revelado uma abertura significativa, quer referenciando pacientes para terapeutas das MCA, quer eles próprios praticando algumas das terapias (Schepers e Hermans, 1999: 348). Efetivamente, afigura-se legítima a hipótese de uma maior proximidade entre o tipo de abordagem terapêutica da medicina geral e das MCA, nomeadamente ao nível da relação médico-doente e do que tem sido designado de perspectiva holística.

A incorporação, em alguns contextos, de algumas das terapias integradas nas MCA na prática dos profissionais de saúde ortodoxos (essencialmente médicos e enfermeiros) é um fator que concorre para as dificuldades de profissionalização destas medicinas (Saks, 2001), já que cria lutas adicionais entre os *terapeutas das MCA* e os *médicos das MCA* no interior da mesma terapia (Baer, 2001, 2008).

Finalmente, importa salientar que além da luta pela conquista de jurisdição relativamente à biomedicina, da demarcação face a práticas terapêuticas inscritas noutros sistemas (como as medicinas populares ou a religião, por exemplo), cada uma das medicinas/terapias que integram as MCA vê-se ainda confrontada com a necessidade de estabelecer fronteiras face às restantes medicinas. Ora, como já verificámos (cf. capítulo 1, ponto 1.3), essas fronteiras são fluidas e dinâmicas, mais determinadas por aspetos simbólicos e estatutos sociais do que por propriedades ontológicas das terapias. Significa que à falta de coesão interna das MCA se junta a existência de conflitos latentes que podem manifestar-se pelo facto de haver sobreposições de ação entre as várias terapias que procuram a regulação do estado (Verhoef, Boon e Mutasingwa, 2006). As MCA enfrentam assim uma dupla concorrência, a da biomedicina e a de si próprias.

5.2. A regulação da prática terapêutica

Face às estratégias de profissionalização discutidas no ponto anterior, cumpre agora questionar o seu alcance. Para tal, retomamos a tipologia das *culturas médicas nacionais* de Last (Last, 1990, cit in Cant e Sharma,1999), onde estão identificados três modelos: 1) os *sistemas exclusivos*, em que o estado tem o controlo sobre quem exerce a prática médica, limitada aos médicos, excluindo quem não cumpre os critérios (por exemplo, França); 2) os *sistemas tolerantes*, em que os terapeutas das MCA não estão proibidos de exercer, mas geralmente estão fora do sistema nacional de saúde e não têm o mesmo estatuto que os médicos (é o caso do Reino Unido e de Portugal, por exemplo); 3) os *sistemas integrativos*, em que a biomedicina e as MCA coexistem no mesmo sistema (como é o caso da Índia ou da China) (Cant e Sharma, 1999:129-30). Uma outra proposta tipológica, parcialmente coincidente com a anterior, é a da Organização Mundial de Saúde (OMS), apresentada por Stone e Katz (2005). Além de manter os dois primeiros tipos de sistemas, a diferença é o desdobramento do terceiro em *sistemas paralelos* e *sistemas integrados*, para dar visibilidade aos diferentes modos de relação entre as MCA e a medicina convencional. Enquanto no primeiro caso a coexistência oficialmente reconhecida não implica um trabalho conjunto, no segundo os sistemas encontram-se integrados, quer ao nível da formação, quer ao nível dos cuidados de saúde disponíveis para a população (Stone e Katz, 2005: 53).

A observação destes sistemas é bastante útil para dar conta da posição das MCA no campo institucional da saúde, mas não deve ser encarada como estática, nem ocultar a diversidade de situações das diferentes medicinas/terapias. Como veremos no ponto seguinte, no caso português algumas terapias foram reconhecidas pelo estado em processos recentes de regulamentação, enquanto outras continuam fora desses processos.

O panorama na Europa e no mundo

As MCA têm sido objeto de atenção por parte da Organização Mundial de Saúde nas últimas décadas. Incluídas numa realidade mais lata – a Medicina Tradicional -, têm integrado um conjunto de documentos de orientação estratégica, onde se procura dar conta da situação destas medicinas em vários países do mundo, bem como produzir recomendações com vista a potenciar os seus contributos para a saúde e o bem estar e promover a sua eficácia e segurança. Além deste tipo de documentos, a OMS conta com um conjunto vasto de *guidelines* especificamente direcionadas para a regulação das MCA, para a qualidade, eficácia e segurança das terapêuticas (com destaque para os medicamentos à

base de plantas), para a investigação e estudos clínicos e para o acesso dos consumidores às terapias²³.

Publicada em 2013, a *Estratégia para a Medicina Tradicional 2014-2023*, da OMS, é o mais recente destes documentos, que atualiza e aprofunda o quadro de ação que vinha já sendo traçado em documentos anteriores, designadamente: i) a *Estratégia para a Medicina Tradicional 2002-2005* (o primeiro documento especificamente dedicado à medicina tradicional); ii) as secções dedicadas à medicina tradicional na *Estratégia para as Medicinas 2004-2007*; iii) as componentes sobre medicina tradicional na *Estratégia para as Medicinas 2008-2013*. O facto de, em 2013, voltar a ser produzida uma estratégia especificamente centrada na medicina tradicional, após um período em que as questões a ela relativas tinham sido englobadas nos documentos de estratégia global sobre a medicina, é indicador de um renovado interesse na matéria.

A estratégia tem dois objetivos principais: apoiar os estados membros no aproveitamento dos potenciais contributos da Medicina Tradicional e Complementar (MTC) para a saúde e o bem estar; e promover a segurança e a eficácia da MTC através da regulação dos produtos, das práticas e dos terapeutas. Procura-se atingir estas metas através da implementação de três objetivos estratégicos: i) construindo conhecimento e formulando políticas nacionais; ii) reforçando a segurança, qualidade e eficácia através da regulação; iii) promovendo a cobertura universal de saúde através da integração da MTC e do auto-cuidado nos sistemas de saúde nacionais (WHO, 2013).

Retomam-se os princípios constantes da *Beijing Declaration*, adotada no Congresso de Medicina Tradicional da OMS, em 2008, onde se estipula que:

- I. O conhecimento da medicina tradicional, seus tratamentos e práticas devem ser respeitados, preservados, promovidos e comunicados de forma alargada e apropriada com base nas circunstâncias de cada país.
- II. Os governos têm uma responsabilidade pela saúde dos seus cidadãos e devem formular políticas nacionais, regulações e *standards*, como parte dos sistemas de saúde nacionais, para garantir o uso adequado, seguro e eficaz da medicina tradicional.
- III. Reconhecendo o progresso, até à data, de muitos governos na integração da medicina tradicional nos seus sistemas de saúde nacionais, apelamos aos que ainda não o fizeram para desenvolver ações nesse sentido.
- IV. A medicina tradicional deve ser mais desenvolvida com base em investigação e inovação (...). Os governos, as organizações internacionais e outros *stakeholders* devem colaborar na implementação da estratégia global e do plano de ação.

²³ Uma lista exaustiva de publicações dedicadas à Medicina Tradicional e Complementar pode ser consultada em WHO, 2013: 70-75.

V. Os governos devem estabelecer sistemas para a qualificação, acreditação ou licenciamento dos terapeutas da medicina tradicional. Os terapeutas da medicina tradicional devem melhorar os seus conhecimentos e competências com base em requisitos nacionais.

VI. A comunicação entre os prestadores de medicina convencional e de medicina tradicional deve ser reforçada e devem ser estabelecidos programas de formação para os profissionais de saúde, estudantes de medicina e investigadores (WHO, 2008).

Além destas orientações, que configuram claramente um posicionamento favorável à integração da medicina tradicional e complementar nos sistemas de saúde nacionais, através da regulamentação da prática das terapias e dos produtos terapêuticos utilizados (designadamente os medicamentos à base de plantas) e da adoção de mecanismos que permitam garantir a eficácia e segurança das MCA, são apresentados alguns dados sobre a situação destas medicinas num número alargado de países. Ainda que sejam bastante genéricos, permitem-nos obter um panorama geral de como tem evoluído a sua regulação a nível mundial.

Quadro 5.1. Monitorização das mudanças nos indicadores de progresso definidos pela Estratégia para a Medicina Tradicional da OMS

	1999	2003	2005	2007	2012
Nº de Estados Membros com uma política para a Medicina Tradicional	25	39	45	48	69
Nº de Estados Membros com regulação dos medicamentos à base de plantas	65	82	92	110	119

Fonte: Adaptado de WHO (2013).

Quadro 5.2. Regulação da prática (terapeutas) de Medicina Tradicional e Complementar (n=129)

	Nº	%
Estados Membros com regulação da prática	56	43,5
Estados Membros sem regulação da prática	56	43,5
Sem informação	17	13

Fonte: Adaptado de "Interim data from 2nd WHO TRM global survey as of 11 June 2012"²⁴, in WHO (2013).

Quadro 5.3. Medicina Tradicional e Complementar no ensino universitário (n=129)

	Nº	%
Estados Membros com formação de nível superior	72	56,0
Estados Membros sem formação de nível superior	39	30,0
Sem informação	18	14,0

Fonte: Adaptado de "Interim data from 2nd WHO TRM global survey as of 11 June 2012", in WHO (2013).

²⁴ Resultados de um inquérito, realizado em 2012, com respostas válidas de 129 países. À data de redação desta dissertação o relatório com os resultados definitivos encontrava-se ainda em preparação, pelo que não dispomos de informação sobre os países abrangidos.

Quadro 5.4. Utilização de acupunctura pelos estados membros (n=129)

	Nº	%
Estados Membros com utilização reconhecida	103	80,0
Estados Membros com regulação para os prestadores	29	22,5
Estados Membros com cobertura de seguros de saúde	18	14,0

Fonte: Adaptado de “Interim data from 2nd WHO TRM global survey as of 11 June 2012”, in WHO (2013).

Os dados revelam uma tendência de crescente regulação da prática das MCA a nível mundial. Como se pode verificar, entre 1999 e 2012 quase triplicou o número de países com uma política²⁵ para a medicina tradicional (cf. Quadro 5.1). A regulação dos medicamentos à base de plantas é bastante superior, isto é, em boa parte dos países que não estabeleceram políticas para a MT, a produção e comercialização desses produtos encontra-se regulamentada. Tal remete-nos para duas questões anteriormente abordadas: a possibilidade de estes medicamentos serem consumidos sem a mediação da pericialidade; a eventual cooptação destes produtos por parte da medicina convencional. Já a regulação da prática das terapias parece estar a avançar mais timidamente (cf. Quadro 5.2). Num conjunto de 129 países, é equitativa a divisão entre aqueles em que essa regulação existe e aqueles em que não foi estabelecida. Para esta situação concorrerá o facto de uma parte ainda considerável de países não possuir ofertas de formação de nível superior para as MCA (cf. Quadro 5.3). Por fim, uma nota relativamente à acupunctura que, segundo a OMS, é uma das terapias que tem sido objeto de avanços mais significativos nas políticas de saúde de vários países. Além da sua utilização ser reconhecida na maioria dos países inquiridos (80%), é de destacar o facto de beneficiar, em alguns países (14%) da cobertura de seguros de saúde (cf. Quadro 5.4). Esta questão é tanto mais importante quanto se verifica que a grande maioria das terapias, na grande maioria dos países, se encontra fora do sistema nacional de saúde (Saks, 2001). Assim, o facto de as despesas com as consultas de terapeutas de MCA poderem ser comparticipadas através de seguros de saúde pode contribuir para o crescimento da procura destas terapias (Nissen e Manderson, 2013).

Na Europa, não há legislação comunitária sobre as MCA. As duas únicas resoluções dirigidas às “medicinas não-convencionais” datam de 1997²⁶, e de 1999²⁷ e não foram seguidas de legislação que harmonizasse a regulação das MCA nos estados membros (CAMbrella, 2012d). Significa que, embora nestas resoluções se instigue os estados

²⁵ O significado de “política para a MT” é relativamente vago, remetendo apenas para o estabelecimento ou desenvolvimento de políticas ou regulações nacionais ou regionais para promover a segurança e o uso eficaz da MTC (WHO, 2013).

²⁶ Resolução do Parlamento Europeu, sobre o estatuto das medicinas não convencionais (A4-0075/97).

²⁷ Resolução da Assembleia Parlamentar do Conselho da Europa, sobre a abordagem europeia às medicinas não convencionais (Resolução 1206, 1999).

membros a reconhecerem as medicinas não convencionais e a desenvolverem processos com vista à sua regulamentação, fica à responsabilidade de cada um desses estados a adoção de medidas nesse sentido, garantindo-se assim a sua autonomia. Efetivamente os tratados europeus têm vindo a estabelecer que as políticas de saúde são uma responsabilidade nacional dos estados membros, conforme reiterado no Tratado de Lisboa, entrado em vigor em 2009.

Deste modo, na Europa, as situações dos vários países relativamente à regulamentação das MCA são muito díspares. Retomando uma classificação de Ersdal (2005) quanto a este aspecto, é possível distinguir entre sistemas totalmente regulados (*all-regulated systems*) e sistemas semi-regulados (*semi-regulated systems*), isto é, respetivamente, países em que só as pessoas com uma licença podem praticar MCA e países em que qualquer pessoa pode praticar MCA, embora com algumas restrições. Em 2005, dos 29 países do Espaço Económico Europeu e Suíça, em 19 a prática estava vedada a quem não possuísse uma licença para tal, enquanto nos outros 10, embora com algumas restrições em termos dos problemas de saúde que podem ser tratados e dos procedimentos que podem ser utilizados, a prática terapêutica era acessível a qualquer pessoa (Ersdal, 2005).

São, pois, duas situações que, a nível regulamentar, são diametralmente opostas, mas que na prática assumem contornos variados. A primeira considera que apenas a profissão médica está autorizada a praticar cuidados de saúde e a tratar doenças específicas, com exceção de profissões que estão autorizadas a levar a cabo algumas atividades específicas médicas ou paramédicas. Para além destas atividades, é ilegal praticar medicina. Este era o caso sobretudo dos países do sul da Europa, aos quais se juntam países como a França, a Bélgica e o Luxemburgo. Porém, a existência de facto da prática de MCA associada à crescente procura por parte dos pacientes levou a um certo grau de tolerância, como aconteceu em Portugal antes da regulamentação das MCA, aspeto que aprofundaremos no ponto seguinte. A segunda, predominante nos países do norte da Europa, corresponde à ideia de que qualquer pessoa que queira exercer a sua prática no domínio dos cuidados de saúde o pode fazer, mas certas atividades estão estritamente reservadas aos médicos (Schepers e Hermans, 1999: 345-46).

Mais recentemente, e indicativo do interesse crescente pelas MCA na Europa, a Comissão Europeia financiou o projecto CAMBrella, que inclui uma rede de 16 centros de investigação europeus, com o objetivo de analisar a situação das MCA nos estados membros da UE e membros associados, bem como de produzir recomendações à Comissão Europeia e ao Parlamento Europeu sobre a pesquisa relativa às MCA na Europa.

Um dos relatórios produzidos (CAMBrella, 2012b) comprova a ausência de uma abordagem comum para a regulamentação da prática das MCA na Europa. Dos 39 países

em análise, 17 possuem uma legislação para as MCA, 11 dos quais têm uma lei específica e 6 têm secções dedicadas às MCA incluídas na legislação geral sobre saúde (cf. Quadro 5.5). Nos restantes 22 países, a ausência de legislação sobre as MCA não significa que a prática dos respetivos terapeutas esteja interdita, dado que não só se verificam situações em que terapias específicas se encontram regulamentadas, como, mesmo na ausência de regulamentação, essa prática pode ser tolerada.

Quadro 5.5. Legislação sobre as MCA na Europa

Legislação	Países	Nº de países
Existência de legislação específica para as MCA	Alemanha Bélgica Dinamarca Eslovénia Hungria Islândia Liechtenstein Noruega Portugal Roménia Sérvia	11
Existência de legislação sobre as MCA integrada na legislação geral sobre saúde	Albânia Bósnia & Herzgovina Bulgária Macedónia Malta Suíça	6
Ausência de legislação para as MCA*	Áustria Chipre Croácia Eslováquia Espanha Estónia Finlândia França Grécia Holanda Irlanda Israel Itália Letónia Lituânia Luxemburgo Montenegro Polónia Reino Unido República Checa Suécia Turquia	22

* Embora algumas terapias possam estar regulamentadas.

Fonte: Adaptado de CAMbrella, 2012b.

Além da legislação sobre MCA em geral, alguns países têm legislação direcionada para terapias específicas. Relativamente às 12 consideradas no relatório, o quadro que se segue sistematiza a existência de regulação da prática profissional. Entre essas terapias, destacam-se a acupunctura, a quiropráxia, a homeopatia e a massagem terapêutica. Como veremos no capítulo seguinte, existe uma relativa homologia entre a regulamentação e o recurso às MCA, uma vez que estas terapias são também das que reúnem uma maior percentagem de utilização nos inquéritos europeus.

Quadro 5.6. Regulação da prática de terapias na Europa (n=39)

Terapias	Nº de países com regulação da prática
Acupunctura	26
Quiropráxia	26
Homeopatia	24
Massagem	20
Osteopatia	15
Medicina tradicional chinesa	10
Fitoterapia	10
Naturopatia	8
Medicina antroposófica	7
Medicina ayurvédica	5
Neuroterapia	3
<i>Naprapathy*</i>	2

* Técnica terapêutica baseada em massagens, dirigida ao sistema neuro-musculo-esquelético (não se encontrou tradução para português).

Fonte: Adaptado de CAMbrella, 2012b.

O panorama é diferente relativamente aos medicamentos, já que estes, ao contrário das MCA, não são considerados como integrando as políticas de saúde – definidas a nível nacional –, podendo por isso ser objeto de regulação a nível europeu. Assim, a autorização para a comercialização de medicamentos à base de plantas e de medicamentos homeopáticos encontra-se regulada de forma similar nos vários países, de acordo com as diretivas comunitárias existentes²⁸ (CAMbrella, 2012c).

Processo de regulamentação em Portugal

A regulamentação das MCA em Portugal encontra-se na sua fase final, após um longo processo, feito de avanços e paragens, consensos e conflitos, cujo início remonta a finais dos anos 1990.

²⁸ Diretivas 2001/83/EC, de 8 de Novembro de 2001; 2004/24/EC, de 31 de Março de 2004; e 2004/27/EC, de 31 de Março de 2004.

Durante muitos anos, Portugal correspondeu ao que atrás foi identificado como *sistema tolerante* relativamente à prática das MCA. Na ausência de regulação, o exercício por parte de terapeutas não-médicos era tolerado (Pegado, 1998). A área de atividade profissional encontrava-se definida ao nível do Ministério do Trabalho; a Classificação Nacional das Profissões de 1994 incluía já no Sub Grande Grupo 3.2. ‘Profissionais de nível intermédio das ciências da vida e da saúde’, Sub Grupo 3.2.4. ‘Especialistas da medicina tradicional’ três tipos específicos de profissionais das MCA – acupunctur-naturopata, homeopata-naturopata e naturopata-naturopata – e ainda a categoria “outros especialistas da medicina tradicional”.

A partir de finais da década de 1990, tem início um processo de regulamentação, que foi já objeto de análise detalhada em outras pesquisas sociológicas (Almeida, 2008, 2012a, 2012b, 2016; Almeida e Gabe, 2016). Nestas pesquisas distinguem-se diferentes momentos ao longo desse processo, dos quais destacamos, sumariamente, quatro fases.

A primeira corresponde a um apoio do estado à regulação, traduzido na constituição de um grupo de trabalho dedicado à regulamentação das MCA, no quadro da Direção Geral de Saúde, e posterior produção de um relatório, que identificava cinco terapias (acupunctura, homeopatia, osteopatia, quiropráxia e fitoterapia), recomendando a sua regulação. Genericamente bem recebido pelos terapeutas das MCA, foi rejeitado pela Ordem dos Médicos, que vem propor a Lei do Ato Médico, em 1999 – que restringia a prática de atos médicos a quem estivesse inscrito na Ordem dos Médicos –, aprovada pela Assembleia da República, mas vetada pelo Presidente da República nesse ano, por ser considerada inconstitucional.

A segunda compreende a primeira tentativa de regulação das MCA. Ocorre entre 1999 e 2002 e é marcada pela apresentação de propostas de regulamentação por parte do Bloco de Esquerda e do Partido Socialista. Estas propostas foram criticadas pela Ordem dos Médicos, que produziu um relatório (2001) considerando que as terapias deveriam ser exercidas sob supervisão da medicina ortodoxa, o que remete para a noção de *cooptação* já desenvolvida.

A terceira corresponde à publicação da Lei de Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais, em 2003²⁹, onde estão incluídas seis terapias (acupunctura, homeopatia, osteopatia, quiropraxia, fitoterapia e naturopatia). Esta lei constitui um marco crucial no processo de profissionalização dos terapeutas das MCA em Portugal, já que reconhece autonomia técnica e deontológica aos profissionais, institui a credenciação profissional, da responsabilidade do Ministério da Saúde, e exige a definição de condições de formação e de certificação de habilitações para o exercício da atividade. A designação adotada – “terapêuticas não convencionais” – reflete, segundo Almeida e Gabe

²⁹ Lei nº 45/2003, de 22 de agosto.

(2016), a influência da Ordem dos Médicos, negando-lhes o estatuto de medicina (ou mesmo de terapias) e salientando o seu caráter de *técnicas*, numa lógica semelhante à que prevaleceu no quadro da relação da profissão médica com as ocupações das tecnologias da saúde, embora com nuances em função dos contextos de trabalho e dos grupos ocupacionais em questão (Lopes, 2006; Tavares, 2013). Além disso, a lei introduz a diferenciação entre terapias legítimas e ilegítimas, ao reconhecer para efeitos da sua aplicação as terapêuticas não convencionais exclusivamente praticadas por seis terapias, numa estratégia de *exclusão* que vota à marginalidade outras terapias das MCA, o que remete para a questão, já abordada, da diversidade interna a estas medicina, designadamente ao nível das (im)possibilidades de profissionalização. É criado um grupo de trabalho para a regulamentação da Lei, que deveria ocorrer no prazo de cerca de um ano, mas que é largamente ultrapassado devido a conflitos com a medicina convencional mas também a conflitos e fragmentações internas. Em 2011 é aprovada uma Resolução da Assembleia da República para instar o governo a completar o processo de regulamentação das MCA.

A quarta fase, dez anos depois, iniciada em 2013, contempla a aprovação e publicação da Lei que regulamenta a anterior³⁰, tendo como objeto a regulação do acesso à profissão no âmbito das terapêuticas não convencionais e o seu exercício, no setor público ou privado, com ou sem fins lucrativos. Neste diploma são abrangidas sete terapias, tendo sido acrescentada a medicina tradicional chinesa às incluídas na lei de 2003. Pouco tempo depois, são publicadas as portarias que definem os conteúdos funcionais de todas as terapias³¹ e os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelos ciclos de estudos conducentes ao grau de licenciado para cinco das terapias regulamentadas³², respetivamente em 2014 e 2015. É constituído um novo grupo de trabalho, na forma de Conselho Consultivo, para as questões relativas ao exercício, formação, regulamentação e regulação das profissões previstas na lei. Inicia-se então um processo de avaliação curricular e emissão de cédulas profissionais para os terapeutas em exercício, que, à data de redação deste trabalho, se encontrava ainda em curso.

O quadro que se segue identifica os diplomas legais relativos à regulamentação das MCA em Portugal.

³⁰ Lei nº 71/2013, de 2 de setembro.

³¹ Portarias nº 207-A/2014 a 207-G/2014, de 8 de outubro.

³² Portarias nº 172-B/2015 a 172-F/2015, de 5 de junho. Para duas das terapias não foi ainda publicada a regulamentação do respetivo ciclo de estudos, nomeadamente a homeopatia e a medicina tradicional chinesa.

Quadro 5.7. Legislação sobre as MCA em Portugal

Ano	Conteúdo	Diploma legal
2003	Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais	Lei nº 45/2013, de 22 de agosto
2013	Lei que regulamenta a anterior, relativamente ao exercício profissional das atividades de aplicação de terapêuticas não convencionais	Lei nº 71/2013, de 2 de setembro
2014	Portaria que regula as competências do Conselho Consultivo para as terapêuticas não convencionais	Portaria nº 25/2014, de 3 de fevereiro
2014	Portaria que cria o grupo de trabalho de avaliação curricular dos profissionais das terapêuticas não convencionais	Portaria n.º 181/2014, de 12 de setembro
2014	Portaria que estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das terapêuticas não convencionais	Portaria n.º 182/2014, de 12 de setembro
2014	Portaria que fixa o montante das taxas a pagar pela cédula profissional	Portaria n.º 182-A/2014, de 12 de setembro
2014	Portaria que fixa as regras a aplicar ao requerimento e emissão da cédula profissional	Portaria n.º 182-B/2014, de 12 de setembro
2014	Portaria que fixa as condições do seguro de responsabilidade civil profissional	Portaria n.º 200/2014, de 3 de outubro
2014	Despacho que designa os membros que integram o Conselho Consultivo para as Terapêuticas não Convencionais	Despacho n.º 12337/2014, 7 de outubro
2014	Portarias que fixam a caracterização e o conteúdo funcional das profissões das sete terapias reguladas	Portarias nº 207-A/2014 a 207-G/2014, de 8 de outubro
2015	Portarias que regulam os requisitos gerais que devem ser satisfeitos pelos ciclos de estudos conducente ao grau de licenciatura em cinco das sete terapias reguladas	Portarias nº 172-B/2015 a 172-F/2015, de 5 de junho
2017	Lei que altera a Lei nº71/2013, aplicando aos profissionais que se dediquem ao exercício das terapêuticas não convencionais o mesmo regime de IVA das profissões paramédicas	Lei n.º 1/2017, de 16 de janeiro

Estão assim reunidos os critérios que, independentemente das abordagens teóricas às profissões, configuram uma trajetória de profissionalização das MCA: i) a regulação pelo estado; ii) um sistema de credenciação que estabelece um monopólio (imperfeito) da prática; iii) um sistema de formação que garante (e limita) o acesso ao exercício da prática. Ao contrário das *profissões dominantes*, como a medicina, as MCA não beneficiam de uma verdadeira autonomia funcional, isto é, o controlo da definição do conteúdo e da forma como o trabalho é realizado, que se consubstancia em formas de auto-regulação, que inclusivamente conferem poder disciplinar (por exemplo, para excluir aqueles que não cumprem os requisitos definidos para esse trabalho). As MCA, como se pode verificar pelo quadro jurídico em vigor, estão sujeitas a processos de hetero-regulação, pelo estado. Também não detêm o monopólio da prática. Se é certo que estão instituídos mecanismos de exclusão daqueles que não cumprem os requisitos estipulados, nada impede que as terapias sejam praticadas por profissionais médicos. Aliás, tal verifica-se cabalmente no caso da acupuntura que, em 2002 foi reconhecida como competência médica pela Ordem dos Médicos, em paralelo com a constituição da Sociedade Portuguesa Médica de

Acupunctura e a criação de uma pós-graduação em “Acupunctura Médica”, dirigida exclusivamente a médicos (Almeida, 2012b).

À exceção dos médicos, a prática das MCA está limitada àqueles que possuem uma cédula profissional licenciada pelo estado. A obtenção desta cédula decorre ou da posse de uma licenciatura cujos conteúdos obedecem aos requisitos fixados pelos membros do governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior, ou, provisoriamente, para os terapeutas em exercício, de um processo de acreditação de competências cuja responsabilidade cabe às autoridades de saúde – Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) – a partir de apreciação curricular, para a qual se conta com a participação de um conjunto de peritos das respetivas terapias.

O processo de emissão de cédulas para os profissionais em exercício encontrava-se, à data de redação desta dissertação, em curso. Teve início com a criação de uma plataforma *online* destinada à submissão dos pedidos de cédula, estabelecendo como prazo limite o mês de fevereiro de 2016. Até essa data foram submetidos 3410 requerimentos de terapeutas. Embora não possamos tomar este número como indicador válido do número de terapeutas das MCA em exercício em Portugal, trata-se, pelo menos, de um indicador aproximado à dimensão de uma prática profissional que expectavelmente será consonante com os requisitos de profissionalização, isto é, permite estimar o número de terapeutas que potencialmente reúnem as condições para se envolverem em processos de profissionalização. Este indicador tem ainda a vantagem de revelar a distribuição da oferta de MCA, segundo as terapias que foram objeto de regulamentação. Tal não invalida a assunção de que se trata de uma expressão quantitativa claramente subdimensionada, por três ordens de razões. Primeiro, porque é razoável admitir que nem todos os terapeutas que reúnem os requisitos para obtenção de cédula profissional terão submetido o respetivo requerimento. Segundo, porque é igualmente razoável admitir que a maior parte dos que não reúnem esses requisitos não o tenha feito. Terceiro, porque só estão abrangidos pelo processo de emissão de cédulas os terapeutas que desenvolvem a sua atividade enquadrada numa das cinco terapias com processo de regulamentação completo. Ficam, pois, de fora, as que, constando da lei, não têm ainda o ciclo de estudos definido, como é o caso da medicina tradicional chinesa e da homeopatia, terapias cuja oferta terapêutica é muito significativa - como atestam os dados sobre as associações profissionais e a oferta formativa (cf. pontos seguintes deste capítulo) -, bem como aquelas que ficaram à partida excluídas da lei, desde 2013.

Segundo dados disponibilizados pela ACSS, em dezembro de 2016, tinham sido emitidas 1924 cédulas profissionais. O quadro que se segue sistematiza o estado da avaliação dos pedidos de cédula e a sua distribuição por terapias³³, a esta data.

Quadro 5.8. Avaliação dos requerimentos de cédulas profissionais, por terapia

	Cédula definitiva	Cédula provisória*	Não atribuição de cédula	Aguarda elementos adicionais	Avaliação de peritos	Total
Acupunctura	276	487	161	400	17	1341
Osteopatia	176	363	170	237	13	959
Naturopatia	97	221	65	206	28	617
Fitoterapia	120	176	44	118	4	462
Quiropráxia	6	2	2	19	2	31
Total	675	1249	442	980	64	3410

* Corresponde a situações em que os terapeutas não reúnem os requisitos para atribuição de cédula definitiva. A cédula profissional provisória é “válida por um período determinado não superior a duas vezes o período para a formação complementar cuja conclusão com aproveitamento seja considerada necessária” (ACSS, 2016).

Fonte: Administração Central do Sistema de Saúde, 2016³⁴.

Como se pode observar, do total de pedidos efetuados, mais de dois terços tinham sido objeto de decisão, na sua maioria favorável, isto é, a taxa de atribuição de cédulas, somando definitivas e provisórias, correspondia a 81%.

A distribuição das cédulas por terapia é bastante diferenciada, como evidencia o quadro seguinte. Quase 70% das cédulas, quer requeridas quer atribuídas, dizem respeito a terapeutas de acupunctura e osteopatia, com primazia para a primeira. Trata-se de áreas que, como veremos de seguida, possuem uma representatividade considerável, assente num tecido associativo forte e numa presença significativa no ensino superior. São simultaneamente terapias que gozam de maior visibilidade social e cujas taxas de utilização tendem a ser relativamente elevadas por relação a outras terapias (cf. capítulo 6).

³³ Não estão incluídas a medicina tradicional chinesa e a homeopatia, por não se encontrarem ainda regulamentados os respetivos ciclos de estudos.

³⁴ “Terapêuticas Não Convencionais”, dados apresentados em Audição Parlamentar, Comissão de Saúde, a 21 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalleAudicao.aspx?BID=103598>

Quadro 5.9. Cédulas profissionais requeridas e atribuídas, por terapia

Cédulas profissionais	Requeridas		Atribuídas	
	N	%	N	%
Acupuntura	1341	39,3	763	39,7
Osteopatia	959	28,1	539	28,0
Naturopatia	617	18,1	318	16,5
Fitoterapia	462	13,5	296	15,4
Quiropráxia	31	0,9	8	0,4
Total	3410	100,0	1924	100,0

Fonte: Adaptado de Administração Central do Sistema de Saúde, 2016.

Quanto à regulamentação dos produtos de ação terapêutica que as MCA podem utilizar, o regime jurídico é anterior, datando da década de 1990 e tem vindo a transpor para a ordem jurídica nacional as diretivas comunitárias a eles respeitantes. A regulamentação que se encontra atualmente em vigor está inscrita no Estatuto do Medicamento, de 2006³⁵, com as sucessivas alterações que tem vindo a registar para adotar as diretivas comunitárias entretanto publicadas. Este diploma estabelece o regime jurídico a que obedece o fabrico, a importação, a autorização de introdução no mercado e suas alterações, a comercialização, a rotulagem e informação, a publicidade, a farmacovigilância e a utilização dos medicamentos para uso humano, incluindo, designadamente, os medicamentos homeopáticos e os medicamentos tradicionais à base de plantas.

5.3. O associativismo profissional

Uma das componentes das estratégias de profissionalização dos grupos ocupacionais é a constituição de organizações representativas dos interesses dos praticantes de determinada ocupação. Essas organizações tomam geralmente a forma de associações profissionais, que definem padrões de prática (por exemplo, estabelecendo códigos éticos e/ou deontológicos, definindo conteúdos para a formação, etc.) e exercem pressão junto do estado com vista ao reconhecimento da atividade, designadamente através da regulação.

No caso das MCA, o surgimento das associações profissionais é muito anterior às primeiras tentativas de regulamentação. O processo de constituição das primeiras associações de profissionais decorreu da formação no Instituto Médico Naturista (a partir de 1976), bem como de formação adquirida fora do país nas áreas da homeopatia, osteopatia, acupuntura, etc. Assim, na primeira metade da década de 1980 são criadas três associações: a Associação Portuguesa de Naturopatia (APN), em 1982; a Associação

³⁵ Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de Agosto.

Portuguesa de Homeopatia (APH), em 1983; a Associação Portuguesa de Medicina Acupunctural (APMA), em 1984. A congregação destas três associações dá origem à Federação Nacional de Associações de Medicinas Alternativas Naturais, criada juridicamente em 1992.

A partir dos anos 1990 o processo de criação de associações profissionais assumiu uma forte dinâmica, alargando-se a outras medicinas/terapias. Com base num exercício de recenseamento, que se pretendeu exaustivo, com recurso à internet³⁶, foram identificadas quase 40 associações (maioritariamente de carácter profissional) ligadas a uma grande diversidade de terapias que podemos incluir nas MCA, conforme se pode observar nos quadros seguintes.

³⁶ Recenseamento efetuado em Fevereiro de 2016. Foram incluídas apenas as que tinham página na internet relativamente atualizada.

Quadro 5.10. Associações ligadas às MCA em Portugal

Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa
Associação Portuguesa de Acupunctura e Disciplinas Associadas
Associação Portuguesa dos Profissionais de Acupunctura
Associação Nacional de Acupunctura
Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura
Associação Portuguesa de Acupunctura Elétrica
Associação Portuguesa de Acupunctores, Osteopatas e Técnicas Manipulativas
Associação de Práticas e Terapias Orientais
Associação Portuguesa de Profissionais de Osteopatia
Associação e Registo dos Osteopatas de Portugal
Associação de Profissionais de Osteopatia
Federação Portuguesa de Osteopatas
Associação Portuguesa de Homeopatia
Sociedade Homeopática de Portugal
Homeopatas sem Fronteiras
Associação Portuguesa de Naturopatia
Sociedade Portuguesa de Naturalogia
Associação Nacional dos Fitoterapeutas
Associação Portuguesa de Fitoterapia Clássica
Sociedade Portuguesa de Fitoquímica e Fitoterapia
Associação Portuguesa de Quiropráticos
Associação Portuguesa de Medicina Tradicional
Associação de Medicinas Tradicionais e Alternativas
Associação de Medicina Natural e Bioterapêuticas
Associação Portuguesa de Terapeutas de Reflexologia
Associação Portuguesa de Iridologia
Associação Portuguesa de Aromaterapia
Associação Portuguesa de Reiki
Associação Portuguesa de Reiki Essencial
Associação Portuguesa de Shiatsu-Seitai-Therapy
Associação Portuguesa de Ayurveda (ou de Medicina Ayurveda)
ALBA - Associação Luso Brasileira de Ayurvédica e Disciplinas Associadas
Associação de Medicina Alopática e Naturopática
Associação Portuguesa de Terapeutas Holísticos Integrativos
Federação de Medicinas Não Convencionais
Federação Nacional de Associações de Medicinas Alternativas Naturais
Conselho Federativo dos Colégios dos Profissionais da Medicina Tradicional

Quadro 5.11. Associações ligadas às MCA por medicina/terapia

Regulamentação	N	Medicina/terapia	N
Regulamentadas	21	Acupunctura	8
		Osteopatia	5
		Homeopatia	3
		Fitoterapia	3
		Medicina tradicional chinesa	2
		Naturopatia	2
		Quiropráxia	1
Não regulamentadas*			8
Generalistas**			8

* Incluem todas as terapias não regulamentadas que, dada a sua elevada dispersão, não se justifica especificar.

** Podem incluir terapias regulamentadas e não regulamentadas.

A maioria das associações recenseadas corresponde a terapias que foram objeto de regulamentação (21), sendo que para todas essas terapias existem associações constituídas; apenas 8 são associações cujas terapias estão excluídas desse processo. Esta distribuição é consonante com o papel que algumas das primeiras tiveram na pressão para a regulamentação, bem como a participação ativa nos grupos de trabalho e no conselho consultivo para as terapêuticas não convencionais.

Para quase todas as terapias regulamentadas, existe mais do que uma associação, sendo que no caso da acupunctura e da osteopatia chegam a estar constituídas, respetivamente 8 e 5 associações. Esta situação é desde logo reveladora de uma relativa falta de coesão, mesmo no interior da mesma terapia, que se pode traduzir em conflitos mais ou menos abertos entre os membros de diferentes associações, criando dificuldades adicionais à regulamentação da prática e, conseqüentemente, aos processos de profissionalização.

A abrangência destas organizações é muito diversa, indo das situações em que representam uma única terapia, até àquelas que agregam mais do que uma terapia ou mesmo as federações, que, pelo seu próprio carácter, reúnem várias associações. Embora não se disponha de dados sobre a dimensão e dinâmica das associações, é também expectável uma grande diversidade a esse respeito, o que aliás pode ser atestado por uma observação atenta das respetivas páginas na internet.

Por fim, importa assinalar que no conjunto das associações recenseadas se encontram duas exclusivas da medicina convencional: a Sociedade Portuguesa Médica de Acupunctura e a Sociedade Homeopática de Portugal. Trata-se de duas terapias que têm vindo a ser, embora de formas bastante diferenciadas, incorporadas na prática médica. Enquanto a primeira, como já referido, foi legitimada pela Ordem dos Médicos, sendo a

única terapia das MCA que tem o estatuto de competência médica, a segunda continua a estar banida da instituição médica, embora seja também praticada por médicos (Almeida, 2012b).

5.4. Sistemas de conhecimento e formação

Um dos principais fatores que concorre para a profissionalização das MCA é a mudança na codificação e transmissão do conhecimento. Essa mudança concretiza-se no estabelecimento de currículos e de instituições de formação certificadas, isto é, dando acesso ao exercício da profissão.

Em Portugal, até há muito pouco tempo, fruto da ausência de regulamentação, não existia formação certificada na área das MCA. Tal não invalidou a proliferação de institutos, escolas, cursos, *workshops* e outro tipo de ações de formação a elas dedicados, que foram surgindo no pós 25 de abril. Em 1976 começa a funcionar o Instituto Médico Naturista, que ministrava já cursos de Naturologia com a duração de três anos, tendo formado uma parte dos terapeutas que vieram a constituir as primeiras associações profissionais no setor.

Na década de 1990 surgem vários cursos, com a duração de quatro anos, que se reclamam superiores (mas não reconhecidos pela tutela), ministrados por escolas ou associações constituídas também nessa data. A oferta inclui cursos generalistas (por exemplo, o Curso Superior de Naturologia ou o Curso Técnico Científico de Medicina Tradicional Naturoológica) e cursos focados em medicinas/terapias específicas, sobretudo em medicina tradicional chinesa (incluindo acupuntura e fitoterapia).

Nas duas últimas décadas assistimos a uma exponencial proliferação de cursos na área das MCA. A pesquisa que efetuámos na internet³⁷ permitiu a identificação de vinte escolas dedicadas exclusivamente ou de forma complementar à formação de nível superior em terapias inscritas nestas medicinas, conforme se pode observar nos quadros seguintes.

³⁷ Pesquisa efetuada em junho de 2016. Foram incluídas apenas as escolas que tinham página na internet e que apresentavam ofertas formativas de nível superior, quer as que estão acreditadas pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) quer as que, não estando, possuem um número de ECTS compatível com o exigido para a licenciatura (240), ou pós-graduações e especializações para licenciados, em anos recentes (pelo menos do ano anterior).

Quadro 5.12. Instituições de ensino com formação superior em MCA em Portugal

Escolas/institutos	Locais	Cursos	Grau
Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa	Lisboa	- Curso de Medicina Tradicional Chinesa	Licenciatura (<i>não acreditado</i>)*
Instituto de Medicina Tradicional	Lisboa Porto Braga Leiria	- Curso Geral de Acupuntura, Moxabustão, Fitoterapia Chinesa - Curso Geral de Homeopatia - Curso Geral de Naturopatia e Ciências Tradicionais Holísticas - Curso Geral de Osteopatia - Pós-graduação Formas Clássicas de Fitoterapia Chinesa	Licenciatura (<i>não acreditado</i>)* Pós-graduação
Kiros Portugal – Instituto de Terapias Manuais	Lisboa	- Curso de Osteopatia	Licenciatura (<i>não acreditado</i>)*
Escola Superior de Medicina Oriental e Terapêuticas	Lisboa	- Acupuntura, Fitoterapia e Bioenergética - Medicina Tradicional Chinesa - Naturopatia e Medicina Holística - Curso Geral de Osteopatia - Curso Geral de Osteopatia e Acupuntura	Licenciatura (<i>não acreditado</i>)*
Universidade de Medicina Chinesa	Lisboa Porto Coimbra Faro	- Curso de Medicina Chinesa, Acupuntura e Fitoterapia - Curso de Medicina Tradicional Chinesa	Licenciatura (<i>não acreditado</i>)*
CHINARTE-Escola Superior de Medicina Tradicional Chinesa	Viana do Castelo Lisboa Porto	- Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura	Licenciatura (<i>não acreditado</i>)*
Instituto Português de Naturologia	Lisboa Porto Coimbra Braga	- Curso de Medicina Tradicional Chinesa - Curso de Naturopatia	Licenciatura (<i>não acreditado</i>)*
Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (Grupo ULHT)	Lisboa	- Osteopatia - Naturopatia - Acupuntura	Licenciatura (<i>não acreditado</i>)*
Instituto de Técnicas de Saúde (ITS)	Lisboa Porto	- Cursos em parceria com a Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha; Instituto Superior de Educação e Ciências (<i>abaixo identificados</i>)	Licenciatura Pós-graduação
Escola Superior de Saúde Cruz Vermelha (em parceria com o ITS)	Lisboa	- Osteopatia - Curso de Especialização em Osteopatia (Profissionais da saúde e do desporto)	Licenciatura (<i>acreditado</i>)** Especialização pós-graduada
Instituto Superior de Educação e Ciências (em parceria com o ITS)	Lisboa	- Osteopatia - Osteopatia Craniana - Acupuntura para Profissionais de Saúde - Terapia Não Convencional para Profissionais de Saúde	Pós-graduação

Escolas/institutos	Locais	Cursos	Grau
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia	Porto	- Osteopatia - Medicina Tradicional Chinesa - Intervenção em Alterações Funcionais e Dor	Licenciatura (<i>acreditado</i>)** Pós-graduação
Escola Superior de Saúde Jean Piaget Silves	Silves	- Osteopatia	Licenciatura (<i>acreditado</i>)**
Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto (Instituto Politécnico do Porto)	Porto	- Osteopatia - Fitoterapia - Homeopatia - Naturopatia	Licenciatura (<i>acreditado</i>)** Pós-graduação
Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário)	Vila Nova Famalicão	- Osteopatia	Licenciatura (<i>acreditado</i>)**
ICBAS Universidade do Porto	Porto	- Especialização e Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa	Especialização Mestrado (<i>acreditado</i>)
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra	Coimbra	- Acupunctura - Acupunctura em Medicina Dentária	Pós-graduação
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa	Lisboa	- Acupunctura Médica	Pós-graduação
Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa	Lisboa	- Curso Pós-graduado de Atualização em Medicamentos Homeopáticos - Curso Pós-graduado de Atualização em Plantas Medicinais e Fitoterapia	Pós-graduação
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra	Coimbra	- Medicamentos e Produtos de Saúde à Base de Plantas	Pós-graduação

* Cursos não acreditados pela A3ES. Até à data, não há informação sobre a sua submissão ao processo de acreditação da A3ES.

** Cursos acreditados pela A3ES em 2016, para início no ano letivo de 2016/2017.

Quadro 5.13. Formação superior em MCA em Portugal: principais indicadores

Instituições	
Escolas exclusivas MCA	7
Escolas superiores de saúde	8
Faculdades de medicina	3
Faculdades de farmácia	2
Grau	
Licenciaturas acreditadas	5
Licenciaturas não acreditadas	19
Pós-graduações	17
Medicinas/terapias	
Osteopatia	13
Acupunctura	9
Medicina Tradicional Chinesa	8
Fitoterapia	5
Naturopatia	4
Homeopatia	3

Como se pode verificar, está-se já longe de um panorama caracterizado por uma oferta formativa dominada por instituições de ensino privadas exclusivamente dedicadas às MCA, que ministravam cursos que se reclamavam de nível superior, embora não reconhecidos pela tutela. Podemos afirmar que o alargamento da oferta formativa se efetuou em duas direções. Por um lado, várias escolas superiores de saúde e faculdades de medicina e de farmácia passaram a ministrar cursos em algumas das terapias. Por outro lado, o ensino deixou de estar confinado ao sector privado, para se estender a instituições de ensino superior públicas.

Em consonância com o carácter recente da regulamentação dos ciclos de estudo das terapias (2015), o número de cursos de 1º ciclo acreditados é ainda reduzido. São cinco as licenciaturas que foram recentemente acreditadas pela A3ES (Junho e Julho 2016)³⁸, todas em osteopatia e todas em escolas superiores de saúde. Significa que o ano letivo de 2016/2017 é o ano inaugural em termos de formação de nível superior acreditada em MCA. É previsível que, nos próximos anos, assistamos a um ritmo dinâmico de acreditação (ou, pelo menos, submissão a acreditação) de novos cursos em MCA, por duas vias. Primeiro, a inclusão nas escolas de saúde de cursos dirigidos a outras terapias regulamentadas. Segundo, a possibilidade de as escolas especializadas em MCA alcançarem a acreditação dos seus cursos, o que, no momento atual, parece estar a ser um processo mais complexo, pela dificuldade de reunir os critérios fixados (designadamente serem instituições integradas no sistema de ensino superior politécnico ou reunirem o número de doutorados exigidos no ciclo de estudos).

³⁸ Segundo pesquisa realizada na página da internet da A3ES em agosto de 2016.

Além de cursos de 1º ciclo, regista-se um número considerável de pós-graduações, distribuídas pelos vários tipos de instituições. Entre estas importa assinalar o facto de, desde 2003 funcionarem, em faculdades de medicina, pós-graduações em acupunctura ou medicina tradicional chinesa, destinadas a médicos, na sequência do reconhecimento da acupunctura como competência médica, por parte da Ordem dos Médicos.

As medicinas/terapias para as quais existe oferta formativa são coincidentes com as que estão regulamentadas, mas o peso de cada uma é bastante desigual. A supremacia da osteopatia é clara; não só detém o maior número de cursos, como é a única terapia cuja licenciatura se encontra acreditada. Segue-se a acupunctura e a medicina tradicional chinesa, áreas que contam com uma formação já consolidada há mais de duas décadas, à qual se veio juntar a formação para médicos atrás mencionada. De referir que, embora incluída na regulamentação, não se encontrou qualquer referência a cursos superiores em quiropráxia.

Para além destes cursos existe um vasto conjunto de ações de formação muito variadas, quer em termos de duração, quer em termos do tipo de público a que se dirigem. São ações com designações muito diversas: *workshops*, seminários, cursos profissionais, cursos técnicos, cursos de valorização, cursos de reciclagem, cursos de especialização, etc. A esta diversidade de modalidades de formação corresponde uma similar diversidade de destinatários, que vão desde aqueles que não têm formação de nível secundário nem qualquer formação na área, aos terapeutas em exercício e aos profissionais de saúde da medicina convencional (como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, etc.). Estes cursos são promovidos quer pelas instituições que ministram cursos superiores, quer por muitas outras, que geralmente associam à prática terapêutica a prática de ensino, quer ainda pelas associações profissionais, que desenvolvem iniciativas de formação para os seus associados.

A publicação, em junho de 2015, dos diplomas que estabelecem os requisitos gerais dos ciclos de estudos conducentes ao grau de licenciatura em cinco das sete terapias regulamentadas constitui um marco crucial no processo de profissionalização das MCA, permitindo ultrapassar um dos obstáculos a esse processo, a diversidade de formações (Barnes, 2003). O facto de não terem sido ainda publicados os diplomas para a homeopatia e a medicina tradicional chinesa é indicador de dificuldades em encontrar consensos ou por relação à medicina convencional ou internamente a estas modalidades terapêuticas. A esta situação não será alheio tratar-se de medicinas/terapias que se reclamam como sistemas terapêuticos completos e que, por essa razão, possuem um potencial de ameaça mais forte ao monopólio da medicina convencional.

A responsabilidade da fixação dos requisitos para os cursos que conferem licenciatura em osteopatia, fitoterapia, acupunctura, quiropraxia e naturopatia coube aos

membros do governo responsáveis pelas áreas da saúde e do ensino superior, ouvidas a A3ES e a Direção-Geral de Saúde, com base nos termos de referência da OMS para cada profissão. Os requisitos para os ciclos de estudos tomam como referenciais de competências os estabelecidos para o exercício profissional de cada uma das terapias em 2014. Ministrados em instituições do ensino superior politécnico – excluídos do ensino universitário –, com a duração de oito semestres curriculares, os ciclos de estudos têm 240 créditos, distribuídos por quatro componentes de formação, comuns às várias terapias, a saber: i) ciências fundamentais; ii) ciências e técnicas clínicas; iii) princípios da respetiva terapia; iv) prática da terapia. As duas primeiras, para as quais fica reservado o termo “ciências”, com algumas variações em função de cada terapia, compreendem matérias associadas às ciências médicas. As outras, denominadas “princípios” e “prática”, abrangem matérias específicas de cada terapia. A componente prática inclui a realização de um estágio.

Se é certo que a presença de algumas das formas de MCA no ensino superior, bem como a limitação do acesso à profissão àqueles que detêm um diploma, constitui um traço significativo do seu estatuto profissional, a análise das ofertas formativas e dos diplomas que regulam os ciclos de estudo aponta para a manutenção do domínio da biomedicina. Em outros países, em que essa presença é mais antiga, têm-se registado movimentos protagonizados essencialmente por médicos e cientistas reivindicando a retirada da formação em MCA das universidades públicas, apelidando-as de pseudociência, nomeadamente no Reino Unido e na Austrália. Os conflitos não são já apenas entre médicos e terapeutas das MCA em busca de legitimidade, mas disputas na academia, entre académicos, sobre o que é e o que não é ciência (Brosnan, 2015). Em Portugal, ainda é cedo para averiguar o tipo de relação que resultará, ao nível do ensino, da coexistência de cursos superiores em MCA e na área da medicina convencional.

A reivindicação de cientificidade é, como já desenvolvemos, uma estratégia de legitimação e profissionalização seguida por algumas terapias (ou fações de terapeutas). Pode tomar duas formas: ou se contesta a definição ortodoxa de ciência e se luta pela instituição de definições alternativas (Bourdieu, 1976); ou se conforma aos critérios definidos no campo científico, submetendo-se às regras estabelecidas. A segunda forma é mais plausível que a primeira.

Uma das maneiras de aferir as estratégias de aproximação à ciência é indagar sobre a existência de investigação no domínio das MCA e de publicação dessa investigação, nomeadamente em revistas científicas.

Em Portugal, o panorama caracteriza-se por uma quase completa ausência, sendo apenas de assinalar algumas referências a trabalhos de investigação sobre acupunctura,

realizados no âmbito de pós-graduações em acupuntura para médicos. Em 2013, no quadro do Instituto Português de Naturologia, foi criado o Centro de Investigação em Medicina Natural, bem como uma revista dedicada à pesquisa em MCA intitulada *Scientific Journal of Natural Medicine*, de periodicidade semestral, com quatro números publicados, o último dos quais em junho de 2015. A aproximação ao paradigma da ciência e, em particular, da investigação científica, é evidente: o qualificativo de “scientific” e a opção pela língua inglesa no título da revista (quando os artigos estão redigidos em português); um conselho científico constituído por membros doutorados; normas para publicação com sistema de revisão anónima por pares.

A nível internacional, uma pesquisa efetuada na Biblioteca do Conhecimento Online (B-On)³⁹ permitiu recensear 11 revistas de países do ocidente, cuja listagem consta do quadro seguinte.

Quadro 5.14. Revistas científicas especializadas em MCA no ocidente

Revista	Data de criação	País
<i>Complementary Therapies in Medicine</i>	1993	EUA
<i>Complementary Therapies in Clinical Practice</i>	1995	Reino Unido
<i>The Journal of Alternative and Complementary Medicine: Research on Paradigm, Practice, and Policy</i>	1995	EUA
<i>Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine</i>	1995	EUA
<i>Alternative Therapies in Health and Medicine</i>	1995	EUA
<i>Focus on Alternative and Complementary Therapies</i>	1996	Reino Unido
<i>Alternative Medicine Review</i>	1996	EUA
<i>BMC Complementary and Alternative Medicine</i>	2001	África do Sul e EUA
<i>Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine</i>	2004	EUA
<i>Journal of Complementary and Integrative Medicine</i>	2004	Canadá
<i>Alternative and Complementary Therapies</i>	2006	EUA

Uma análise sumária do âmbito e objetivos destas revistas mostra uma aposta na integração das terapias na prática clínica, em que as MCA desempenham essencialmente um papel de complementaridade face à medicina convencional. Os critérios para essa integração assentam claramente naqueles que definem a medicina baseada na prova, que se procura aplicar aos processos terapêuticos nas MCA. Muitos dos tópicos privilegiados nestas revistas respeitam a questões de segurança e de eficácia, a partir do paradigma biomédico. Incluem-se ainda, em menor número, tópicos relacionados com as políticas de saúde, a formação ou a utilização destas medicinas pela população.

³⁹ Pesquisa efetuada em Abril de 2016, limitada às revistas de MCA em geral, em língua inglesa; não inclui revistas sobre terapias específicas.

5.5. Aspetos económicos

Retomando a proposta de Goldstein (2002), de que a crescente popularidade das MCA se deve a fatores políticos e económicos, importa também refletir sobre a relação emergente entre as MCA e os principais atores económicos (empresas farmacêuticas, companhias de seguros, empresas de comunicação social, etc.). O autor defende que a convergência de interesses entre as forças económicas e muitos dos objetivos das MCA constitui uma importante explicação para o crescimento destas.

As MCA têm vindo a registar uma presença cada vez mais forte nos meios de comunicação social (Heller e Stone, 2005). Em Portugal, numa análise exaustiva de notícias sobre saúde, verificou-se que uma parte considerável dessas notícias era dedicada às MCA (Henriques, 2007). Esta presença constitui um fator de legitimação para o público; de facto, quando a informação sobre MCA surge lado a lado com informação sobre a medicina convencional, a mensagem implícita é a de que é uma opção válida para lidar com a saúde e com a doença. Como refere Goldstein,

atualmente, a informação sobre a promoção da saúde e a atenção àqueles que sofrem de um vasto leque de doenças crónicas tornaram-se mercantilizadas. Como acontece com muitos aspetos da sociedade de consumo, os media e os seus interlocutores agem como educadores, ensinando as pessoas sobre MCA; o que está disponível, como aceder, como usar e os benefícios esperados (Goldstein, 2002: 55).

As companhias farmacêuticas têm vindo a modificar a sua posição face às MCA. Cada vez mais se encontram envolvidas na produção e no *marketing* de vitaminas, suplementos dietéticos, suplementos alimentares e outros produtos geralmente associados a estas medicinas (Goldstein, 2002: 53). Além disso, verifica-se uma crescente disponibilização para venda destes produtos, que deixaram de estar confinados a lojas especializadas (embora estas tenham vindo a proliferar)⁴⁰ e são agora comercializados em espaços mais indiferenciados (por exemplo, supermercados ou grandes superfícies comerciais). Em Portugal, o surgimento de espaços de saúde nos hipermercados – onde coexistem medicamentos químicos e suplementos alimentares (simbolicamente conotados com produtos naturais) – constitui um exemplo dessa disponibilização, potenciador do consumo desse tipo de produtos (Monteiro, 2015).

Um último ator económico corresponde às companhias de seguros. Em Portugal, a regulamentação das terapias não convencionais não significou a sua integração no Sistema Nacional de Saúde, não sendo por isso comparticipadas pelo estado, a não ser quando

⁴⁰ A partir de uma observação não sistemática, já que não estão disponíveis dados sobre o número de espaços que comercializam “produtos naturais”, por não existir uma atividade específica na Classificação das Atividades Económicas, segundo esclarecimento prestado pelo Instituto Nacional de Estatística.

praticadas por médicos a exercer dentro do Sistema. Além disso, até há pouco tempo, ao contrário de atividades médicas e paramédicas, que beneficiam de isenção do Imposto sobre o Valor Acrescentado (IVA), as atividades das terapêuticas não convencionais estavam sujeitas ao regime geral do IVA⁴¹ (atualmente 23%). Só muito recentemente, em janeiro de 2017 foi aprovada pela Assembleia da República a isenção de IVA às prestações de serviços efetuadas no exercício destas profissões, equiparando-as em termos fiscais às profissões paramédicas⁴², pelo que não é ainda possível avaliar sobre as eventuais repercussões desta medida na procura das terapias.

A cobertura das despesas por seguros de saúde é diminuta. Consultadas duas das principais companhias que comercializam seguros de saúde – Médis e Multicare⁴³ – verificou-se que só na segunda há referência a uma Rede de Terapêuticas Não Convencionais, que integra acupunctura (50 prestadores), fitoterapia (45), osteopatia (43), naturopatia (21), homeopatia (15) e quiropráxia (5). Uma parte significativa dos prestadores encontra-se incluído em mais do que uma terapia. Aparentemente, todos são médicos (título Dr.), o que significa que as despesas com consultas de terapeutas não-médicos têm que ser suportadas na totalidade pelos utilizadores.

⁴¹ Conforme Ofício Circulado nº 30174, 26-08-2015, da Autoridade Tributária e Aduaneira.

⁴² Esta alteração consta da Lei nº1/2017, de 16 de janeiro, primeira alteração à lei de 2013, que regulamenta o exercício profissional das terapêuticas não convencionais.

⁴³ Consulta efetuada em fevereiro de 2016.

Capítulo 6

O recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: retrato extensivo

No presente capítulo traça-se um retrato extensivo do recurso às Medicinas Complementares e Alternativas (MCA) em Portugal. Esta tarefa enfrenta dificuldades. A informação sobre a dimensão da oferta e da procura das MCA é relativamente escassa. Do lado da oferta, dado o carácter recente da regulamentação, não há registos sobre os locais onde são prestados os cuidados terapêuticos relativos a estas medicinas (em locais especializados ou em clínicas médicas), ou onde são comercializados produtos terapêuticos a elas associados. Também não há registos oficiais sobre o número de terapeutas. Sobre o recurso às MCA os dados são igualmente escassos, embora nos últimos anos tenham sido conduzidos alguns inquéritos que permitem uma aproximação à dimensão do fenómeno.

Tendo em atenção estes constrangimentos, os dados que se apresentam ao longo deste capítulo procuram responder a um triplo objetivo: i) dar conta da dimensão do fenómeno do recurso às MCA em Portugal, incluindo a comparação com a Europa; ii) efetuar uma sociografia dos utilizadores em Portugal, mobilizando indicadores de caracterização socioprofissional dos indivíduos que recorrem, por comparação com os que não o fazem; iii) explorar os padrões e lógicas de consumo das MCA em Portugal, a partir de indicadores como a regularidade do recurso, a finalidade do recurso, o tipo de problemas de saúde, o tipo de terapias, as razões para recorrer e para não recorrer, o consumo de medicamentos naturais, entre outros.

Para tal, analisam-se os dados provenientes de dois inquéritos: i) o *European Social Survey 2004/2005 (Round 2)* e 2014 (*Round 7*), contendo informação sobre, respetivamente, 25 e 21 países europeus, incluindo Portugal⁴⁴; ii) o inquérito *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico*, aplicado em 2008⁴⁵. Este inquérito foi aplicado a duas amostras, uma amostra de âmbito nacional e uma amostra de conveniência. A amostra nacional reporta à população residente em Portugal continental, com idades compreendidas entre os

⁴⁴ O *European Social Survey* é um programa de investigação europeu, que consiste na aplicação de um inquérito por questionário, de dois em dois anos, a amostras representativas das populações num conjunto alargado de países da Europa (cerca de 30, mas variando em função das edições). O objetivo é medir, de forma comparada, as atitudes e práticas sociais das populações em vários domínios. Aplicado pela primeira vez em 2002, o inquérito conta já com oito edições, a última em 2016. Para mais informações cf. <http://www.europeansocialsurvey.org/>.

⁴⁵ No quadro de um projeto de investigação desenvolvido no Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES-IUL), intitulado “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais”. Coordenado por Noémia Lopes, integrou, para além da autora desta dissertação, os investigadores Carla Rodrigues, Hélder Raposo e Telmo Clamote. Foi financiado pela FCT-Fundação para a Ciência e Tecnologia e pelo Infarmed-Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde. Não sendo um estudo centrado nas MCA, os instrumentos de recolha de informação concebidos e utilizados no seu âmbito integram alguns indicadores sobre o recurso a estas medicinas, que exploramos ao longo deste capítulo.

18 anos e os 70 anos, tendo sido estratificada por região, sexo, escolaridade e idade (n=1509). Trata-se de uma amostra representativa, com uma margem de erro de aproximadamente 2,5% para um intervalo de confiança de 95%. A amostra de conveniência (n=400) foi obtida a partir de indivíduos inquiridos em centros de saúde (n=248) e em lojas de produtos dietéticos (n=152), com idades compreendidas entre os 18 anos e os 75 anos. Apesar de não se tratar de uma amostra representativa, não sendo por isso possível extrapolar os resultados para o universo, procurou-se um equilíbrio em termos de sexo, idade e escolaridade na seleção dos inquiridos. A nível geográfico, os contextos desta amostra foram delimitados em torno de um eixo que permitisse estabelecer análises comparativas entre uma matriz rural e uma matriz urbana. Para o efeito, a aplicação dos questionários foi realizada na cidade de Lisboa (n=250) e na cidade da Guarda (n=150)⁴⁶.

A exploração destes dados é antecedida de uma reflexão sobre as potencialidades e limites das opções metodológicas tomadas nas várias pesquisas extensivas que se têm focado no recurso às MCA.

6.1. Reflexões metodológicas sobre os estudos extensivos

A análise do modo como têm sido conduzidos os estudos extensivos, geralmente através de inquéritos por questionário, sobre o recurso às MCA em vários países, revela resultados que são por vezes muito diferentes, e em alguns casos são mesmo aparentemente inconsistentes. Estas diferenças podem ser explicadas por dois fatores: ou as pesquisas trabalham com diferentes definições das MCA; ou trabalham com diferentes definições do que é um utilizador das MCA (Vickers, Heller e Stone, 2005).

Efetivamente, a primeira questão que se coloca a quem se propõe quantificar o recurso às MCA é a da delimitação do campo de investigação. Dito de outra forma, enfrenta-se o desafio de responder à questão formulada no primeiro capítulo desta dissertação: “O que cabe dentro das MCA?”. O carácter social e culturalmente mutável destas medicinas faz com que a resposta, como já discutimos, não possa ser cabal e dependa do estabelecimento de critérios teóricos mas também pragmáticos que, obviamente, não são universais. Partilhamos, assim, de uma posição que defende a inutilidade de adotar uma perspetiva puramente construtivista que, levada ao extremo, inviabiliza estabelecer linhas de referência para a delimitação do objecto MCA e, conseqüentemente, a pesquisa empírica sobre o mesmo (Broom e Tovey, 2008).

Porém, tal não obsta a que a ausência de critérios comuns constitua um obstáculo às análises comparativas, quer sincrónicas (analisando o fenómeno no mesmo tempo mas em

⁴⁶ Para um desenvolvimento detalhado sobre a metodologia do inquérito ver Rodrigues, 2010.

diferentes contextos socioculturais), quer diacrônicas (analisando a evolução do fenómeno no mesmo contexto). Efetivamente, a simples inclusão de uma terapia num inquérito e a sua exclusão em outro introduz uma barreira à realização de comparações metodologicamente válidas.

Uma segunda dificuldade prende-se com o tipo de indicadores utilizados, o que se traduz no modo de formulação das questões. O exemplo paradigmático é o da temporalidade do recurso: há casos em que se pergunta aos inquiridos se *alguma vez* recorreram às MCA, enquanto em outros se pergunta se o fizeram num arco temporal definido, por exemplo *no último ano*.

A revisão sistemática dos estudos que procuram quantificar a prevalência das MCA em vários países efetuada por Harris *et al.* (2012) é bastante elucidativa destas dificuldades. Tomando como referência o uso reportado em 15 países nos últimos 12 meses, onde se inclui a consulta de um terapeuta ou recurso a terapêuticas sem mediação de terapeuta, em amostras representativas de países ou regiões, as estimativas de prevalência apresentam uma enorme variação (entre 9,8% e 76%). Além de diferentes intervalos etários nas amostras e diferentes técnicas de amostragem, a principal fonte de variação que influencia a comparabilidade das estimativas advém do modo como as MCA são definidas e operacionalizadas para a recolha de informação; por exemplo, dos 31 relatórios analisados pelos autores que identificavam nomes de terapias das MCA, o leque ia de apenas 4 a 36; alguns incluíam a medicina tradicional e outros não o faziam (Harris *et al.*, 2012: 936).

Além das dificuldades na quantificação do fenómeno do recurso às MCA, colocam-se questões de ordem metodológica quanto à caracterização social dos chamados *utilizadores das MCA*. Alguns autores têm questionado a seleção dos contextos de observação, por se cingirem a espaços onde são prestados exclusivamente cuidados de saúde das MCA (McGregor e Peay, 1996). Esta escolha tem como consequência uma análise isolada dos utilizadores, estabelecendo perfis sem que haja termos de referência para comparação, nomeadamente com *não utilizadores* (Cant e Sharma, 1999). Um dos desafios aos estudos extensivos é precisamente o de proceder, de forma sistemática, a comparações entre os que recorrem e os que não recorrem, ou entre os primeiros e a população em geral (McGregor e Peay, 1996).

Um segundo desafio remete para a necessidade de tomar opções metodológicas que respondam à necessidade de ultrapassar visões monolíticas sobre os utilizadores das MCA (Sirois e Gick, 2002). Como já referimos em capítulo anterior (cf. capítulo 4), várias pesquisas têm demonstrado que aqueles que recorrem às MCA não constituem um grupo homogéneo, nem em termos do perfil social, nem em termos de padrões de utilização, nem ainda em termos de valores, atitudes e práticas sociais. Importa, pois, que o desenho das

pesquisas garanta a captação dessa diversidade, ou na definição das amostras e contextos de inquirição ou na construção dos indicadores dos instrumentos de recolha de informação.

6.2. A dimensão do fenómeno nas sociedades ocidentais

Apesar das assunções generalizadas sobre o aumento do recurso às MCA, os fatores identificados no ponto anterior tornam complexa a tarefa de produção de evidência empírica sobre esse crescimento. Além do desenvolvimento de várias pesquisas extensivas que procuram dar conta da expressão do fenómeno em alguns países ocidentais, nos últimos anos foram empreendidas algumas tentativas de sistematização dos dados, com vista à produção de comparações internacionais.

Uma dessas análises é a de Harris *et al.* (2012), mencionada no ponto anterior. Os autores analisam de forma sistemática os estudos que, a partir de 1998, procuram quantificar a prevalência do uso das MCA em 15 países de vários continentes, a saber: EUA, Canadá, Austrália, Reino Unido, Noruega, Israel, Dinamarca, Singapura, Alemanha, Japão, Malásia, Arábia Saudita, Coreia do Sul, Suécia e Itália.

Os resultados mostram que as MCA eram utilizadas frequentemente e que as estimativas de prevalência variavam bastante nos diferentes países: a prevalência para o recurso às MCA em geral variava entre 9,8% e 76%; e o intervalo para o recurso envolvendo consultas com terapeutas era 1,8%-48,7% (Harris *et al.*, 2012: 936). Independentemente das ressalvas metodológicas, já assinaladas, na interpretação destes valores, verifica-se que as percentagens de utilização das MCA sem que implique o recurso a um terapeuta são bastante mais elevadas do que as consultas. Como veremos, outros inquéritos corroboram estas diferenças.

Considerando que os dados de alguns dos países incluídos na revisão sofrem de fragilidades e limitações que invalidam análises diacrónicas, os autores selecionam apenas os dados relativos a Austrália, EUA e Reino Unido, que avaliam como suficientemente sólidos para permitirem identificar tendências de recurso às MCA. Na Austrália, em 2004, um em cada dois adultos tinha utilizado alguma terapia das MCA e um em quatro tinha ido a uma consulta com um terapeuta, sem que se tenham verificado alterações significativas entre 2000 e 2004. Os inquéritos no Reino Unido também sugerem que a utilização das MCA se manteve relativamente estável entre 1998 e 2005, data em que aproximadamente um em quatro adultos utilizou MCA e um em oito recorreu a um terapeuta. Nos EUA o recurso às MCA também se manteve estável entre 2002 e 2007, em torno de quase quatro adultos em dez (Harris *et al.*, 2012: 936).

Em Portugal, até há alguns anos atrás, os dados sobre o recurso às MCA eram inexistentes. Em 2004, pela primeira vez, a segunda edição do *European Social Survey*

(ESS), que integrou um módulo com indicadores sobre saúde e medicamentos, incluindo questões sobre a utilização de medicamentos naturais e sobre o recurso a terapeutas das MCA, forneceu alguns dados quantitativos para Portugal, permitindo comparar a expressão do fenómeno relativamente a outros países europeus. Recentemente, em 2014, a sétima edição do ESS incluiu, no módulo da saúde, uma questão sobre o recurso a tratamentos das MCA nos últimos 12 meses.

Quadro 6.1. Utilização de medicamentos naturais em Portugal e na Europa, em 2004 (%)*

	Europa (25 países)	Portugal
Nunca ou raramente	39,9	60,4
Algumas vezes	32,8	29,1
Aproximadamente metade das vezes	9,5	3,9
A maior parte das vezes	10,0	4,0
Sempre ou quase sempre	4,8	2,2
Não tem problemas de saúde	3,0	0,4
Total	100,0	100,0

*Questão: “Quando tem um problema de saúde, com que frequência usa medicamentos naturais?”

Fonte: European Social Survey, 2004.

Como se pode verificar, o consumo de medicamentos naturais tem já uma expressão considerável no país; são quase 40% os inquiridos que declaram consumi-los pelo menos algumas vezes. Ainda assim, esse consumo fica bastante abaixo do total dos países europeus do ESS, onde a percentagem homóloga é de cerca de 60%. Trata-se, porém, de um indicador muito geral, sem referentes empíricos que permitam obter informação precisa sobre o consumo (por exemplo, arcos temporais ou significados atribuídos à designação “medicamentos naturais”).

De acordo com dados da mesma fonte, o recurso a terapeutas das MCA é quase nulo (cf. Quadros 6.2 e 6.3), sobretudo em Portugal, mas também na generalidade dos países da Europa. Porquê esta tão baixa incidência, tendo em conta que outros estudos mais específicos têm revelado taxas superiores? A resposta reside, antes de mais, no indicador construído e na respetiva formulação da questão que foi utilizada no inquérito. Ao perguntar aos indivíduos a quem recorreriam *em primeiro lugar* quando confrontados com diversos problemas de saúde - grave inflamação da garganta, forte dor de cabeça, sérias dificuldades em dormir e muitas dores nas costas -, a grande maioria das respostas recai sobre as instâncias institucionalmente legitimadas, como os médicos ou os farmacêuticos ou sobre as redes leigas de sociabilidade, como a família e os amigos (com distribuições de percentagens que variam segundo o problema em causa). Cremos ainda que a formulação

hipotética – “imagine que...”, “se resolvesse...” – acaba por induzir fenómenos de desejabilidade social que justificam essas escolhas.

Os estudos sobre os itinerários terapêuticos dos utilizadores de medicinas alternativas têm revelado que existem lógicas e padrões diversos de relação com as MCA, que vão desde uma utilização fiel e exclusiva, até utilizações seletivas ou esporádicas. Têm mostrado, igualmente, que o recurso às MCA ocorre na maior parte das vezes após percursos mais ou menos longos de envolvimento com a medicina convencional, marcados por sucessivos insucessos na resolução dos problemas de saúde ou na gestão da doença crónica. Os resultados das entrevistas a utilizadores das MCA que realizámos, e que discutiremos no capítulo seguinte, corroboram estas conclusões. O indicador do ESS parece, pois, captar apenas os consumidores fiéis das MCA e não todos os outros padrões e lógicas de consumo.

Quadro 6.2. Primeira escolha de aconselhamento sobre problemas de saúde, em 2004 (%)*

	Grave inflamação da garganta		Forte dor de cabeça		Sérias dificuldades em dormir		Muitas dores nas costas	
	Europa	Portugal	Europa	Portugal	Europa	Portugal	Europa	Portugal
Não pediria conselho a ninguém	21,1	14,9	29,5	23,9	20,2	15,9	7,8	10,7
Pediria conselho a amigos ou familiares	17,1	4,1	16,0	5,1	11,8	3,5	8,4	2,3
Pediria conselho ao farmacêutico	17,7	12,6	14,0	11,4	6,6	6,1	2,5	4,7
Pediria conselho ao médico	42,1	67,4	38,4	58,8	58,7	73,5	75,6	80,5
Pediria conselho ao enfermeiro	0,9	0,7	0,8	0,5	0,6	0,5	0,6	0,9
Consultava a internet	0,2	-	0,1	-	0,3	0,1	0,2	0,1
Linha telefónica de apoio médico	0,3	0,1	0,4	-	0,2	-	0,2	-
Pediria conselho a outro técnico de saúde	0,6	0,2	0,7	0,1	1,6	0,4	4,7	0,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Questão: “Imagine que tinha (problema de saúde X). Se resolvesse pedir conselho ou tratamento a alguém, qual das seguintes opções escolheria em primeiro lugar?”

Fonte: European Social Survey, 2004.

Uma segunda razão que concorre para o subdimensionamento do recurso às MCA é o facto de os indicadores se restringirem a quatro problemas de saúde, excluindo assim outras situações que o podem induzir.

Uma terceira respeito à designação das categorias de resposta consideradas. O recurso a terapeutas das MCA apresenta-se como incluído na categoria “outro técnico de saúde”. Consultando o instrumento de recolha de informação utilizado, aparentemente, só nos casos em que esta resposta era assinalada é que se avançava para uma questão

específica (cf. Quadro 6.3), onde se discriminam as áreas dos técnicos de saúde. Ora, é legítimo supor que uma parte dos indivíduos que recorrem às MCA não qualifique os respetivos terapeutas como técnicos de saúde, o que leva, pois, à omissão de situações de real utilização das MCA.

Apesar destas reservas, vale a pena observar a distribuição do recurso pelas medicinas/terapias, tendo em consideração duas fragilidades. Primeiro, o facto de algumas terapias terem sido emparelhadas: além de serem muito diferenciadas, quer a nível do processo terapêutico, quer a nível da legitimação social (por exemplo, a homeopatia e a fitoterapia), tal não permite quantificar o acesso a umas e a outras, que pode ser muito variado (por exemplo, a acupunctura, a acupressão e a digitopunctura). Segundo, a inclusão da fisioterapia, para a qual não nos foi possível encontrar qualquer explicação plausível.

Quadro 6.3. Área do “outro técnico de saúde” escolhido em primeiro lugar, em 2004 (% de respostas)*

	Europa (25 países)	Portugal
Quiropráxia ou osteopatia	27,2	-
Fitoterapia ou homeopatia	21,7	34,0
Terapia por massagem	12,9	25,9
Fisioterapia	11,5	11,9
Acupunctura ou acupressão ou digitopunctura	7,9	21,9
Medicina chinesa	3,4	2,2
Reflexologia	1,7	-
Hipnoterapia	0,9	-
Outro	12,6	4,3
Total	100,0 n=3177	100,0 n=30

* Questão: “Disse que pediria conselho a outro técnico de saúde. Esse técnico de saúde seria de qual das seguintes áreas? Diga qual escolheria **em primeiro lugar?**”

Fonte: European Social Survey, 2004.

Na Europa a quiropráxia e a osteopatia lideram a primeira escolha dos inquiridos, seguidas da fitoterapia e da homeopatia. As restantes somam percentagens abaixo dos 10%. À exceção da acupunctura e da medicina chinesa, para as quais se esperaria um recurso mais significativo, a distribuição é compatível com o grau de legitimidade social das terapias. Em Portugal, o número de respostas é insuficiente para traçar um retrato. Assinalamos apenas, com muitas reservas, o facto de estas se concentrarem também nas terapias “mais legítimas”.

A maior parte das fragilidades metodológicas mencionadas foi ultrapassada na sétima edição do ESS, em 2014, com a contrapartida de a utilização de diferentes

indicadores não permitir comparações e, por isso, impossibilitar a identificação das tendências de evolução da utilização das MCA desde 2004. O inquérito inclui um indicador direcionado para a medição da taxa de utilizadores de um conjunto de terapias. Tem o mérito de estabelecer um referente temporal para essa utilização (efetiva e não hipotética) – os últimos 12 meses – e apresentar cada uma dessas terapias individualmente (cf. Quadro 6.4).

Quadro 6.4. Tratamentos utilizados para a saúde, em 2014 (% de utilizadores)

	Europa (21 países)	Portugal
Fisioterapia	17,1	12,1
Massagem terapêutica	12,1	5,0
Homeopatia	6,3	1,9
Osteopatia	5,9	1,7
Tratamento à base de ervas medicinais	4,9	2,1
Acupunctura	3,8	3,7
Quiropráxia	2,4	0,2
Reflexologia	1,8	0,6
Cura espiritual	1,4	1,0
Medicina chinesa	1,1	0,2
Acupressão	0,6	-
Hipnoterapia	0,3	0,2

*Questão: Nos últimos 12 meses, a quais dos tratamentos mencionados recorreu para tratar da sua saúde?
 Fonte: European Social Survey, 2014.

Excluindo a fisioterapia – pelas razões já mencionadas – a percentagem de utilizadores na Europa oscila entre os 0,3% (hipnoterapia) e os 12,1% (massagem terapêutica). Em Portugal, a hierarquia de utilização segue um padrão semelhante, ainda que não coincidente, mas os valores são consideravelmente mais baixos (entre um mínimo de 0,2% e um máximo de 5%). Como seria de esperar, dada a formulação da questão, as percentagens são mais elevadas em quase todas as terapias do que as que tinham sido registadas, em 2004, para o aconselhamento com outro técnico de saúde. De destacar a expressão que a utilização da acupunctura assume no país, por comparação com a sua posição relativa face às outras terapias na Europa. Embora as taxas de utilização sejam equivalentes, em Portugal a acupunctura é a segunda terapia mais utilizada, enquanto na Europa se situa na quinta posição.

Além dos resultados destes inquéritos, a nível nacional não existem estatísticas oficiais sobre a prevalência do uso das MCA. Dada a sua regulamentação recente, as estatísticas da saúde não contêm qualquer informação sobre este domínio. Por sua vez, os

inquéritos nacionais de saúde, aplicados a amostras representativas da população residente no país, não incluem indicadores sobre o recurso às MCA⁴⁷.

O projeto de investigação “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, já referido, constituiu um importante contributo para a supressão dessas lacunas. No âmbito deste projeto foi aplicado, em 2008, um inquérito por questionário a uma amostra representativa (com uma margem de erro de aproximadamente 2,5% para um intervalo de confiança de 95%) da população residente em Portugal continental com idades compreendidas entre os 18 anos e os 70 anos, estratificada por região, sexo, escolaridade e idade (n=1509).

Os seus resultados revelam valores semelhantes, em média, aos obtidos no ESS 2014. À questão “Alguma vez recorreu a tratamentos (não medicamentosos) de medicinas alternativas (por exemplo acupunctura, técnicas de relaxamento, osteopatia, massagens terapêuticas, etc.)?”, 3,7% dos inquiridos responderam afirmativamente. Por sua vez, são 12,7% aqueles que declaram já ter usado medicamentos/produtos terapêuticos “naturais”. A menor expressão do recurso a MCA face ao consumo de medicamentos/produtos naturais segue assim a tendência identificada em outros estudos (Harris *et al.*, 2012).

Se estes indicadores nos permitem obter, com rigor, a quantificação do fenómeno do recurso às MCA em Portugal, a sua expressão (3,7% corresponde a 56 inquiridos) é, porém, insuficiente para se explorar o perfil social dos utilizadores das MCA, bem como os seus padrões de consumo, análise que será desenvolvida, nos pontos seguintes, a partir dos resultados do mesmo inquérito a uma amostra de conveniência.

6.3. Para uma sociografia dos utilizadores

Em simultâneo com o inquérito a uma amostra nacional, no âmbito do estudo “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, foi lançado o mesmo questionário a 400 indivíduos em contextos de saúde, designadamente centros de saúde (n=248) e lojas de produtos naturais/dietéticos (n=152)⁴⁸, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, em duas regiões do país que permitissem estabelecer comparações entre contextos urbano e rural: Lisboa (n=250) e Guarda (n=150). Não sendo uma amostra estatisticamente representativa⁴⁹, esta amostra de conveniência possibilitou um olhar ampliado sobre o

⁴⁷ O Inquérito Nacional de Saúde é realizado pelo Instituto Nacional de Estatística, em parceria com o Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, com uma periodicidade variável. Encontram-se disponíveis os dados dos dois últimos inquéritos, o de 2014 e o de 2005/2006. No de 2014 há questões com referência ao consumo de medicamentos homeopáticos e a despesas com homeopatia ou acupunctura, mas não autonomizadas de outro tipo de consumos ou outro tipo de despesas.

⁴⁸ Inclui 15 inquiridos numa clínica de medicina tradicional chinesa.

⁴⁹ Designadamente a nível das principais variáveis sociográficas, como o sexo, a idade e o nível de escolaridade. O objetivo não foi o de obter na amostra uma distribuição das categorias destas variáveis semelhante à da população portuguesa, mas sim de as ter representadas de forma tanto quanto possível equilibrada.

segmento específico da população que aqui nos interessa (sobrerrepresentado face à sua expressão a nível nacional), permitindo avançar para uma sociografia dos utilizadores das MCA e para a exploração de padrões de consumo e conceções sobre saúde, incluindo a comparação sistemática com os não utilizadores⁵⁰.

Quadro 6.5. Composição da amostra de conveniência (n=400) (%)

Sexo	
Masculino	44,5
Feminino	55,5
Categoria etária	
18-35 anos	35,0
36-55 anos	38,3
>=56 anos	26,8
Nível de escolaridade	
Inferior ao 9º ano	17,0
9º a 12º ano	45,3
Curso superior	37,8
Região	
Lisboa	62,5
Guarda	37,5
Doença crónica	
Sim	30,2
Não	69,8

Fonte: Lopes, 2010a.

Dos 400 inquiridos, 114 (28,5%) já tinham recorrido em algum momento a terapias das MCA. O número de indivíduos, não sendo representativo, é já de uma dimensão suficiente para poder explorar outras variáveis e comparar os *utilizadores* com os *não utilizadores*. A atribuição destas classificações – utilizadores e não utilizadores – é necessariamente redutora, mas útil para efeitos analíticos. Com ela não estamos a ignorar a existência de diferentes padrões e lógicas de utilização das MCA, como alguns estudos tão bem têm demonstrado (por exemplo, Sharma, 1992). Tampouco se perspetivam os não utilizadores como uma categoria fechada (em última análise trata-se de uma categoria potencialmente provisória), composta por indivíduos que partilham os mesmos atributos sociodemográficos. A utilidade das classificações reside na possibilidade de, numa perspetiva quantitativa, estabelecer comparações entre os dois segmentos populacionais, procurando perceber em que medida o recurso a estas medicinas constitui um fenómeno socialmente circunscrito ou se, pelo contrário, tem vindo a alargar-se a indivíduos de diferentes perfis sociais. A análise

⁵⁰ Para o efeito, são mobilizados os indicadores específicos sobre o recurso às MCA integrados na secção do inquérito “Tratamentos não medicamentosos”, correspondendo às questões 23 a 23.2.7. (cf. Inquérito por Questionário em anexo, Anexo A). Para além destes, que constituem o foco central da análise, recorre-se a outros indicadores, quer relativos à caracterização sociodemográfica dos inquiridos, quer os que remetem para outros consumos terapêuticos, quer ainda os que respeitam a práticas e atitudes no domínio da saúde e da doença.

qualitativa que desenvolveremos subseqüentemente (cf. capítulos 7 e 8) permitirá explorar de forma intensiva os vários modos de relação com as MCA que a categoria *utilizadores* alberga.

Os resultados do inquérito revelam que o recurso às MCA em Portugal não é independente de atributos sociodemográficos. Embora a correlação não seja estatisticamente significativa⁵¹, a taxa de utilização das mulheres fica um pouco acima da dos homens (31,1% face a 25,3%) (cf. Quadro 6.6).

Quadro 6.6. Recurso a tratamentos de MCA, por sexo (%)

	Homens	Mulheres
Utilizadores	25,3	31,1
Não utilizadores	74,7	68,9
Total	100,0 (n=178)	100,0 (n=222)
$p = 0,202$		

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

A variável idade apresenta também alguma capacidade explicativa – ainda que não estatisticamente significativa –, registando-se uma correlação direta com o recurso às MCA: à medida que avançamos para escalões etários superiores aumenta a percentagem dos que já recorreram às MCA (cf. Quadro 6.7). Tal não deixará de estar associado à óbvia maior probabilidade de surgirem problemas de saúde à medida que a idade avança.

Quadro 6.7. Recurso a tratamentos de MCA, por grupos etários (%)

	18-35 anos	36-55 anos	>=56 anos
Utilizadores	24,3	29,4	32,7
Não utilizadores	75,7	70,6	67,3
Total	100,0 (n=140)	100,0 (n=153)	100,0 (n=107)
$p = 0,331$			

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

O nível de escolaridade é a variável mais diferenciadora, havendo uma relação estatisticamente significativa entre o recurso às MCA e as qualificações escolares. Quanto mais escolarizado, maior a probabilidade de se recorrer a estas medicinas; enquanto entre os detentores de um curso superior mais de um terço (35,8%) já recorreu, a percentagem

⁵¹ Não se tratando de uma amostra estatisticamente representativa, a utilização de medidas de estatística indutiva tem apenas fins exploratórios e indicativos das relações que se estabelecem entre as variáveis em análise e não pretensões de extrapolação para o universo.

homóloga para os que não atingiram o 9º ano é de cerca de metade (17,6%) (cf. Quadro 6.8).

Quadro 6.8. Recurso a tratamentos de MCA, por nível de escolaridade (%)

	Inferior ao 9º ano	9º a 12º ano	Curso superior
Utilizadores	17,6	26,5	35,8
Não utilizadores	82,4	73,5	64,2
Total	100,0 (n=68)	100,0 (n=181)	100,0 (n=151)
	$p = 0,017$		

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Por fim, é evidente o contraste entre um contexto urbano, metropolitano e um contexto semi-urbano ou rural; 36,8% dos inquiridos de Lisboa utilizaram alguma terapia de MCA, sendo 14,7% os da Guarda que o fizeram (cf. Quadro 6.9). Apesar desta diferenciação, a taxa de recurso neste espaço geográfico não é despidianda, o que remete para a necessidade de relativizar a ideia de que as MCA estariam circunscritas a contextos urbanos e de desenvolver pesquisas que, como refere Adams (2004), possam explorar a relação que se estabelece entre cuidados de saúde primários da medicina convencional e MCA em contextos rurais, onde, segundo o autor, se têm verificado níveis de utilização significativos destas medicinas.

Quadro 6.9. Recurso a tratamentos de MCA, por local de residência (%)

	Lisboa	Guarda
Utilizadores	36,8	14,7
Não utilizadores	63,2	85,3
Total	100,0 (n=250)	100,0 (n=150)
	$p < 0,001$	

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Uma análise dos resultados a partir de outro ângulo permite estabelecer, de forma sintética, o perfil sociodemográfico dos *utilizadores das MCA*. O quadro seguinte mostra a distribuição das variáveis sociodemográficas exclusivamente no segmento daqueles que já recorreram às MCA. Predomina a população do sexo feminino, do escalão intermédio dos 36 aos 55 anos, com níveis de escolaridade relativamente elevados e residente em zona urbana. Este predomínio não deve, porém, ocultar, uma relativa disseminação social do uso das MCA, que não está confinado a um grupo social específico. Como outras pesquisas concluem, os

utilizadores das MCA não são uma minoria cultural marginal ou uma subcultura (Cant e Sharma, 1999; Sharma, 2000).

Quadro 6.10. Utilizadores de MCA: perfil sociodemográfico (n=114) (%)

Sexo	
Masculino	39,5
Feminino	60,5
Categoria etária	
18-35 anos	29,8
36-55 anos	39,5
>=56 anos	30,7
Nível de escolaridade	
Inferior ao 9º ano	10,5
9º a 12º ano	42,1
Curso superior	47,4
Região	
Lisboa	80,7
Guarda	19,3

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

O retrato é, em grande medida, coincidente com o que tem sido traçado nos estudos extensivos sobre o recurso às MCA em outros países da Europa e nos EUA (Sharma, 1992; Astin, 1998; Cant e Sharma, 1999; Wiles e Rosenberg, 2001; Frank e Stolberg, 2002; Cant, 2005; Baer, 2006; Hildreth, 2007). Para lá de um primeiro olhar impressionante sobre estes dados, importa questionar em que medida estes traços sociodemográficos são específicos dos chamados *utilizadores das MCA*, ou se, pelo contrário, são comuns aos utilizadores dos cuidados de saúde em geral.

Como vários estudos demonstram, os diferentes grupos sociais rececionam e interpretam os discursos públicos de promoção da saúde de modo diverso, designadamente consoante o estatuto socioeconómico e a fase do ciclo de vida (Lupton, 1995; Nettleton, 2006), entre outras variáveis explicativas. Tais diferenças concretizam-se ao nível das práticas sociais relacionadas com a saúde, como o cuidado auto-declarado com a saúde ou a frequência do contacto com os sistemas periciais médicos (por exemplo, consultas e exames).

Regressando aos resultados do inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico” a uma amostra representativa da população residente no continente⁵², registam-se genericamente investimentos de saúde mais efetivos por parte das mulheres, dos mais velhos e dos mais escolarizados. As mulheres não só declaram ter mais cuidado com a

⁵² Optamos por retomar os dados da amostra nacional, já que providenciam um retrato mais fiel da frequência do recurso a cuidados de saúde. Na amostra de conveniência, porque os indivíduos foram inquiridos em contextos de saúde, encontravam-se envolvidos nesses cuidados à data do inquérito, o que sobredimensionaria esse recurso.

saúde, como se revelam mais envolvidas em cuidados médicos, posicionando-se em níveis de frequência mais elevados quer nas consultas médicas, quer na realização de exames médicos, do que os homens. São os mais velhos que se auto-atribuem maior cuidado com a saúde e, como seria de esperar, dada a maior probabilidade de ocorrerem problemas de saúde, existe uma relação entre a idade e os investimentos pericializados de saúde, aumentando a frequência das consultas e dos exames médicos à medida que se avança na idade. Os recursos qualificacionais constituem também um fator explicativo das perceções relativamente ao cuidado com a saúde, com os detentores de um curso superior a declararem um maior cuidado, por comparação com o referido pelos que possuem graus de instrução menores (Pegado, 2010: 236-37). Significa isto que os dados sobre os utilizadores das MCA não parecem ser muito diferentes dos relativos aos utilizadores da biomedicina (Cant, 2005).

6.4. Padrões sociais de recurso

Se até aqui temos vindo a mobilizar a categoria *utilizadores das MCA* com o intuito de testar eventuais diferenças face a não utilizadores, os resultados dessa comparação apontam para a necessidade de questionamento da categoria. Primeiro, porque, como acabámos de constatar, os utilizadores de MCA não são um grupo socialmente homogéneo. Não constituem também um grupo culturalmente distinto, no sentido da pertença a uma subcultura (Sharma, 2000). Quando se compara utilizadores de diferentes terapias, emergem diferenças que, em alguns casos, são tanto ou mais marcadas quanto as que se verificam face a não utilizadores (Cant e Sharma, 1999; Frank e Stolberg, 2002).

Segundo, porque os padrões de utilização das MCA são diferenciados, podendo ir de um recurso pontual, sem continuidade, até um recurso frequente e prolongado. De facto, a utilização da categoria em situações em que este é pontual não se afigura adequada. Além disso, à diversidade de trajetórias terapêuticas está associada uma variedade de razões e finalidades de recurso.

Terceiro, porque a categoria remete simbolicamente para uma utilização exclusiva (ou tendencialmente exclusiva) das MCA no quadro da oferta terapêutica, o que, como já mencionámos e se verifica igualmente nos dados relativos a Portugal, raramente acontece.

A exploração dos padrões sociais de recurso às MCA permite ultrapassar uma visão monolítica da utilização destas medicinas. Em que circunstâncias ocorre o recurso às MCA? De que modo são utilizadas? Que finalidades terapêuticas orientam a sua procura? Que relação se estabelece com o recurso à medicina convencional? Quais as conceções sobre saúde e doença partilhadas pelos indivíduos que recorrem? Estas são algumas das

questões a que, a partir de um conjunto de indicadores incluídos no questionário à amostra de conveniência, procuraremos responder de seguida.

Terapias e temporalidades

As diversas terapias incluídas nas MCA não gozam da mesma visibilidade social nem do mesmo grau de reconhecimento e legitimação social. Os dados do *European Social Survey* já referidos mostram, aliás, fortes variações entre as taxas de utilização das várias terapias.

Como outras pesquisas extensivas revelaram (cf. Cant e Sharma, 1999; Cant, 2005), apesar da grande diversidade de terapias, a maioria do recurso às MCA tende a concentrar-se num número relativamente restrito de terapias. Portugal não se afasta deste cenário. A acupunctura é, de longe, o tipo de tratamento mais referido, reunindo mais de 50% das respostas dos inquiridos (cf. Quadro 6.11)⁵³. Esta predominância não surpreende tendo em conta que a acupunctura parece ser a terapia com maior visibilidade social, quer pela divulgação nos órgãos de comunicação social, quer pela disseminação de locais em que é praticada - em grande parte fora dos locais convencionais de prestação de cuidados de saúde, mas sendo também já disponibilizada num número restrito desses locais e até prescrita ou mesmo praticada por alguns médicos. Aliás, tal penetração poderá constituir-se como um critério de legitimação desta terapia para os leigos. As massagens terapêuticas e a osteopatia têm ainda um peso considerável, embora muito aquém da acupunctura.

Quadro 6.11. Último tratamento de MCA usado

	N	%
Acupunctura	60	54,1
Massagens terapêuticas	21	18,9
Osteopatia	11	9,9
Homeopatia	5	4,5
Quiropráxia	5	4,5
Reiki ⁵⁴	2	1,8
Outras	7	6,3
Total	111	100,0

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

⁵³ A identificação da terapia foi efetuada através de uma pergunta aberta, pelo que não houve risco de terem sido produzidas respostas induzidas.

⁵⁴ Segundo a Associação Portuguesa de Reiki, Reiki é um método terapêutico japonês que integra um conjunto de técnicas que permitem revitalizar, equilibrar e auxiliar a pessoa no seu processo de cura. O tratamento é realizado através de uma técnica de contacto leve, ou mesmo sem contacto, do local afetado no corpo ou seguindo um processo de tratamento que visa a aplicação em várias partes do corpo. As técnicas visam realinhar o fluxo de energia vital, trazendo o equilíbrio energético ao corpo e uma sensação de bem estar geral. Disponível em: <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/o-que-e-reiki/>.

A regularidade do recurso às MCA e o arco temporal em que se recorreu pela última vez às terapias nelas inscritas são dois indicadores cujos resultados revelam uma forte consistência. As respectivas distribuições parecem desenhar dois padrões distintos de consumo, um regular e frequente e outro hipoteticamente de carácter pontual, ambos com expressão quantitativa muito semelhante (cf. Quadro 6.12 e Quadro 6.13). Efetivamente, são 47% os inquiridos que declaram recorrer raramente às MCA, a mesma percentagem dos que referem tê-lo feito há mais de um ano. Do outro lado, temos os utilizadores com um considerável grau de fidelização a estas medicinas, com recursos frequentes e recentes (19% há menos de um ano e 33% há menos de um mês).

Quadro 6.12. Regularidade do recurso a tratamentos de MCA

	N	%
Raramente	53	46,9
Com alguma frequência	32	28,3
Frequentemente	14	12,4
Muito frequentemente	14	12,4
Total	113	100,0

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Quadro 6.13. Última vez que recorreu a tratamentos de MCA

	N	%
Há menos de 1 mês	38	33,3
Há menos de 1 ano	22	19,3
Há mais de 1 ano	54	47,4
Total	114	100,0

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Finalidades terapêuticas e razões do recurso

A emergência de uma ideologia de prevenção da doença constitui uma das mudanças mais significativas no discurso público sobre a promoção da saúde (Pegado, 2010). Este deslocamento da ênfase no tratamento para a ênfase na prevenção é evocado como um dos fatores que tem potenciado a reabilitação do natural como recurso terapêutico, designadamente na sua materialização nos medicamentos/produtos terapêuticos naturais (Lopes, 2010b; Lopes *et al.*, 2012).

No caso do recurso aos tratamentos de MCA de que nos temos vindo a ocupar, que envolvem uma pericialidade – ainda que heterodoxa – por implicarem a intervenção dos terapeutas, a prevenção assume um papel considerável, embora não predominante, como finalidade terapêutica, corroborando assim resultados de outros estudos que apontam para a importância das razões preventivas ou de manutenção da saúde (Frank e Stolberg, 2002: 211).

Efetivamente, o recurso às MCA (tomando por referência o último tratamento) tem sobretudo como objetivo o tratamento, reunindo as respostas de 77% dos inquiridos, por comparação com os 23% que indicam como finalidade a prevenção (cf. Quadro 6.14). Assinale-se que o tratamento é *complementar* de medicamentos para 42% dos inquiridos e *substitutivo* de medicamentos para 36%. Tal resultado remete para o questionamento do modo como os indivíduos gerem a simultaneidade na utilização de ambos os recursos terapêuticos. Remete igualmente para uma discussão já clássica nos estudos sobre as MCA, a do seu estatuto (simbólico e/ou substantivo) de autonomia e autosuficiência, ou, pelo contrário, de complementaridade face à medicina convencional ou biomedicina (Sharma, 1992), aspeto que retomaremos mais à frente.

Quadro 6.14. Finalidade terapêutica do último tratamento de MCA

	N	%
Prevenção	25	22,7
Tratamento (coadjuvante/complementar de medicamentos)	46	41,8
Tratamento (substitutivo de medicamentos)	39	35,5
Total	110	100,0

Fonte: Inquérito CIES-IUL “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Uma análise mais detalhada dos problemas de saúde a que se destinam os tratamentos de MCA revela uma considerável diversidade de questões de saúde, embora com uma hierarquia bastante vincada (cf. Quadro 6.15). Os problemas ósseos ou reumatológicos encabeçam a lista das questões de saúde, reunindo cerca de 30% das respostas. O recurso às MCA não se limita a problemas de saúde físicos/fisiológicos, estendendo-se a questões de saúde mental, onde foram incluídas a depressão, a ansiedade, as insónias e outros distúrbios psicológicos, que assumem ainda um peso significativo.

Quadro 6.15. Questão de saúde* a que se destinou o último tratamento de MCA

	N	%
Problemas ósseos/reumatológicos	33	29,7
Depressão/ansiedade/distúrbios psicológicos/insónias	18	16,2
Afeções várias**	17	15,3
Fortalecimento físico e imunitário/fadiga	10	9,0
Problemas musculares	10	9,0
Prevenção/promoção do bem estar geral	5	4,5
Estados dolorosos	5	4,5
Controlo do peso	3	2,7
Outras	10	9,0
Total	111	100,0

* Categorização efetuada a partir das respostas a uma pergunta aberta.

**Inclui afeções respiratórias/pulmonares, otorrinolaringológicas, dermatológicas e alérgicas, gastro-intestinais, ginecológicas, urológicas e estomatológicas

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Apesar de não dispormos de informação precisa sobre a gravidade dos problemas de saúde elencados, estes dados parecem apontar para a prevalência de doenças que não põem em causa a vida dos indivíduos, mas sim situações, eventualmente crónicas, para as quais se buscam soluções ou respostas que nem sempre a medicina convencional tem a capacidade de proporcionar ou, quando o faz, geradoras de efeitos secundários indesejáveis (Frank e Stolberg, 2002).

A associação entre recurso às MCA e doença crónica é evidenciada em várias pesquisas (Cant e Sharma, 1999; Sirois e Gick, 2002; Frank e Stolberg, 2002; Cant, 2005; Hildreth, 2007; Broom e Tovey, 2007; Gale, 2014). Em traços gerais, conclui-se que as doenças crónicas prevalecem sobre as doenças agudas, o que remete para a busca de soluções de gestão da doença, mais do que o alcance da cura. Esta prevalência pode ser atribuída a duas ordens de razões: ou se trata de razões pragmáticas, traduzidas na crença (alimentada ou não pela experiência pessoal) de que as MCA são eficazes no alívio dos sintomas de dor ou desconforto associados à doença crónica; ou se trata de razões no plano das atitudes face à saúde e à doença, na medida em que a doença crónica potencia o desejo de um papel ativo por parte do doente, traduzido na negociação das várias etapas associadas à gestão da doença, bem presente na retórica das MCA sobre a relação terapêutica.

Num outro ângulo de análise, a existência de condições de saúde mais frágeis, nomeadamente de doenças crónicas, é apontada como um fator que aumenta a probabilidade de se recorrer às MCA. Em algumas pesquisas verificou-se que aqueles que avaliavam o seu estado de saúde de forma menos positiva apresentavam taxas de utilização

das MCA superiores àqueles cuja avaliação era mais favorável (Frank e Stolberg, 2002; Sirois e Gick, 2002). No presente estudo, quando se compara a prevalência de doença crónica entre utilizadores e não utilizadores de MCA, verifica-se que é mais elevada nos primeiros; além disso, entre os inquiridos que indicaram ter uma doença crónica, a percentagem dos que recorrem às MCA é superior à dos que não têm doença crónica (cf. Quadro 6.16).

Quadro 6.16. Existência de doença crónica, por recurso a tratamentos de MCA (%)*

	Utilizadores	Não utilizadores	Total
Com doença crónica	34,2 36,6	65,8 27,6	100,0 (n=120)
Sem doença crónica	25,5 63,4	74,5 72,4	100,0 (n= 278)
Total	100,0 (n=114)	100,0 (n=284)	100,0 (n=398)
	$p = 0,079$		

* A primeira percentagem de cada célula corresponde à percentagem em linha e a segunda à percentagem em coluna.

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Embora não tenha sido captada na componente extensiva da pesquisa empírica em análise, importa referir que vários estudos têm constatado uma associação entre o recurso às MCA e doenças degenerativas, sobre as quais recaem perceções sociais de gravidade e incurabilidade, designadamente as doenças oncológicas (Broom, 2009; Broom e Tovey, 2007, 2008; Tovey e Broom, 2007; Gale, 2014).

A satisfação com os resultados apresenta-se elevada; cerca de 70% dos inquiridos que recorreram às MCA assinalam como “bons” ou “muito bons” os resultados do último tratamento (cf. Quadro 6.17).

Quadro 6.17. Avaliação dos resultados do último tratamento de MCA

	N	%
Nulos	6	5,4
Fracos	10	9,0
Razoáveis	14	12,6
Bons	53	47,7
Muito bons	28	25,2
Total	111	100,0

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

A percepção bastante positiva da eficácia destas medicinas é corroborada quando se observa as razões apontadas pelos inquiridos para recorrer a tratamentos de MCA (cf. Quadro 6.18). Quase 50% justificam esse recurso com o facto de os considerarem eficazes, o que sugere que essas percepções são moldadas por experiências passadas. Mas são também de relevar os 26% cujas razões assentam em alguma rejeição da medicina convencional e dos medicamentos químicos, ou por não terem sido eficazes ou pelo risco dos efeitos secundários dos quais os inquiridos parecem isentar as MCA. A insatisfação com a medicina convencional, muitas vezes resultante de experiências de insucesso – por aquilo que não curam ou pelos riscos que comportam – continuadas e prolongadas no tempo, tem sido apontada, em inúmeros estudos, como uma das principais razões porque os indivíduos recorrem às MCA. Não são por fim de desprezar os quase 10% de inquiridos que declaram ter sido aconselhados pelo médico a recorrer a esses tratamentos, o que indicia alguma tendência de interpenetração destes dois universos – o da biomedicina e o das MCA – ao nível pericial e não apenas ao nível da iniciativa leiga.

Quadro 6.18. Razões do recurso a tratamentos de MCA (%)

Por achar que é eficaz	48,2*
Por não estar a melhorar com os medicamentos "químicos"	15,8
Por ter menos efeitos secundários do que os medicamentos "químicos"	11,4
Porque o médico aconselhou	9,6
Porque familiares/amigos aconselharam	5,3
Porque não encontrou resposta na medicina convencional	3,5
Porque teve curiosidade de experimentar	3,5
Por não estar a melhorar com os medicamentos "naturais"	1,8
Por ter menos efeitos secundários do que os medicamentos "naturais"	0,9
Por outra razão	8,8
Total de inquiridos	106
Total de respostas	114

*Percentagens calculadas sobre o total de inquiridos que responderam à questão.

Fonte: Inquérito "Medicamentos e Pluralismo Terapêutico", 2008.

Relação com a medicina convencional

Conforme discutido no capítulo 4, uma das evidências empíricas produzidas no âmbito dos estudos sobre o recurso às MCA é a de que este recurso ocorre maioritariamente de forma conjugada – conjugação que pode assumir diferentes configurações – com a medicina convencional (Sharma, 1996; Kelner e Wellman, 1997; Whiteford, 1999; Saks, 2001; Wiles e Rosenberg, 2001; Adler, 2002; Frohock, 2002; McGuire, 2002; Micozzi, 2002; Kumar, 2003;

Fadlon, 2004; Barnes, 2005; Cant, 2005; Barry, 2006b; Broom e Tovey, 2007; Hildreth, 2007; Badone, 2008; Quah, 2008).

Para a exploração dessas configurações, os dados qualitativos produzidos a partir das entrevistas realizadas no âmbito da presente pesquisa mostram-se mais heurísticos, pelo que a remetemos para os capítulos seguintes. Por ora, mobilizamos alguns indicadores do questionário que permitem quantificar, mesmo que de forma indireta, a relação entre o recurso às MCA e o recurso à medicina convencional. Para esse efeito, procedemos à comparação entre utilizadores e não utilizadores de MCA relativamente a três indicadores que remetem para o recurso à biomedicina: i) frequência com que se consulta o médico (cf. Quadro 6.19); ii) frequência com que se faz exames médicos (cf. Quadro 6.20); iii) número de consultas médicas nos últimos seis meses (cf. Quadro 6.21).

Quadro 6.19. Frequência com que consulta o médico, por recurso a tratamentos de MCA (%)

	Utilizadores	Não utilizadores
Nunca ou quase nunca	10,5	4,6
Com pouca frequência	29,8	35,6
Com alguma frequência	49,1	51,4
Com muita frequência	10,5	8,5
Total	100,0 (n=114)	100,0 (n=284)
$p = 0,119$		

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Quadro 6.20. Frequência com que faz exames médicos, por recurso a tratamentos de MCA (%)

	Utilizadores	Não utilizadores
Nunca ou quase nunca	7,0	2,8
Com pouca frequência	27,2	34,6
Com alguma frequência	57,0	57,3
Com muita frequência	8,8	5,2
Total	100,0 (n=114)	100,0 (n=286)
$p = 0,084$		

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Quadro 6.21. Número de consultas médicas nos últimos seis meses, por recurso a tratamentos de MCA (%)

	Utilizadores	Não utilizadores
Nenhuma vez	15,2	9,9
Uma ou duas vezes	50,9	56,7
Três a cinco vezes	24,1	24,1
Seis vezes ou mais	9,8	9,4
Total	100,0 (n=112)	100,0 (n=283)
	$p = 0,143$	

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Os resultados desta comparação revelam a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre utilizadores e não utilizadores no que respeita à frequência do contacto com os sistemas periciais da medicina convencional, quer na vertente de relação terapêutica interpessoal (consulta médica), quer na vertente do recurso a tecnologias de controlo do estado de saúde (exames médicos). Permitem, assim, constatar que, na maioria dos casos, à semelhança dos resultados de outras pesquisas, a utilização das MCA não exclui nem significa o abandono da medicina convencional. Assinale-se, no entanto, que a percentagem dos utilizadores que declara raramente ou nunca ir ao médico ou realizar exames é mais elevada do que a percentagem homóloga para os não utilizadores. Este dado parece indiciar um padrão de utilização das MCA que se caracteriza pelo evitamento da medicina convencional. Embora estatisticamente minoritário, importa explorá-lo na análise qualitativa que empreenderemos no capítulo que se segue.

Conceções sobre saúde e doença

A análise dos indicadores relativos às práticas sociais de recurso às MCA vem demonstrando que este assume diferentes modalidades, quer em termos de temporalidades, quer em termos de finalidades, quer ainda em termos da sua relação com o recurso à biomedicina. Outro filão analítico que tem alimentado os estudos sobre a utilização de MCA é o que, além das práticas, se debruça sobre as concepções e atitudes dos utilizadores destas medicinas, cuja concretização passa, na maioria das vezes, por procurar as semelhanças e diferenças face aos não utilizadores.

Boa parte dessas análises enfatiza o facto de os utilizadores das MCA não poderem ser considerados um grupo homogéneo do ponto de vista das suas concepções sobre a saúde, a doença e o corpo, bem como quanto às suas atitudes face à medicina convencional, rejeitando assim as abordagens simplistas que os tratam de forma

indiferenciada (Astin, 1998; Sharma, 2000; Furnham e Vincent, 2000; Frank e Stolberg, 2002; Cant, 2005). Além de diversas, essas concepções e atitudes não são estáticas, podendo sofrer mudanças a partir do contacto com uma terapia ou um terapeuta das MCA (Cant, 2005: 175).

Tal não invalida a constatação empírica de algumas diferenças entre utilizadores e não utilizadores de MCA apontada em vários estudos. Frank e Stolberg (2002), por exemplo, consideram que aqueles que denominam como “pacientes heterodoxos” possuem concepções sobre a saúde que se coadunam com a retórica destas terapias: uma visão holística sobre o corpo e a mente, o desejo de um papel ativo no tratamento e a valorização da importância do sistema imunitário (Frank e Stolberg, 2002: 224). Furnham e Vincent (2000) evocam resultados de pesquisas que demonstram uma tendência para muitos utilizadores de MCA serem mais conscienciosos relativamente à sua saúde, assumirem mais responsabilidade sobre esta e acreditarem menos no destino ou na sorte. No entanto, admitem a possibilidade da existência de diferenças ao nível das crenças entre os próprios utilizadores, distinguindo entre os que procuraram ativamente as MCA e se sentem atraídos pela sua filosofia e aqueles que foram encaminhados por outrem para as MCA ou que estão desencantados com a medicina convencional (Furnham e Vincent, 2000: 75). Na mesma linha, Astin (1998), ao comparar utilizadores que combinam o recurso às MCA com o recurso à medicina convencional com aqueles que recorrem principal ou mesmo exclusivamente às MCA, conclui que os últimos revelam níveis de satisfação com a biomedicina mais baixos, bem como orientações face à saúde holísticas e expectativas de uma maior participação no controlo da sua própria saúde (Astin, 1998: 1552).

No presente estudo, de modo a captar concepções sobre saúde e doença, foi apresentado aos inquiridos um conjunto de afirmações, solicitando-lhes que se posicionassem em cada uma delas a partir de uma escala de concordância com quatro categorias (Pegado, 2010: 234-35). O Quadro 6.22 apresenta os resultados, agrupados em duas categorias – concorda e discorda –, emparelhando as afirmações em três grupos, correspondentes a três oposições, de modo a conferir-lhes maior visibilidade para efeitos analíticos⁵⁵.

⁵⁵ Por razões metodológicas, a ordem das afirmações no quadro não foi aquela com que os inquiridos foram confrontados no questionário, onde surgem misturadas umas com as outras (cf. Questão 11 no Inquérito por questionário em anexo, Anexo A).

Quadro 6.22. Concepções sobre saúde e doença, por recurso a tratamentos de MCA (%)

	Utilizadores			Não utilizadores		
	Concorda	Discorda	N	Concorda	Discorda	N
a1) Manter uma boa saúde implica fazer alguns sacrifícios nos hábitos quotidianos das pessoas.	90,2	9,8	112	96,8	3,2	284
a2) Ter ou não ter saúde é sobretudo uma questão de sorte.	27,3	72,7	110	39,6	60,4	283
b1) A maior parte das doenças resulta da falta de cuidado no modo como as pessoas vivem as suas vidas.	94,6	5,4	112	93,0	7,0	284
b2) A maior parte das doenças resulta de fatores que escapam ao controlo das pessoas.	64,0	36,0	111	79,5	20,5	283
c1) Se a vida for vivida de forma saudável, há grandes hipóteses de evitar muitas doenças na velhice.	94,7	5,3	113	96,5	3,5	284
c2) Por mais cuidado que se tenha em viver uma vida saudável, não se pode evitar as doenças que aparecem com a idade.	82,3	17,7	113	90,8	9,2	284

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

O primeiro par de afirmações remete para a oposição entre uma concepção ativista, associada a um certo estoicismo, e uma concepção fatalista sobre a doença. A grande maioria dos utilizadores e dos não utilizadores manifestam acordo com a primeira afirmação e rejeitam, embora de forma menos acentuada, a segunda. Porém, os utilizadores de MCA afastam-se mais perentoriamente da concepção fatalista. O segundo par refere-se a concepções sobre as causas das doenças, uma atribuindo a responsabilidade do seu surgimento aos próprios indivíduos, outra a fatores externos aos indivíduos impossíveis de controlar, opondo, no fundo, a possibilidade de prevenção à inevitabilidade das doenças. As diferenças entre utilizadores e não utilizadores voltam a revelar-se na afirmação de carácter fatalista, com os primeiros a manifestarem bastante mais desacordo com a impossibilidade de controlar o surgimento de doenças. Por fim, o terceiro par, remetendo para a mesma oposição do par anterior, introduz ainda o fator idade. Tal como nas outras duas oposições, é novamente na rejeição da inevitabilidade das doenças que os utilizadores de MCA prevalecem face aos não utilizadores.

Através da análise multivariada do posicionamento dos inquiridos face a este conjunto de afirmações sobre a saúde e a doença, identificaram-se dois tipos de orientações, que se designaram por *fatalista* e *ativista*. A primeira traduz uma concepção de inevitabilidade das doenças e da impossibilidade de controlar os fatores que estão na sua origem, incluindo o passar dos anos. A segunda remete para a responsabilização dos indivíduos pela sua própria saúde (e para a sua responsabilidade pelas doenças) e para a possibilidade de prevenir as doenças através da adoção de hábitos saudáveis que podem implicar sacrifícios no quotidiano.

A observação do valor médio dos dois tipos de orientação mostra que, não sendo categorias mutuamente exclusivas, em termos médios ambas apresentam valores que se situam do lado do acordo (cf. Quadro 6.23). A *orientação ativista* é aquela que, no entanto, reúne níveis de concordância mais elevados. Sendo este padrão comum a utilizadores e não utilizadores das MCA, apenas se verifica entre eles uma diferença digna de relevo na *orientação fatalista*, em que o valor médio dos primeiros está significativamente abaixo do dos segundos, ou seja, em média os utilizadores manifestam menos acordo do que os não utilizadores com as afirmações que remetem para a inevitabilidade da doença.

Quadro 6.23. Orientações de saúde e doença, por recurso a tratamentos de MCA (Análise de Componentes Principais – médias)

	Total	Utilizadores	Não utilizadores	Significância
Orientação fatalista	2,85	2,65	2,93	$P < 0,000$
Orientação ativista	3,56	3,50	3,59	$P = 0,079$

Escala de 1 a 4, em que 1 corresponde a “discordo totalmente” e 4 a “concordo totalmente”.

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008.

Estes resultados, ainda que merecedores de aprofundamentos analíticos através da abordagem intensiva a desenvolver nos capítulos seguintes, corroboram as teses sobre a diversidade de concepções e atitudes face à saúde e à doença que caracteriza os utilizadores das MCA, o mesmo acontecendo com os não utilizadores. Indiciam também que no quadro dessa diversidade, um dos padrões de utilização, ainda que minoritário, poderá ter acolhimento na emergência de consumos pós-modernos (Rayner e Easthope, 2001) e de um sistema de valores pós-modernos (Siahpush, 1998) que, no campo da saúde, se traduz na valorização da autonomia individual, na rejeição do monopólio da autoridade científica, na auto-responsabilização, na busca da participação (Hughes, 2004), na importância da relação terapêutica, etc. Como várias pesquisas demonstram, os principais “protagonistas” das MCA – aqui entendidos como os que estão diretamente implicados nas lutas pela sua legitimação e consagração estatal, nomeadamente os terapeutas – constroem um discurso de valorização e distinção destas medicinas que assenta largamente nesses valores (Pegado, 1998; Rayner e Easthope, 2001).

O consumo de medicamentos/produtos naturais

Finalmente, embora não constituindo o foco central da análise, apresentam-se sucintamente os resultados relativos aos padrões de consumo dos medicamentos naturais. Na amostra de

conveniência, pelas razões já mencionadas, este consumo está sobrerrepresentado, sendo declarado por mais de metade dos inquiridos (cf. Quadro 6.24).

Quadro 6.24. Consumo de medicamentos/produtos terapêuticos naturais: utilizadores, finalidade, tipo de produto e questão de saúde (%)

% de utilizadores	56,1
Finalidade do uso*	
Tratamento	52,1
Prevenção	47,9
Tipo de medicamento/produto*	
Comprimidos	40,8
Chás	37,9
Xaropes	0,5
Pomadas	7,1
Outros	7,1
Questão de Saúde (as três questões de saúde mais frequentes)*	
Afeções gastro-intestinais	15,6
Controlo de peso	15,1
Afeções urológicas	9,2

* Percentagens referentes ao total de utilizadores.

Fonte: Inquérito “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2008, in Lopes, 2010: 38.

Tomando como referência o último medicamento/produto natural usado, procurou-se explorar os padrões de utilização, em termos de finalidade (prevenção ou tratamento), o tipo de medicamento (comprimido, pomada, xarope, etc.) e a questão de saúde a que se destinou (Lopes, 2010b; Lopes *et al.*, 2012). A distribuição das respostas por cada uma das finalidades é relativamente equitativa, embora com uma ligeira predominância do uso para tratamento. Esta dualidade não deixa de indiciar uma certa ambiguidade social quanto ao estatuto terapêutico que é conferido a estes recursos. Tal facto poderá estar relacionado, de algum modo, com a forma de preparação terapêutica usada, já que os chás constituem um dos recursos mais utilizados pelos consumidores de medicamentos/produtos naturais (37,9%). Porém, os comprimidos são os que assumem o peso mais considerável, sendo referidos por 41% destes utilizadores. Tal indícia uma crescente aproximação dos medicamentos/produtos naturais à forma material do fármaco e, por essa via, às suas propriedades simbólicas (Van der Geest e White, 1989), que têm potenciado a expansão da farmacologização (Lopes, 2010b). Nessa medida, esta aproximação pode constituir-se enquanto fator que contribui para a disseminação cultural do natural enquanto solução terapêutica e para o seu consumo crescente. As questões de saúde a que se destinam os medicamentos/produtos naturais são muito variadas, das quais se destacam as afeções

gastrointestinais (15,6%) e o controlo de peso (15,1%), o que mostra a sua utilização quer em questões diretamente relacionadas com a doença, numa lógica de tratamento, quer nas que ultrapassam esse domínio e se estendem a formas de gestão da imagem corporal.

A análise do padrão sociodemográfico do consumo de medicamentos/produtos naturais (cf. Quadro 6.25) revela algumas semelhanças com o que já havíamos constatado relativamente ao recurso às MCA.

Quadro 6.25. Consumo de medicamentos/produtos terapêuticos: distribuição sociodemográfica (n=224) (%)*

Sexo**	
Homens	46,1
Mulheres	64,3
Idade***	
18-35	56,4
36-55	56,6
=>56	55,1
Escolaridade****	
<9º	39,7
9º-12º	53,9
Curso superior	66,2

* Percentagens relativas ao total de inquiridos em cada categoria.

** $p < 0,001$; *** $p = 0,970$; **** $p = 0,001$

Fonte: Inquérito "Medicamentos e Pluralismo Terapêutico", 2008, in Lopes, 2010:39.

A taxa de consumo da população feminina é superior à da masculina e verifica-se uma relação direta com o nível de escolaridade; quanto maior a qualificação escolar mais elevada é a percentagem dos que já consumiram produtos/medicamentos naturais. Em termos etários, o consumo apresenta-se transversal a todos os grupos geracionais.

Capítulo 7

O recurso às Medicinas Alternativas e Complementares: abordagem qualitativa de trajetórias terapêuticas

A análise empreendida ao longo do capítulo anterior, fundamentada em procedimentos metodológicos extensivos, designadamente o inquérito por questionário, permitiu a quantificação do recurso às medicinas complementares e alternativas (MCA), a deteção de regularidades em termos sociográficos e ainda a exploração dos padrões sociais de recurso.

A adoção de uma abordagem plurimetodológica, em que a uma fase extensiva de pesquisa se seguiu uma fase intensiva-qualitativa, com base em entrevistas, possibilitou complexificar o retrato quantitativo atrás traçado. As entrevistas, de carácter semidiretivo, realizadas a indivíduos de diferentes perfis sociais e com diferentes formas de recurso às MCA, ao privilegiarem uma abordagem centrada nas narrativas dos entrevistados, cujos discursos são produzidos a partir do seu próprio quadro de referência, tornam possível a reconstituição das lógicas que estruturam as práticas sociais relacionadas com esse recurso, devolvendo-lhes assim a sua contextualidade e complexidade.

O material empírico que é objeto de análise ao longo deste capítulo é constituído por 29 entrevistas semidiretivas realizadas no âmbito do projeto “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais”. Estas 29 entrevistas foram selecionadas de um conjunto de 75, pelo facto de os entrevistados terem recorrido e/ou recorrerem a medicinas complementares e alternativas, de forma mais esporádica ou mais regular. Foram entrevistados indivíduos de ambos os sexos, de diferentes grupos etários e com diferentes níveis de qualificação académica, quer em contexto urbano, quer em contexto rural. As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e julho de 2009⁵⁶. No total, as 29 entrevistas selecionadas para a presente pesquisa (23 em Lisboa e 6 na Guarda) corresponderam a 35 horas. Em média, cada entrevista teve a duração de 1h12min.

Uma vez que o guião de entrevista não incluiu uma secção específica dedicada ao recurso às MCA⁵⁷, a análise de conteúdo das entrevistas passou, antes de mais, pela identificação das referências a esse recurso, que surgiram em momentos muito diversos dos discursos. A sua contextualização concretizou-se na construção das dimensões centrais que orientaram a análise de conteúdo, designadamente: as terapias utilizadas, as finalidades associadas ao recurso, a avaliação dos resultados e a relação com a medicina convencional. A análise não se esgotou, porém, nestas dimensões, tendo ainda outras complementares, que remetem para os consumos medicamentosos e para o que podemos

⁵⁶ Para uma explicitação das opções metodológicas relativamente às entrevistas, ver Rodrigues, 2010.

⁵⁷ Ver Guião de Entrevista em anexo (Anexo B).

designar de forma genérica como orientações e investimentos de saúde. Culminou na construção de uma tipologia de *modos de relação com as MCA*.

Se a diversidade no recurso às MCA foi já um traço amplamente referido na análise dos dados extensivos efetuada no capítulo anterior, no presente procura-se explorar de forma intensiva essa diversidade. Importa, pois, analisar o modo como o recurso às MCA se inscreve nas trajetórias de saúde e de doença dos indivíduos, situando-o no quadro mais vasto de consumos terapêuticos, de modo a verificar como a pluralidade de recursos terapêuticos disponíveis se articula e se conjuga nas práticas dos indivíduos, bem como nas lógicas e racionalidades que lhes estão subjacentes. Nas sociedades ocidentais, o lugar que as MCA ocupam no quadro dessas trajetórias não pode deixar de ser visto à luz do estatuto hegemónico da medicina convencional. Identificamos, assim, diversos *modos de relação com as MCA*, categoria mobilizada para dar conta do modo como as MCA e a medicina convencional se articulam (ou se excluem) nas trajetórias terapêuticas.

7.1. Reflexões metodológicas sobre a análise das trajetórias terapêuticas

Como referido, as entrevistas realizadas não se centram exclusivamente no recurso às MCA, focando, de forma abrangente, as trajetórias e consumos terapêuticos dos indivíduos, mas também, e sobretudo, as lógicas e racionalidades subjacentes ao que podemos genericamente designar por práticas de saúde e de doença dos indivíduos. Consequentemente, a informação recolhida apresenta potencialidades, mas também limitações que importa desde já explicitar. Por um lado, tem a vantagem de não isolar artificialmente o recurso às MCA, como tem acontecido em algumas pesquisas sobre a matéria, mas de o situar num quadro mais vasto de práticas e consumos, permitindo verificar como a pluralidade de recursos terapêuticos disponíveis se conjuga – material e simbolicamente - nas trajetórias terapêuticas. Mas, por outro lado, em algumas entrevistas, verificou-se alguma dificuldade em encontrar espaço para explorar, de forma aprofundada, as experiências com as MCA.

A noção de trajetórias terapêuticas revelou já a sua heurística em pesquisas focadas no consumo de medicamentos e outros produtos terapêuticos (Lopes, 2010b), permitindo explorar o modo como os indivíduos articulam, ao longo das suas trajetórias individuais, práticas de consumo de recursos de diferente natureza. No presente caso inscreve-se numa abordagem que privilegia a contextualidade do recurso às MCA, isto é, a sua inscrição num espaço e num tempo em que se desenrolam as experiências de doença – ou de promoção/manutenção da saúde e prevenção da doença – e as respetivas escolhas terapêuticas. Como referem Cant e Sharma (1999), os relatos da consulta de um terapeuta de MCA tornam-se muitas vezes parte de uma *narrativa de doença*, na aceção de Kleinman

(1988). Retomamos a clássica distinção do autor entre *disease* (doença-patologia) e *illness* (doença-mal estar). A primeira corresponde à “doença do médico”, ao processo patológico que se passa nos órgãos ou no seu funcionamento, que a medicina procura diagnosticar e curar. A segunda é a “doença do doente”, o mal-estar tal como ele é percebido e experienciado pelo próprio indivíduo e pelos que o rodeiam, ou seja, a experiência subjetiva da doença, a “doença vivida” (a nível físico, psicológico e interpessoal). *Illness* é, pois, a doença narrada, que emerge em algumas das entrevistas realizadas.

Além disso, à noção de trajetórias terapêuticas que aqui mobilizamos está subjacente o reconhecimento de uma reflexividade dos indivíduos, tal como Carapineiro (2001) a explorou nos itinerários percorridos pelos doentes no sistema de saúde. Como a autora refere,

as trajetórias desenhadas, parecendo ser erráticas, caóticas, desorganizadas e disfuncionais, estão plenas de invenção social, pois nelas são forjadas novas e inovadoras formas de articulação, adaptadas à melhor e mais rápida resolução dos problemas de saúde dos indivíduos, entre centros de saúde, hospitais, consultórios privados de medicina, por vezes habilmente combinadas com as medicinas à margem do sistema oficial, criando e recriando recursos estratégicos de acesso a bens e serviços de saúde (Carapineiro, 2001: 346).

A reconstituição das trajetórias é, necessariamente, captada através dos discursos dos entrevistados e, nessa medida, resulta de um processo de reconstrução de práticas e de atribuições de sentido por parte do indivíduo enquanto se narra – em particular na dimensão da sua vida que remete para a saúde e a doença – ao longo da situação de entrevista. Esta constatação tem implicações no modo como se analisam os processos de decisão de recurso às MCA, cujos relatos são eventualmente contaminados pelos resultados alcançados com as respetivas terapêuticas.

Por fim, as trajetórias terapêuticas são sempre e necessariamente inacabadas. Primeiro, de forma mais evidente, porque são captadas num momento preciso do curso de vida dos indivíduos. Segundo, porque é expectável que estas vão sendo moldadas em função das várias fases do ciclo de vida, das experiências de doença (diretas ou indiretas) e também em função do tipo de recurso terapêutico (e respetivos resultados) que vão sendo utilizados.

7.2. Práticas e discursos de recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: uma abordagem panorâmica

Caracterização sociodemográfica dos entrevistados

A análise que a seguir se desenvolve toma como objeto empírico um conjunto de 29 indivíduos que, de formas muito variadas, recorreram, ao longo das suas trajetórias, a terapias inscritas nas MCA. O quadro seguinte mostra o perfil sociodemográfico dos entrevistados⁵⁸. A distribuição é, em parte, coincidente com a traçada para os resultados do inquérito (cf. capítulo 6, ponto. 6.3): a prevalência das mulheres, dos que têm idades a partir dos 40 anos e dos que residem em contexto urbano. Note-se que, no caso da escolaridade, entre os entrevistados há uma sobre-representação daqueles que possuem qualificações escolares mais elevadas face ao que se verificara no inquérito⁵⁹. O mesmo acontece relativamente à incidência de doença crónica⁶⁰.

Quadro 7.1. Caracterização sociodemográfica dos entrevistados (n=29)

Sexo	
Feminino	18
Masculino	11
Grupo etário	
25-39 anos	6
40-54 anos	13
>=55 anos	10
Nível de escolaridade	
Inferior ao 9º ano	2
9º – 12º ano	9
Curso superior	18
Contexto geográfico	
Lisboa	23
Guarda	6
Doença crónica	
Sim	20
Não	9

Fonte: Projeto “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2009.

⁵⁸ Para uma caracterização sociodemográfica de cada entrevistado, veja-se o Anexo C.

⁵⁹ Importa lembrar que a seleção dos entrevistados não foi efetuada tendo como critério a existência ou ausência de recurso às MCA. A sobre-representação de entrevistados com curso superior verifica-se no total das 75 entrevistas realizadas no âmbito do projeto, e está associada a uma maior disponibilidade face à solicitação da entrevista manifestada pelos indivíduos com qualificações escolares mais elevadas. Porém, é ainda mais expressiva nos 29 que recorreram às MCA, o que indica uma tendência de relação entre as duas variáveis, já referida a propósito da análise dos dados extensivos (cf. capítulo 6, ponto 6.3).

⁶⁰ Esta diferença é igualmente atribuível ao processo de aceitação da realização da entrevista acima mencionado, isto é, aqueles que se vêm confrontados com a necessidade de gerir situações de doença crónica estão necessariamente mais implicados nas questões da saúde e da doença, com eventuais consequências numa reflexividade que se aceita partilhar com os investigadores.

Terapias e finalidades de recurso

Entre os entrevistados, o recurso às MCA tende a concentrar-se no leque das terapias que gozam de maior visibilidade e legitimidade social em Portugal, designadamente a homeopatia e a acupunctura, em primeiro lugar, seguidas da naturopatia e da osteopatia (cf. Quadro 7.2). Um número mais restrito de entrevistados recorreu ainda a outras terapias, tais como o reiki, a massagem ayurvédica ou os Florais de Bach⁶¹.

Quadro 7.2. Terapias usadas (n=29)

Homeopatia	14
Acupunctura	13
Naturopatia	6
Osteopatia	3
Reiki	3
Medicina tradicional chinesa	2
Massagem ayurvédica	2
Quiropráxia	2
Fitoterapia	2
Florais de Bach	2
Outras terapias (moxabustão, massagens, não especificadas)	4

Fonte: Projeto “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2009.

O facto de contarmos 53 referências a terapias em 29 entrevistados é indicador de um recurso tendencialmente plural, isto é, uma boa parte dos entrevistados (15) recorre/eu a mais do que uma terapia, em combinações variáveis em diferentes planos. Esse recurso ocorre quer para o mesmo problema de saúde ou finalidade terapêutica, quer para diferentes problemas ou finalidades; numa lógica simultânea ou sequencial; limitado a um terapeuta que pratica várias terapias ou distribuído por mais do que um terapeuta.

Como referimos a propósito da dificuldade de delimitar fronteiras entre as várias terapias, designadamente ao nível da atividade profissional dos terapeutas, é relativamente comum que os terapeutas não restrinjam a sua prática a uma única terapia. Nestas situações, os indivíduos, mais do que recorrerem a uma terapia, recorrem a um terapeuta, integrando de forma sincrética no seu regime terapêutico recursos que podem ter origem em terapias com filosofias e princípios de atuação diversos.

⁶¹ Os Florais de Bach são extratos líquidos naturais e altamente diluídos, que se destinam ao equilíbrio dos problemas emocionais.

Em consonância com os resultados de outras pesquisas (Sharma, 1996; Frank e Stolberg, 2002; Cant, 2005; Badone, 2008), as redes de sociabilidade constituem, para a maioria dos entrevistados, a primeira fonte de informação para o recurso às MCA, traduzindo-se em recomendações por parte de familiares, amigos ou colegas de trabalho que direta ou indiretamente tiveram experiências positivas com estas medicinas. As redes de sociabilidade funcionam, assim, como plataforma de acesso aos primeiros contactos com as MCA, ou seja, a *referência leiga* – “fontes de informação interpessoais, de proximidade, não especializadas” – (Clamote, 2010: 114) assume o papel de fonte privilegiada no acesso à informação sobre os terapeutas. São exceções os casos de recurso através de *fontes difusas* – “canais mediatos, de difusão e modulação de informação originariamente de outras fontes, sem vínculo necessariamente fechado ou explícito aos seus universos institucionais e sociais de saúde” – (Clamote, 2010: 114), designadamente dois entrevistados que tomaram conhecimento de um acupunctur através da televisão e da pesquisa na internet.

As histórias do recurso por parte de quem recomenda (ou por estes narradas a propósito de outros) correspondem muitas vezes a histórias de sucesso inesperadas, ou seja, a problemas de saúde de grande gravidade a que as MCA conseguiram dar resposta.

“Como é que tive conhecimento? Por intermédio de uma colega minha que estava a falecer quase, já havia um ano que estava doente, doente, doente. Ia aos hospitais, ia a todos os médicos, não tinha nada, não tinha nada. Não lhe descobriam nada. Ela já estava com o osso e a pele. Era uma rapariga que já só desmaiava, sentia-se muito mal, não sabia o que é que tinha. Foi lá a este médico que indicaram, em desespero de causa, completamente. Foi pela iridologia que ele viu o que ela tinha, que era um problema numa mama. (...). Mas já era grave e sei que era numa mama. Que eu me lembre, já não sei o que era, já não sei o que era. E ele disse ‘olhe, isto não está nas minhas mãos e, portanto, vai fazer o seguinte, vai a um hospital, a uma urgência e diz-lhe que dói...’ e ele mostrou o sítio, ‘e diz-lhe que dói aqui, nem que não doa, diga-lhe que dói muito, muito, muito’. E a ela não lhe doía ali. Eles foram ver onde ela disse e ela já não saiu do hospital. Foi logo operada. O que era, para lhe dizer, já lá vão muitos anos e não me recordo. E ficou ótima, logo a seguir. Perante isto, aquele médico (naturopta, homeopata e osteopata) passou na empresa... eu vou-lhe dizer onde é que eu trabalhava, a última empresa, era a.... Bem, uma empresa grande, aquilo foi assim o médico de todos. A partir daí...”

(mulher, 64 anos, curso superior, E19L⁶²)

⁶² As entrevistas realizadas na Guarda foram numeradas de 1 a 6 e as realizadas em Lisboa de 1 a 23, segundo a ordem cronológica com que foram realizadas. Os excertos são identificados com essa numeração e a letra correspondente ao local.

“A minha mãe morreu com cancro e o meu pai também, por acaso. Mas a minha mãe seguia a medicina tradicional, depois quimioterapia e isso tudo, a partir do momento em que começou a fazer quimioterapia, começou a ser também acompanhada por um homeopata. [Por opção dela?] Por opção dela. E eu constatei, os médicos tinham diagnosticado um mês de vida e a minha mãe durou dois anos e meio com qualidade. Portanto, talvez também possa ter sido isso que me tenha levado a dar esse passo, percebe?”

(mulher, 52 anos, 9º ano, E21L)

A maioria dos entrevistados recorre/recorreu às MCA com a finalidade de tratamento de problemas de saúde, sobretudo físicos, mas também de cariz psicológico (cf. Quadro 7.3). Entre os primeiros incluem-se doenças com diversos graus de gravidade e impactos no quotidiano dos indivíduos bastante variadas, nomeadamente: fadiga, dores na coluna, hérnias, dores ósseas ou musculares, problemas gastrointestinais, quistos nos ovários, nódulos no peito, psoríase, queda do cabelo, lipoma, úlcera no estômago, fibromialgia (dores), doença do sistema imunitário, tumor na próstata, deficiência no fígado e diabetes. Face a estes problemas, se em algumas situações as expectativas em torno das MCA remetem para a possibilidade de tratamento da doença, em outros casos o objetivo principal é a diminuição dos sintomas que elas provocam, designadamente o desconforto. Efetivamente, o recurso para controlo da dor assume um importante significado entre os entrevistados e encontra-se sobretudo associado a terapias manipulativas, isto é, aquelas que implicam uma intervenção do terapeuta no corpo do doente, como é o caso da acupunctura, da osteopatia ou da quiropráxia.

Quadro 7.3. Finalidades associadas à utilização das MCA (n=29)

Tratamento	25
Problemas físicos	18
Problemas psicológicos	10
dos quais, são <u>doenças crónicas</u>	10
Prevenção	4
Estéticas	7
Bem estar geral	4

Fonte: Entrevistas “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2009.

Nas questões de saúde de carácter psicológico incluem-se problemas de ansiedade, insónias, esgotamentos e tensões nervosas e depressões. Trata-se igualmente de problemas de gravidade variável, alguns deles situados na fronteira entre doença/não-doença, como é o caso da insónia ou da ansiedade. Para estas situações, as terapias predominantes são a acupunctura, a homeopatia e a naturopatia. No caso das duas últimas,

a consulta dos terapeutas resulta na maior parte das vezes na prescrição de medicamentos homeopáticos ou outros produtos terapêuticos naturais.

Uma parte considerável dos problemas de saúde referidos, quer físicos, quer psicológicos, correspondem a doenças crónicas, o que revela o papel das MCA na gestão terapêutica destas doenças.

Embora o tratamento constitua a finalidade dominante do recurso às MCA, no que se aproximam aliás da medicina convencional, não se esgota aí. No domínio das finalidades diretamente enquadradas na saúde, as MCA parecem estar a entrar progressivamente no terreno da prevenção da doença, correspondendo assim às expectativas e imperativos sociais que a ideologia da prevenção nas sociedades contemporâneas tem vindo a disseminar (Lupton, 1995). A utilização das MCA numa lógica preventiva inclui duas vertentes: a vacinação contra a gripe, através de medicamentos homeopáticos; e a vigilância dos indicadores de saúde/doença efetuada por terapeutas das MCA, quer através de instrumentos heterodoxos de monitorização (ex. iridologia), quer através do recurso às ferramentas de vigilância próprias da medicina convencional recomendadas pelos terapeutas (ex. análises ao sangue ou radiografias). Nestes casos, que no conjunto dos entrevistados são em número bastante reduzido, os terapeutas de MCA desempenham um papel equivalente ao de médico de família, com “consultas de rotina” regulares destinadas ao controlo do estado de saúde dos indivíduos.

“Portanto, à homeopatia recorro quando eu preciso de... imagine que na medicina tradicional, o que é que eu preciso? de exames e a minha médica homeopata também mos passa e, portanto, eu para os fazer tenho que ir sempre à ‘Caixa’ não é? Portanto recorro à médica. Depois a minha, a homeopata é que me prescreve os medicamentos, porque recorro mais a medicamentos homeopáticos do que aos tradicionais.”

(mulher, 50 anos, curso superior, E23L)

As finalidades do recurso às MCA excedem o domínio da saúde no seu sentido mais estrito; 11 entrevistados recorrem/recorreram com finalidades estéticas ou de bem estar. No domínio da estética, os objetivos concentram-se na melhoria da imagem corporal, essencialmente a perda de peso, o emagrecimento ou o combate à celulite. Trata-se de um campo claramente dominado pela acupuntura, embora haja uma ou outra referência a medicamentos homeopáticos para diminuir o apetite. No caso do bem estar, entendido, na aceção de Sointu (2006a), como o alcance de um contentamento, realização e harmonia “natural”, incluímos os entrevistados que referem procurar as MCA para “relaxar” ou “lidar com o stress” do quotidiano. O recurso para estas finalidades é por vezes consequência da perceção destes efeitos não esperados, mas positivos – os “benefícios derivados” (Baarts e Pedersen, 2009) – em situações em que a procura inicial foi ditada por objetivos estritamente terapêuticos.

“Sim, e eu relaxo. Eu relaxo, porque... realmente aquelas coisas levam a que... relaxemos um pouco o nosso corpo, nós vimos de uma acupunctura, conseguimos vir um pouco mais tranquilas.”

(mulher, 53 anos, 9º ano, E6G)

“De certa forma ir ter com a minha terapeuta (acupunctura) funciona um bocadinho como uma psicoterapia já, sem ser propriamente necessária, mas que é um momento em que eu falo com alguém que não me conhece assim tão bem (...) acaba por ser uma pessoa ouvinte, muito ouvinte também que me dá bons conselhos, que tem uma energia muito boa, portanto que também me transmite uma energia muito boa.”

(mulher, 33 anos, curso superior, E18L)

As sobreposições de diferentes finalidades no mesmo indivíduo são relativamente comuns. Encontramos várias situações de trajetórias de recurso que se iniciam pela busca de soluções para uma questão e que se desenrolam pelo alargamento a questões associadas a outras finalidades. Os exemplos que se seguem demonstram como a procura com finalidades estéticas – emagrecimento – se estendeu ao recurso para finalidades de tratamento de diferentes tipos de problemas de saúde. Estas trajetórias estão alicerçadas numa perceção bastante positiva dos resultados com a experiência inicial, alimentando assim expectativas de eficácia relativamente a outras finalidades.

“Descobri um quisto numa dessas tais ecografias de rotina. Mas pronto, a acupunctura fez-me diminuir o quisto. Está a ver? Porque é que eu não hei-de acreditar? (...) Eu fui fazer a acupunctura por causa aqui da gordura localizada e... claro, a gente diz o que é que tem... ‘ó sr. Dr., sabe o que eu tenho? Tenho um quisto’ ‘ai é? Então, ó Carla⁶³, sabe quanto mede?’ ‘sei, tenho lá a última ecografia, de dia 5 não sei quê’. Agora quando fui à consulta, foi uma coisa que eu já nem me lembrava. Sou um bocado desparrada e o médico, eu ia a passar, ia a marcar a cirurgia, já ia preparada. E ele diz ‘ó sra. D. Carla, como é que a sra. está?’ porque eu dizia ‘ah, estou com muita barriga por causa do quisto. Ai, estou com muita barriga, pois, é o meu quisto’. Quando ele disse que diminuiu muito. Foi a acupunctura.”

(mulher, 49 anos, curso superior, E1G)

“(sobre o motivo de recurso à acupunctura) Hmm... bom, eu para mim é um problema, é mesmo a nível de celulite. Eu tenho mesmo, acho que é uma celulite chamada hereditária, e é assim, eu como faço muito exercício físico, ela está toda entranhada nos músculos (...) e neste momento com a acupunctura noto uma evolução tremenda”

“(para regular os intestinos) Não, não tomo medicamentos. Tomo uma mezinha, como costume dizer, um copo de água morna com duas ou três gotas de limão. E tenho andado impecável (...) Eu faço acupunctura e, então, foi a doutora da acupunctura que me aconselhou, pronto, para me ajudar um pouco e tenho andado impecável. Resultou.”

⁶³ De modo a preservar o anonimato dos entrevistados, os nomes apresentados nos excertos das entrevistas não correspondem aos nomes reais.

“[No caso desse calmante (medicamento natural) que tomou no ano passado, quem que é que lhe indicou esse medicamento?] Foi a doutora da acupuntura também. Foi ela que me indicou, porque ela viu que eu estava bastante ansiosa (...) Claro que demora mais tempo, mas deu o efeito desejado (...) a nível de regular o sono e de acalmar a ansiedade.”

(mulher, 28 anos, curso superior, E3G)

A existência de finalidades múltiplas também pode ter origem nas concepções sobre saúde, doença e corpo que sustentam os modos de atuação das terapias. Um dos traços destas concepções que vem sendo reclamado por algumas das terapias é o holismo, isto é, o entendimento de que o corpo e a mente são um sistema unificado (Andrews, Evans e McAlister, 2013), o que se concretiza numa abordagem terapêutica que não pode limitar-se à intervenção sobre os sintomas e sobre as partes do corpo em que estes se fazem sentir, como o excerto seguinte ilustra.

“E houve uma altura que eu consultei essa naturopata, que também se estava a formar em homeopatia. E ela, na altura... para os homeopatas uma coisa não está... as coisas não estão isoladas. Portanto, associar um intestino que funciona mal ou que funciona deficientemente, muitas vezes há um sistema nervoso que também está muito alterado, há uma ansiedade que também tem que ser tratada, há... sei lá, se calhar uma tristeza de fundo que está por trás dessa ansiedade e dessas coisas todas e, portanto, os homeopatas muitas vezes recomendam várias coisas em simultâneo. E ela recomendou-me de facto várias coisas, observando-me, e uma delas foi o Aero-OM Biótico. Mas, por exemplo, também tomei Florais de Bach, também tomei. [e isso é para?] Os Florais de Bach são gotas extraídas das essências das plantas e que, supostamente, são remédios emocionais. Mas eu acho que aí é mais... eu aí tenho algumas dúvidas, acho que é mais a pessoa se sentir... como é que se diz? Um placebo. Eu acho que é mais um placebo, a pessoa está a tomar e está a sentir que está a tratar a sua emoção e, logo aí, já está a desfazer metade do problema. Logo, pelo simples facto de ter consciência que está a tratá-lo, que está a cuidar de si, que está... logo aí já desfaz metade. E depois as gotinhas, eventualmente, fazem qualquer coisa, mas não...”

(mulher, 33 anos, curso superior, E18L)

Avaliação dos resultados

Tal como outras pesquisas têm concluído (por exemplo, Sointu, 2006a; Baarts e Pedersen, 2009; Broom, 2009), a maioria dos indivíduos que têm experiências de recurso às MCA avaliam os seus resultados de forma bastante positiva. No conjunto dos entrevistados apenas seis relatam episódios de insatisfação, que se verifica essencialmente a dois níveis: ao nível da eficácia das terapêuticas propriamente dita ou ao nível da não comodidade do recurso às respetivas terapêuticas. É o caso, por exemplo, dos medicamentos homeopáticos, que, dadas as exigências subjacentes à toma (contagem de gotas, várias vezes ao dia, etc.), contrariam uma das propriedades socioculturais dos fármacos – a ergonomia social (Van der Geest e Whyte, 1989) – desincentivando o seu consumo.

As avaliações negativas repercutem-se nas escolhas terapêuticas subsequentes, culminando no abandono do recurso e desincentivando experiências futuras, mesmo que para outras questões de saúde. As trajetórias terapêuticas caracterizadas por casos de insatisfação com as MCA, em que o recurso constitui um desvio accidental à norma do recurso à medicina convencional, são bem reveladoras de como a percepção da eficácia assume diferentes significados consoante se trate dos resultados da medicina convencional ou dos resultados das MCA. Não dispondo as últimas de instrumentos de medição da eficácia cientificamente comprovados (como já amplamente desenvolvido no capítulo 2.3.), enfrentam maiores exigências quando submetidas ao crivo da *eficácia sentida* (Connor, 2004). A eficácia de uma e outras é, pois, objeto de uma avaliação diferenciada, com “dois pesos e duas medidas”. Essa diferenciação estende-se ao desfecho que advém de uma avaliação negativa: nas MCA fica comprometida a continuidade do recurso; na medicina convencional é muito pouco provável que uma experiência de ineficácia conduza ao seu abandono. Aliás, como veremos mais à frente, mesmo nas situações em que os indivíduos apresentam trajetórias terapêuticas pautadas por uma diminuição do recurso à medicina convencional, esta só ocorre após episódios recorrentes ou períodos relativamente longos de insatisfação com os resultados desta medicina.

Orientações e investimentos de saúde

Além das dimensões analíticas que remetem diretamente para o recurso às MCA, debruçámo-nos ainda sobre as orientações face à saúde e sobre as lógicas de investimentos de saúde conforme expressas pelos entrevistados⁶⁴. Esta informação foi obtida através de questões específicas no guião de entrevista⁶⁵, mas não se esgota nos discursos produzidos pelos indivíduos suscitados pelas interpelações diretas dos entrevistadores sobre esses temas, tendo emergido em diferentes momentos da entrevista.

A grelha que se segue contém as categorias analíticas construídas para classificar os posicionamentos e práticas dos entrevistados face à saúde e à doença, bem como o significado de cada categoria.

⁶⁴ Retomamos, sintetizando-a e aplicando-a apenas aos utilizadores das MCA, uma anterior reflexão mais alargada sobre estas questões, publicada em Pegado, 2010: 239-255.

⁶⁵ Cf. Anexo B, Guião de Entrevista, pontos 15. “Considera ser uma pessoa cuidadosa com a sua saúde?” e 16. “Considera que as doenças são preveníveis?”

Quadro 7.4. Orientações e investimentos de saúde: categorias analíticas

Orientações face à saúde	
Ativismo preventivo	Possibilidade de prevenir as doenças, responsabilização individual.
Ativismo corretivo	Possibilidade de retardar o aparecimento de doenças e/ou de minorar os seus efeitos, responsabilização individual.
Fatalismo endógeno	Inevitabilidade das doenças; identificação de causas intrínsecas (hereditariedade, genética, idade/desgaste do corpo).
Fatalismo exógeno	Inevitabilidade das doenças; identificação de causas externas aos indivíduos (o destino, Deus, o ambiente, a aleatoriedade).
Alheamento	Ausência de orientações substantivas face à saúde.
Lógicas de investimentos de saúde	
Prevenção higienista	Estilos de vida saudáveis (alimentação, exercício físico, repouso, “ter uma vida tranquila”, privação de excessos, contacto com a natureza, etc.).
Prevenção medicalizada	Consultas e exames médicos regulares para controlar o estado de saúde.
Prevenção terapêutica natural	Consumo de produtos naturais com fins de prevenção.
Monitorização da doença	Investimentos de saúde autónomos (de carácter higienista) ou medicamente tutelados para gestão de situações de doença.
Ausência de investimentos	Por crenças de imunidade do corpo ou por lógicas hedonistas.

A análise das entrevistas revelou um leque de orientações face à saúde que permite ir além da classificação dualista entre orientações ativistas e fatalistas, que, numa abordagem quantitativa, foram identificadas (cf. capítulo 6, ponto 6.4). A complexidade da relação entre as duas orientações está bem patente nos discursos dos entrevistados. Se, para efeitos analíticos e comparativos se optou pela atribuição de uma única modalidade de orientações a cada entrevistado, a partir da identificação daquela que se revelou como prevalecente no quadro global de cada entrevista – numa lógica de ideal-tipo –, a verdade é que, na maior parte dos casos, os indivíduos combinam, de formas diferenciadas, orientações que remetem para a responsabilização individual e a possibilidade de prevenir doenças com orientações em que as doenças são atribuídas a fatores que os indivíduos são incapazes de controlar. É recorrente a coexistência de discursos aparentemente antagónicos; ou seja, não há um ativismo e um fatalismo em estado puro.

De qualquer modo, os dados mostram, inequivocamente, a prevalência do ativismo (20 entrevistados) (cf. Quadro 7.5). Além disso, este ativismo tem uma maior expressão na sua versão mais ambicionada, a do *ativismo preventivo* (15), aquele que, na terminologia de Lupton (1995), corresponde ao primeiro e ideologicamente mais valorizado nível de prevenção: a prevenção primária. É, aliás, neste nível que, como se referiu no ponto 3.1, a nova saúde pública e as estratégias de promoção da saúde focam a sua atenção, produzindo, nos mais variados contextos e locais e envolvendo os mais diversos atores, discursos direcionados para as populações em massa.

Quadro 7.5. Orientações face à saúde

Ativismo preventivo	15
Ativismo corretivo	5
Fatalismo exógeno	5
Fatalismo endógeno	3
Sem informação	1
Total	29

Fonte: Projeto “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2009.

Os excertos abaixo ilustram a orientação de *ativismo preventivo* e permitem dar conta da sua complexidade a dois níveis. O primeiro nível remete para as causalidades múltiplas atribuídas às doenças, a que corresponde igualmente uma multiplicidade de estratégias que os indivíduos podem desenvolver para as evitar. O segundo é a ausência de discursos que, de forma substantiva, contenham exclusivamente proposições identificáveis com o ativismo.

“As doenças? Nós podemos prevenir. Se tivéssemos cuidado, há muitas coisas que nós podemos fazer... por exemplo de ano a ano, podemos fazer exames, podemos controlar, mas as doenças mesmo assim podem surgir, quantas vezes. No entanto, podemos prevenir neste aspecto, mas também não podemos estar a fazer todos os dias exames, não é? Mas pronto, regularmente podemos fazê-lo apesar das doenças poderem aparecer. No entanto, será mais fácil controlar as doenças quando surgem, se fizermos normalmente exames, não é, e se no próximo exame aparecer algum problema, acho que poderá ser mais fácil controlá-lo.”

(mulher, 59 anos, curso superior, E2G)

“Acho que hoje em dia já há coisas que nós podemos evitar fazer, para não termos as consequências dessas coisas, dessas mesmas atitudes no futuro. [*Quanto é que nós podemos prevenir? Podemos prevenir tudo no futuro?*] Tudo não. Eu tive essa experiência, infelizmente. [*Mas essa é uma situação muito específica de uma situação degenerativa. Doenças não degenerativas?*] Acho que podemos prevenir muita coisa. Podemos prevenir problemas de estômago, podemos prevenir problemas de intestinos, podemos prevenir problemas de cancro, se bem que este é um daqueles mistérios, conheço pessoas que tinham vidas saudáveis, completamente saudáveis, não fumavam, nada e tiveram esse problema... que não eram obesas, nada, e que tiveram. Isso acho que está um bocadinho fora do nosso controlo. Mas acho que há coisas que os estudos médicos provam que se nós fizermos contribuímos para o avanço delas. Fumar, não fazer desporto, comer gorduras, sal exagerado. Por exemplo, outros problemas, problemas de hipertensão, que acho que era outro problema que nós devíamos evitar. Esse tipo de problemas, nós conseguimos prolongar o nosso bem estar e a longevidade ao longo do tempo.”

(homem, 42 anos, curso superior, E16L)

As orientações de pendor ativista no que se refere à prevenção das doenças contemplam a valorização de diferentes estratégias de ação por parte dos indivíduos. A noção de estilos de

vida para fazer referência às práticas valorizadas para prevenir as doenças surge com alguma frequência nos discursos dos entrevistados, sobretudo entre os mais escolarizados. Esta noção engloba aquilo que no discurso público sobre promoção da saúde é designado por “comportamentos relacionados com a saúde” e que, como já referido, constitui indicador do nível de risco dos indivíduos. A alimentação, a atividade física e o tabaco constituem a tríade com mais expressão nas entrevistas, complementada, em alguns casos, pelo repouso. Mas, para além deste tipo de práticas, cuja iniciativa é remetida para os próprios indivíduos, a prevenção é entendida também numa perspetiva de vigilância pericial, como é o caso dos exames médicos para controlar o estado de saúde.

Subjacente a esta orientação, encontra-se uma lógica de hierarquização das doenças, em função da sua inevitabilidade, construída a partir das experiências pessoais ou da familiaridade com situações ocorridas nas redes de sociabilidade dos indivíduos. O segundo excerto atrás transcrito mostra como o cancro parece assumir um lugar de charneira no binómio ativismo-fatalismo. Simbolicamente, é investido de um valor que o coloca acima do controlo individual e como uma prova da falibilidade do organismo. Assim, é invocado pelos entrevistados ora para referir práticas que o podem evitar (o não fumar, a alimentação saudável ou mesmo a exposição moderada ao sol), ora para contrabalançar a eficácia dessas práticas, argumentos que em alguns casos se combinam no mesmo entrevistado. A invocação deste tipo de episódios de doença, que contrariam a imunidade daqueles que adotam estilos de vida saudáveis, não significa a adesão a uma orientação fatalista, mas o reconhecimento de que, por mais controlo que se tenha sobre a própria saúde, há sempre um “terreno de incerteza” (Chrysanthou, 2002: 473). A doença é, nestes casos, perspetivada como uma “traição” (Lupton, 1995), uma injustiça face aos esforços, ou mesmo sacrifícios, que os indivíduos se dispuseram a fazer. Outro tipo de doenças é mais diretamente relacionado com escolhas nos estilos de vida, havendo referências recorrentes a problemas de saúde como o colesterol, a diabetes ou os problemas do aparelho digestivo, para dar alguns exemplos.

Enquanto o ativismo preventivo corresponde à ideia de que as doenças (em geral ou uma boa parte delas) podem ser prevenidas através da adoção, por parte dos indivíduos, de determinadas práticas que, como verificámos, podem ser de índole diversa, o *ativismo corretivo*, continuando a atribuir um forte protagonismo aos indivíduos, direciona-o, porém, para o retardamento de doenças que são inevitáveis – geralmente atribuídas a fatores genéticos ou à hereditariedade -, ou para a atenuação das suas consequências. Os excertos de entrevistas que se seguem contêm discursos que remetem para esta orientação.

[(...) *doenças são preveníveis?*] Há certas doenças que não. Há doenças que são hereditárias e que têm mesmo de acontecer, acabam por acontecer. [*Não há nada a fazer?*] Eu acho que não. Podem é... como é que eu hei-de dizer? Podem é ser mais graves ou menos graves.

[*Consoante a prática da própria pessoa?*] Exatamente. Sim, penso que isso consegue-se minimamente... agora, por exemplo, há coisas que eu acho que são mesmo hereditárias. Não há ali um controlo que a pessoa não vá ter aquilo, porque acho que acaba por ter. Por isso, se calhar, por ter aquele exemplo que tenho em casa, e desde pequena ver aquilo tudo muito assim, faço imenso cuidado com a alimentação, faço imenso cuidado com muita coisa, porque daqui para amanhã... dizem que as filhas herdaram dos pais e os filhos das mães, dizem isso. E eu então para prevenir... [*Porque o seu pai tem aqueles problemas...*] Exatamente. Porque o meu pai, antes de lhe rebentar a veia na cabeça, já era considerado um doente crítico, com colesterol, diabetes, hipertenso, tudo! Neste momento ainda não tenho nada disso, mas... [*Acha que vai ter inevitavelmente?*] Não... [*Apesar de fazer este controlo com a alimentação?*] É assim, posso vir a ter diabetes, posso vir a ter colesterol, mas nunca... não acredito que seja com a mesma proporção que o meu pai. Porque eu faço muito cuidado e tenho muito cuidado... posso vir a ter, mas acho que é uma coisa muito controlada. Agora não quer dizer que não vá mesmo ter, porque não sei. A gente não sabe. Mas pelo que as pessoas dizem, há coisas que são hereditárias. Está bem, ele já herdou isso da minha avó e isso, provavelmente, vou herdar dele. Mas é assim, ele nunca fez cuidado.”

(mulher, 28 anos, curso superior, E3G)

“Digamos que, se nós soubermos que determinadas doenças são comuns na nossa família, algumas poderão ser evitadas. Designadamente se a pessoa sabe que tem antecedentes de colesterol ou antecedentes de hipertensão, tentará desviar-se do consumo de alimentos que poderão potenciar essas situações, não é? Mas, como digo, todos nós trazemos uma bomba relógio que nunca sabemos quando é que vai despoletar. Portanto, podemos ter cuidados, mas... é evidente que, por exemplo, fumar conduz a um risco bastante grande de cancro do pulmão. Se não fumarmos, supostamente, não iríamos ter cancro do pulmão. Também nos dizem que, muitas vezes, os fumadores passivos têm uma grande incidência de cancro no pulmão (risos). É esperar que não nos caia e que nos caia o mais tarde possível.”

(mulher, 42 anos, curso superior, E5L)

Cerca de um quarto das entrevistas foram classificadas em orientações de tipo fatalista no que respeita à possibilidade de os indivíduos prevenirem as doenças. O fatalismo – também enquanto ideal-tipo – inclui concepções de inevitabilidade da doença e, portanto, de impossibilidade de um controlo efetivo da saúde por parte dos indivíduos. No interior desta categoria, foram distinguidos dois tipos de orientações - fatalismo endógeno e fatalismo exógeno, tendo por base o critério da causalidade das doenças. No *fatalismo endógeno*, menos expressivo em termos quantitativos, inscrevem-se os discursos que identificam causas intrínsecas para as doenças, designadamente a hereditariedade, a genética ou o desgaste do corpo associado à idade. As doenças seriam, pois, causadas por fatores inerentes aos indivíduos, quer eles constituam características inatas que se manifestam mais cedo ou mais tarde, quer façam parte do processo de envelhecimento. Os excertos que se seguem ilustram estas concepções.

“Se calhar tenho tido sorte em termos de hereditariedade, realmente não tem havido assim nada de especial. Mas por exemplo a minha irmã então, ela está sempre a dizer: ‘Não sei o que é que se passa as doenças do pai e da mãe e dos avós vieram todas para mim’.”

(mulher, 42 anos, curso superior, E5G)

“[doenças são preveníveis?] Acho que não, sinceramente não. Acho que podemos prevenir certo tipo de coisas para não degradar a nossa saúde, agora prevenir por exemplo, a pessoa pode ter aparentado ser sempre saudável e aparecer um cancro. Há coisas que se calhar podem estar até geneticamente, está neles e a pessoa, não... A pessoa pode é ir fazer exames de rotina que possa tentar pelo menos diagnosticar uma coisa ainda precocemente, agora prevenir a doença, isso não.”

(homem, 33 anos, 12º ano, E17L)

“Agora o que me preocupa é... como dizia esse meu primo médico para a minha mãe ‘a senhora não está doente, está é velha’ (risos).”

(homem, 75 anos, curso superior, E7L)

No *fatalismo exógeno*, são identificadas causas externas, de forma esotérica ou material (por exemplo, Deus e o destino ou o ambiente), ou, mais recorrentemente, de forma difusa (a aleatoriedade inexplicável). Como os excertos seguintes demonstram, trata-se de discursos em que irrompem concepções leigas de sorte e aleatoriedade, que contrariam a validade e a eficácia dos estilos de vida saudáveis. Ao contrário das orientações ativistas, que consagram a capacidade de controlo individual, ainda que admitam a existência de um reduto de incontrolabilidade, no caso do fatalismo perpassa a ideia de que os indivíduos não têm possibilidade de controlar o aparecimento de doenças. O cancro volta a surgir nestes discursos como o símbolo da imprevisibilidade e da fatalidade. Efetivamente, a propósito desta doença, sistematicamente invocada pelos entrevistados, emergem “imagens sinistras”, que ultrapassam o seu estatuto de doença e a associam metaforicamente a um “mal, um predador invencível” (Sontag, 1978: 7).

“[Acha que se tem possibilidades de prevenir as doenças de uma maneira geral?] Acho que sim e acho que não. Por exemplo, eu tinha um bocado dessa ideia, mas há uns tempos morreu um amigo da minha mãe, que eu conhecia também e gostava bastante, que, para já, estava com um ótimo aspeto. Mas ele estava-se a sentir mal por qualquer razão e foi ao médico. Veio-se a descobrir que tinha um tumor gravíssimo. Um tumor letal... um cancro, não é? E aquilo foi... pronto, foi assim num instante. Nuns meses ele morreu. E esse tipo de situações deixam-me bastante medrosa.”

(mulher, 38 anos, curso superior, E2L)

“Se aparece um cancro qualquer que a gente, se calhar... daqueles súbitos, o que é que a pessoa pode fazer? Nada, não é?”

(mulher, 40 anos, 9º ano, E20L)

De que forma é que estas orientações se traduzem em práticas direcionadas para a promoção da saúde e a prevenção das doenças? Como é que essas práticas se organizam em lógicas de investimentos de saúde? As cinco categorias constituídas contemplam a diversidade de lógicas. Além de identificar a prevalecente em cada entrevistado, optou-se por considerar também, nos casos em que os investimentos não se limitavam a uma única

lógica, a que se designou por complementar, de modo a não perder uma parte da diversidade que foi possível encontrar nos mesmos indivíduos.

Como se pode observar (cf. Quadro 7.6), e em consonância com a prevalência de orientações de tipo ativista, os investimentos de saúde referidos pelos entrevistados assentam sobretudo em lógicas preventivas. No interior destas são muito expressivas a prevenção higienista e a prevenção medicalizada.

Quadro 7.6. Lógicas de investimentos em saúde

	Predominante	Complementar
Prevenção higienista	10	4
Prevenção medicalizada	6	5
Prevenção terapêutica natural	2	4
Monitorização da doença	6	1
Ausência de investimentos	5	1
Total	29	15

Fonte: Projeto “Medicamentos e Pluralismo Terapêutico”, 2009.

A *prevenção higienista* remete para um leque de práticas socialmente conotadas como saudáveis, referidas ora de forma isolada, ora como integrando de modo coerente os estilos de vida saudáveis. Esta categoria engloba consumos (alimentação, tabaco, álcool), atividades (exercício físico, repouso), mas também ambientes (por exemplo, contacto com a natureza). Em termos quantitativos, a alimentação ocupa indubitavelmente o lugar central nos discursos dos entrevistados classificados nesta categoria. Alguns desses discursos estão impregnados de uma moral que privilegia a disciplina e o autocontrolo individual, consubstanciada na autoimposição de determinadas privações (essencialmente alimentares) em nome dos benefícios para a saúde.

“Portanto, não fumo, deixei, bebidas alcoólicas é muito raro, não uso muito sal, porque de vez em quando tenho a tensão um bocadinho alta, portanto, passei a usar menos sal. Faço ginástica, agora não tenho feito tanta, mas normalmente faço ginástica com alguma regularidade. E ando. No Verão, por exemplo, ando 7 km por dia. Temos um grupo, portanto, porque faz bem andar.”

(mulher, 58 anos, curso superior, E4L)

“E pronto, e eu através da alimentação penso que muitas vezes temos certas doenças, isto é a minha ótica, a minha teoria, pronto, não sei se é certa, mas a minha teoria é que o nosso melhor medicamento é a alimentação, é a minha teoria. E se nós mais ou menos tivermos cuidado com o que comemos, embora a gente faça as nossas “patifarias” não é? Porque tem que ser o que a gente gosta, de vez em quando é impossível não o fazer, mas se nós mais ou menos comermos equilibradamente e formos equilibrados e levamos uma vida mais ou menos saudável, eu penso que a gente consegue equilibrar a saúde.”

(mulher, 50 anos, curso superior, E23L)

A prevenção higienista surge muitas vezes associada a uma lógica de *prevenção medicalizada*, isto é, concretizada na ida a consultas e realização de exames médicos para controlar o estado de saúde, como é visível no excerto seguinte.

“[(...) *cuidadoso com a saúde?*] Sim, acho que sim, acho que sim, no âmbito geral acho que sim, não fumo, não bebo, também não... tenho o mínimo cuidado com a alimentação, como fruta, como sopa, eu acho que sim. E vou ao médico, não estou por exemplo quatro anos ou cinco sem ir ao médico.”

(homem, 33 anos, 12ºano, E17L)

A lógica de *prevenção medicalizada* é identificável em cerca de um terço dos entrevistados (se contabilizarmos a lógica de investimentos de saúde prevalecte e também a complementar). Como já referido (cf. capítulo 3, ponto 3.1), os exames médicos e os rastreios têm vindo a assumir um peso crescente nas sociedades contemporâneas, como forma de diagnosticar as doenças nas suas fases iniciais, ou mesmo os estados que podem derivar em doenças (Lupton, 1995; Chrysanthou, 2002), A iniciativa de realização destes procedimentos deixa de caber exclusivamente aos médicos, estendendo-se à iniciativa leiga. O crescente contacto das populações com este tipo de vigilância propicia uma familiaridade social com os exames de diagnóstico, geradora de processos de requalificação leiga (*re-skilling*) (Giddens,1994), como ilustra o segundo excerto, na referência às competências de interpretação dos resultados das análises.

“Faço rastreios, não é? Quando nos pedem a cartinha lá vou fazer o rastreio... tenho cuidado com os dentes, há assim umas coisinhas, pronto. É principalmente com os dentes e com os rastreios ao peito e ao útero e de vez em quando vou ao médico para fazer umas analisizitas, assim de dois em dois anos ou assim, gosto de fazer.”

(mulher, 59 anos, curso superior, E2G)

“[E aqueles exames médicos, de rotina...] Sim, isso faço. [*Sempre?*] Faço, faço. Eu fiz um *check-up* há pouco tempo, há uns meses, fiz análises agora por causa da operação, fiz análises também... para aí de seis em seis meses, de três em três meses, depende um pouco, gosto de fazer análises assim... fazer nem que seja um raio-X, um exame ao Tórax, aquelas análises de rotina. [*E as consultas médicas, faz de uma forma regular?*] Sim. Vou ao médico de família ou isso. Ou a um determinado médico que eu vá, que eu tenha alguma confiança, por exemplo, o otorrino, se tiver alguma confiança com ele, não o fiz porque ele receitou as análises por causa da operação ao nariz. Mas... imaginemos que há cinco meses que não ia ao médico, ia ao neurologista, perguntava ao neurologista se não se importava de me passar análises. E o que é que eu faço, normalmente, com as análises? Vejo os níveis, se os níveis estiverem todos dentro do normal, não me preocupo. Não é preciso ser médico, se os níveis estiverem normais nós entendemos que não há problema. Se houver um nível que seja fora, claro que eu vou a uma consulta. E vou procurar também, ao mesmo tempo, vou procurar na internet (risos), mas vou ao médico.”

(homem, 42 anos, curso superior, E16L)

“Eu sou mesmo hipocondríaca. Portanto, eu por qualquer coisa vou ao médico ver o que é que se passa, tenho um bocado, segundo o meu marido diz, tenho a mania dos exames e de andar não sei quê. Portanto, tenho que andar normalmente controlada.”

(mulher, 58 anos, curso superior, E4L)

Já a *prevenção terapêutica natural*, com uma expressão mais diminuta, é de outra ordem, implicando o consumo de produtos terapêuticos/medicamentos naturais com fins de prevenção.

“Eu sou muito pelas medicinas alternativas, e por isso utilizo medicamentos naturais, inclusivamente na base da homeopatia. Posso dizer que em casa somos quatro, eu, o meu marido e dois filhos, e todos nós levamos vacina homeopática para a gripe.”

(mulher, 44 anos, 12º ano, E1L)

“E por exemplo o tomar de vez em quando o pró-cálcio, o cálcio, pronto tomar também o fósforo para o cérebro, mas isso é por minha autorecriação que eu faço. (...) É prevenção, é prevenção, é. Tomo mês sim, mês não uma embalagem de cálcio.”

(mulher, 59 anos, curso superior, E2G)

Em termos de lógicas de investimento de saúde orientadas para a prevenção, não foram encontradas situações de recurso aos medicamentos químicos com fins de prevenção, pelo menos no seu sentido mais estrito de evitamento de doenças, começando este território a ser essencialmente dominado pelos medicamentos naturais.

A categoria *monitorização da doença*, embora não constitua, em rigor, uma lógica de investimento de saúde, foi criada para dar conta das situações em que os entrevistados tinham doenças de tal modo estruturantes dos seus discursos e, segundo estes, dos seus quotidianos, que todos os investimentos relacionados com a saúde se podem considerar investimentos na gestão da doença, geralmente crónica. Há, no entanto, uma diferenciação interna nesta categoria que importa especificar e que vem de encontro ao papel que é atribuído ao doente crónico, conforme definido por Baszanger (1986) e abordado noutro capítulo (cf. capítulo 3, ponto 3.2). Enquanto em alguns casos a monitorização da doença é protagonizada de forma autónoma pelo próprio doente, numa lógica essencialmente higienista, de adaptação dos regimes e das práticas aos sintomas que vai identificando – através da atenção aos sinais do corpo ou com recurso às tecnologias médicas de vigilância –, em outros trata-se de uma monitorização medicalizada, com forte dependência dos sistemas periciais. Os excertos de entrevistas que se seguem ilustram estas lógicas.

“Eu sou psoríaco, e portanto desde muito novo, não me lembro de não ter psoríase. Segundo parece desde dos três anos que eu tenho psoríase e a determinada altura consultei um médico alemão e esse médico alemão depois trocou-me para uma determinada dieta, onde os

iogurtes, onde faziam parte os iogurtes e a partir daí, nunca deixei de comer iogurtes. Havia realmente uma preocupação inicial de limpar o organismo de uma série de toxinas e fiz durante meses uma dieta especial. Depois então iniciei os tratamentos para a psoríase. Portanto os iogurtes faziam parte dessa dieta, como faziam parte queijos, que na altura que tinham que vir do estrangeiro que não havia cá em Portugal. Pronto, variadíssimas coisas, que eram trazidas nessa dieta. Abstenção de sal, de bebidas alcoólicas, de pimentas, pronto. “

“A psoríase traz atrás dela uma coisa que se chama arterite psoriática. É uma coisa que anda sempre atrás de si, não é que você tenha o passo mais largo que o meu, mas tenho uma certa dificuldade em andar muito depressa e peso, peso excessivo. Acaba por ter mais trabalho, nas articulações então, como eu já tinha peso a mais, e continuo a ter, sempre que vou à consulta de reumatologia, vou de seis em seis meses, faço também uma consulta com a nutricionista. Se não para inverter o sentido do peso, pelo menos para estabilizar o peso.”

(homem, 56 anos, 9º ano, E12L)

“Eu tenho um problema de saúde que é uma hemocromatose, que eu desconhecia o que era inclusivamente. Não sei se conhece, uma hemocromatose é a medula que produz excesso de ferro. Há pessoas, por exemplo, normalmente as senhoras quando ficam grávidas e perdem ferro, têm de andar a tomar injeções de ferro e não sei quê, eu tenho excesso. Portanto, veja bem ao ponto a que isto chega. Eu tenho o fígado completamente... tinha, felizmente que agora com as sangrias a que estou sujeito e a que vou sendo sujeito, nunca deixo, nunca deixam os médicos os níveis de ferro irem para os níveis onde estavam situados. Porque me fazem sangrias, retiram-me meio litro de sangue, às vezes, duas e três vezes seguidas, por semana. Vou lá três semanas seguidas e meio litro de sangue para deitar fora.”

(homem, 52 anos, curso superior, E22L)

A existência de situações classificadas como *ausência de investimentos* vai ao encontro da identificação de oposições significativas entre controlo e libertação, privação e prazer no domínio da saúde que, segundo Crawford (2006), consubstanciam as contradições culturais do capitalismo (cf. capítulo 3, ponto 3.1). Tal não significa que a ausência de investimentos se esgote numa lógica hedonista, de privilegiar o prazer mesmo que à custa de consequências prejudiciais para a saúde, patente no excerto abaixo transcrito, em que o risco para a saúde é conhecido e, de certa forma, assumido.

“Mas pronto, mas sei que não me cuido o que devia. A alimentação, eu sei o que faz bem e o que faz mal, eu sou uma pessoa muito bem informada. Sei tudo, até podia pôr na porta “consultório” [*Sabe, mas não pratica...*] É. Por exemplo, sei que não devia consumir álcool. Em excesso não, por amor de Deus, mas gosto de lá ir, quando saio não abduco de beber umas cervejinhas, umas caipirinhas, gosto muito.”

(mulher, 49 anos, curso superior, E1G)

Além desta *lógica hedonista*, a ausência de investimentos integra igualmente casos de ausência quotidiana de preocupações com a saúde, por vezes associadas à inexistência de experiências de doença – sobretudo no caso dos mais jovens – que abram espaço para a

valorização desta dimensão. Prevalece, em alguns destes casos, a expressão de um sentimento de uma certa *imunidade subjetiva*.

“[*Considera-se uma pessoa cuidadosa com a sua saúde?*] Não muito. Tenho é sorte de, eventualmente, ter saúde (risos) até à data. Mas não me considera propriamente... também não faço, vamos lá a ver, não faço aquilo que costuma ser muito pernicioso. Não fumo, beber quando muito com muita moderação, nem sequer se pode dizer que faça o consumo habitual de bebidas alcoólicas e, quando muito, vinho. Na alimentação, talvez... varia entre ter algum cuidado e o não ter cuidado nenhum em determinados alimentos. Por exemplo, sou capaz de ser uma pessoa muito regrada a nível de comer carne, como pouquíssima carne, mas já não sou quanto ao consumo de queijos e quanto ao consumo de doces. Aí é que talvez estrague a coisa. De resto, fruta e vegetais como bastante... mas não sou santa (risos).”

(mulher, 42 anos, curso superior, E5L)

“[*Considera-se uma pessoa cuidadosa com a sua saúde?*] Não, não considero assim muito (risos) [*Então porquê?*] Se calhar quando tenho algum problema, por exemplo, neste caso do exame de ginecologia, aí fui bastante descuidada, porque sei que a partir dos 40 é preciso fazer exames com alguma regularidade e eu deixo passar demasiado tempo, esse é um exemplo. [*Portanto, quando diz não ser cuidadosa, é no sentido de não ter uma vigilância médica?*] Sim, sim. Por exemplo, fazer exames e análises ao sangue... Esses exames regulares, eu normalmente não faço. Só vou ao médico quando tenho mesmo alguma queixa. Não faço consultas de rotina, normalmente não faço (...) [*Mas à parte da vigilância médica, há cuidados que por si mesma adota para manter a sua saúde, para prevenir a doença? Ou não é propriamente uma coisa que esteja presente no seu dia-a-dia?*] Não (risos), confesso que não (risos). Não tomo assim nenhuns cuidados de especial, não. (...) Eu acho que é bastante importante a saúde. Acho que é uma responsabilidade nossa cuidar de nós próprios e do nosso corpo, porque se nós não estivermos bem, isso acaba por se refletir também nas pessoas que estão à nossa volta, não é? Mas se calhar é por não ter ainda tido muitas razões para me preocupar e é por isso que não me tenho preocupado. Porque quando há um problema mesmo que me incomoda muito, aí eu vou e sigo os tratamentos. Mas enquanto estou bem, não.”

(mulher, 41 anos, curso superior, E13L)

7.3. Modos de relação com as Medicinas Complementares e Alternativas: uma tipologia

De forma a tornar inteligível a diversidade de padrões de recurso às MCA, quer em termos de práticas, quer em termos das lógicas sociais que as sustentam, tal como são passíveis de captação através dos discursos dos entrevistados, mobilizámos o conceito de *modos de relação com as MCA*. O conceito de *modos de relação* tem sido aplicado a diferentes objetos no âmbito da pesquisa sociológica. Para citar apenas dois exemplos, suficientemente diversos, Costa, Ávila e Mateus, no seu estudo sobre públicos da ciência em Portugal, utilizam o conceito de *modos de relação com a ciência* para dar conta do carácter plural desses públicos e colocar em evidência o facto de essa pluralidade se constituir a partir de várias dimensões (Costa, Ávila e Mateus, 2002). Num outro estudo,

sobre percursos, vivências e aspirações dos músicos em torno de objetos e práticas musicais Luís Campos convoca, com o mesmo objetivo, o conceito de *modos de relação com a música* (Campos, 2007).

No campo da sociologia da saúde, no âmbito da pesquisa cujos dados constituem a base empírica desta dissertação (Lopes, 2010a), o conceito de modos de relação é aplicado aos *consumos terapêuticos*, onde se incluem medicamentos químicos (vulgo fármacos), medicamentos/produtos terapêuticos naturais e alimentos com fins terapêuticos. Subjaz a este conceito uma perspectiva analítica que privilegia a evidenciação da pluralidade das formas de relacionamentos dos indivíduos com estes recursos terapêuticos, que se manifesta não só nas práticas de consumo, mas também nos significados atribuídos a esse consumo (Lopes, 2010b: 48).

O conceito de *modos de relação com as MCA* inscreve-se nesta perspectiva e culmina na construção de uma tipologia cujo principal atributo definatório é constituído pelo lugar que as MCA ocupam nas trajetórias terapêuticas. Porque esse lugar é, como salientado em vários momentos, socialmente condicionado à hegemonia da medicina convencional, consideramos que ele não pode ser proficuamente analisado sem incorporar o recurso a essa medicina. Do cruzamento do recurso a estas medicinas com o recurso à medicina convencional resultam as seguintes intersecções.

Quadro 7.7. Modos de relação com as MCA

	Recurso regular Medicina Convencional	Recurso ocasional Medicina Convencional
Recurso regular MCA	Ecletismo	Convicção
Recurso ocasional MCA	Experimentalismo	Complacência

O *ecletismo* corresponde a situações de recurso regular e continuado às MCA e à medicina convencional, em lógicas de simultaneidade ou sequencialidade. Pode existir conjugação de ambas as medicinas para o mesmo problema de saúde/finalidade ou segmentação segundo a diversidade de problemas/finalidades.

A *convicção* integra trajetórias de recurso regular e continuado às MCA, com adesão ideológica. O recurso às MCA prevalece face ao recurso à medicina convencional, numa lógica de tendencial substituição da segunda pelas primeiras. No entanto, não há abandono total da medicina convencional.

O *experimentalismo* é um modo de relação caracterizado pelo recurso ocasional, pontual e circunstancial às MCA numa lógica de experimentação, sendo a medicina convencional preponderante. O recurso às MCA ocorreu esporadicamente no passado ou vai ocorrendo ocasionalmente ao longo das trajetórias terapêuticas.

A *complacência* corresponde a situações de recurso ocasional, pontual e circunstancial às MCA para evitar o recurso à medicina convencional, que é igualmente ocasional, numa lógica de “mal menor”. Verifica-se uma tendencial resistência ao recurso à pericialidade ortodoxa ou heterodoxa e a valorização de investimentos de saúde e de formas de gerir a doença de carácter higienista.

Porque, como salientado, a tipologia dos modos de relação está condicionada à dominância estrutural da medicina moderna – a medicina convencional – importa clarificar que a construção desses modos não remete para as diferenciações que poderão ser encontradas no quadro estrito do recurso às MCA, designadamente tendo em conta a relação com diferentes terapias que se incluem nestas medicinas. Não se nega a pertinência conceptual de utilização de uma tipologia desta natureza para tornar inteligível o modo como os utilizadores de MCA se relacionam com as diferentes terapias (por exemplo, experimentalismo relativamente a uma terapia e convicção relativamente a outra). Aliás, a proposta pioneira de tipificação dos utilizadores das MCA empreendida por Sharma (1996), e já aqui abordada (Cf. capítulo 4, ponto 4.2), inscreve-se nessa linha. Porém, no caso da presente pesquisa esse caminho não é analiticamente desejado – face aos objetivos por várias vezes enunciados de analisar o recurso às MCA sem o isolar das trajetórias terapêuticas individuais –, nem metodologicamente exequível – face ao número de entrevistas em análise.

A distribuição dos entrevistados pelos modos de relação com as MCA é bastante desigual (cf. Quadro 7.8). Há um predomínio de trajetórias em que o recurso à medicina convencional é regular, ou conjugado com um recurso também regular às MCA – *ecletismo* –, ou com experiências pontuais de utilização destas medicinas – *experimentalismo*. Tal padrão é revelador da posição dominante que a medicina convencional continua a assumir. Efetivamente, o número de situações em que as MCA se apresentam como a opção privilegiada – *convicção* – é diminuto. Como numerosos estudos já citados têm demonstrado (cf. capítulo 4.2), raros são os casos em que a utilização das MCA pressupõe ou tem como consequência o abandono da medicina convencional.

Quadro 7.8. Modos de relação com as MCA: distribuição dos entrevistados

Convicção	4
Ecletismo	9
Experimentalismo	12
Complacência	4

Importa ainda reiterar que os modos de relação com as MCA não correspondem a classificações que se possam atribuir de forma definitiva aos entrevistados. Ao resultarem

de processos de inquirição efetuados numa determinada fase do ciclo de vida dos indivíduos – nos casos dos mais jovens com trajetórias terapêuticas ainda muito curtas –, os modos de relação não são necessariamente coerentes e constantes ao longo do tempo, mas sim mutáveis e contingenciais. Como concluem Cant e Sharma (1999), os padrões de utilização das MCA vão sendo alterados ao longo do tempo, em função de diversas circunstâncias, ou seja, a utilização é processual. É, assim, plausível admitir a hipótese de futuras transições dos indivíduos entre um ou mais modos de relação (por exemplo, do experimentalismo para o ecletismo ou para a convicção).

O mapeamento de modos de relação com as MCA constitui um ponto de partida para explorar a diversidade de práticas e significados atribuídos ao recurso, não esgotando, de forma alguma, os aprofundamentos analíticos que se impõe fazer. Trata-se, pois, de uma ferramenta conceptual que permite estabelecer uma primeira diferenciação nos padrões de utilização das MCA, construída tendo por base as práticas sociais, operacionalizadas a partir de um indicador simples: a regularidade do recurso. Não deve, pois, elidir a pluralidade de trajetórias terapêuticas que se inscrevem em cada um dos modos de relação identificados.

O quadro que se segue sistematiza as dimensões constitutivas dos modos de relação com as MCA que orientam a análise empreendida neste ponto. Cumpre um duplo objetivo. Por um lado, numa perspetiva comparativa entre os quatro modos de relação, evidencia as regularidades e especificidades que se verificam entre eles. Por outro lado, a partir de um olhar individualizado sobre cada modo de relação, destaca as suas particularidades e a diversidade interna que o caracteriza.

Quadro 7.9. Caracterização dos modos de relação com as MCA

Modos de relação	Convicção	Ecletismo	Experimentalismo	Complacência
Dimensões				
Recurso às MCA	Regular	Regular	Ocasional	Ocasional
Recurso à medicina convencional	Ocasional	Regular	Regular	Ocasional
Lógicas de envolvimento com as MCA	Adesão ideológica	Tendencial adesão pragmática	Experimentação Relutância	Restrição
Articulação MCA/medicina convencional	Tendencial lógica de substituição	Tendencial lógica de complementaridade	Lógica de complementaridade: doenças Lógica de substituição: não doenças	Lógica de substituição
Orientações face à saúde	Ativismo (total)	Ativismo (predominante)	Ativismo + Fatalismo	Ativismo (predominante)
Lógicas de investimentos de saúde	Prevenção (total)	Prevenção + monitorização da doença	Prevenção + monitorização da doença + ausência de investimentos	Prevenção (predominante)

Quanto ao primeiro objetivo, a comparação entre os modos de relação permite sistematizar algumas tendências.

No que toca às dimensões que remetem, mais diretamente, para o modo como os indivíduos se relacionam com as MCA, encontramos diferentes formas de envolvimento, num *continuum* entre uma adesão convicta, de pendor ideológico, que caracteriza a *convicção* e uma lógica experimentalista, com uma adesão relutante, no *experimentalismo*. No modo de relação que conjuga, de forma relativamente intensiva, o recurso às MCA e à medicina convencional, a adesão às primeiras assume um carácter pragmático e só raramente ideológico. Na *complacência*, as MCA constituem uma solução de recurso para questões de saúde que os indivíduos não conseguem resolver fora da pericialidade, o que se traduz num envolvimento restrito.

Foram identificadas diferentes lógicas de articulação entre as MCA e a medicina convencional, desde uma lógica de substituição quase total ou tendencial, respetivamente na *complacência* e na *convicção*, até uma lógica de complementaridade tendencial, no *ecletismo*. Quanto ao *experimentalismo*, há uma segmentação de acordo com os significados atribuídos às finalidades do recurso: para as doenças prevalece uma lógica de complementaridade, enquanto para outras finalidades ou para problemas de saúde que não alcançam o estatuto de doença predomina uma lógica de substituição.

O ativismo constitui o tipo de orientação face à saúde predominante, sendo mesmo o único que emerge nos discursos dos entrevistados classificados na *convicção*. Em contraponto, o fatalismo apenas tem uma presença considerável no *experimentalismo*. Podemos, pois, concluir, que, não havendo uma orientação face à saúde comum a todos os utilizadores das MCA (que os diferenciaria dos não utilizadores), é certo que orientações ativistas se relacionam com recursos continuados e de forte adesão às MCA – *convicção* – e que, por sua vez, as orientações fatalistas caracterizam os utilizadores ocasionais, que privilegiam nas suas trajetórias terapêuticas o recurso à medicina convencional.

Tal autoriza a que possamos retomar a tese da pós-modernidade para explicar o recurso às MCA, apontando as limitações do seu alcance, mas reconhecendo-lhe alguma aplicabilidade no que às orientações face à saúde diz respeito. Nesta dimensão, a tese da pós-modernidade preconiza que a utilização crescente das MCA estaria associada a uma valorização da responsabilidade individual, bem como de uma participação ativa dos indivíduos no controlo da sua própria saúde, concomitante com a crença na capacidade para manter a saúde através da adoção de práticas ligadas aos estilos de vida (Easthope, 1993; Siahpush, 1998). A distribuição das orientações face à saúde acima descrita mostra que esta associação só é aparentemente válida para uma pequena parte dos entrevistados, correspondente aos que têm percursos de maior envolvimento – prático e discursivo – com as MCA. E, ainda assim, persiste a questão do sentido da causalidade, para a qual nos abtemos de procurar resposta dada a impossibilidade da sua comprovação empírica através das técnicas de investigação utilizadas na presente pesquisa⁶⁶, já formulada por outros autores (Furnham e Beard, 1995; Astin, 1998; Coulter e Willis, 2007) e que podemos adaptar para a dimensão em análise do seguinte modo: o ativismo na relação com a saúde e a doença potenciou ou decorre do recurso às MCA?

Os discursos sobre concepções e os discursos sobre práticas são consonantes, isto é, à prevalência de orientações ativistas correspondem lógicas de investimentos de saúde assentes na prevenção, qualquer que seja o modo de relação com as MCA considerado. Também nesta dimensão encontramos uma clivagem que corrobora a associação identificada no parágrafo anterior. Enquanto a *convicção* se caracteriza pela exclusividade das estratégias preventivas, no *experimentalismo* a ausência de investimentos assume uma expressão considerável.

O segundo objetivo do quadro-síntese passa pelo exercício de uma primeira revelação da pluralidade de trajetórias terapêuticas inscritas em cada um dos modos de relação com as MCA, cujo aprofundamento nos ocupará ao longo do próximo capítulo.

⁶⁶ Teoricamente, a prova empírica da direção da causalidade só seria possível através de estudos longitudinais, em que fossem captadas as orientações face à saúde antes e depois do recurso às MCA. Na prática, estudos desta natureza dificilmente seriam exequíveis.

Capítulo 8

Modos de relação com as Medicinas Complementares e Alternativas: singularidades e pluralidades das trajetórias terapêuticas

O último capítulo desta tese é dedicado a uma abordagem em profundidade de cada um dos modos de relação com as MCA identificados no capítulo anterior – *convicção*, *ecletismo*, *experimentalismo* e *complacência* –, a partir das narrativas produzidas pelos indivíduos em contexto de entrevista. Nele se descortinam as especificidades de cada modo de relação, bem como os traços que lhes são comuns. A lógica analítica adotada possibilita, assim, a revelação da diversidade que caracteriza o recurso às MCA, superando uma visão mais imediatista que toma os utilizadores destas terapias como um grupo socialmente homogêneo, partilhando valores e movido pelas mesmas razões.

A mobilização da noção de trajetórias terapêuticas tem como finalidade analítica avançar do retrato para o processo. Ou seja, o foco nas trajetórias permite reconstruir o processo através do qual os modos de relação que se captam num determinado momento vão sendo construídos. Tal não equivale a estabelecer uma correspondência direta entre um modo de relação e um tipo de trajetória. O que neste capítulo se pretende é precisamente mostrar como, apesar da consistência interna de cada modo de relação, há diferentes caminhos que levam ao seu alcance.

Por se centrar nos discursos dos sujeitos como repertórios de significados, este é o capítulo em que a sua “voz” é mais invocada, procurando-se reconstituir as trajetórias terapêuticas, não só ao nível das práticas sociais, mas também ao nível dos sentidos de que essas práticas vão sendo investidas.

Porque cada trajetória terapêutica é única e irrepetível e porque a análise tipológica segmenta e reduz necessariamente a complexidade de cada história individual, o capítulo culmina com a restituição dessa singularidade. Fazêmo-lo através da apresentação sistematizada de quatro trajetórias individuais ilustrativas, correspondentes aos quatro modos de relação.

8.1. Convicção

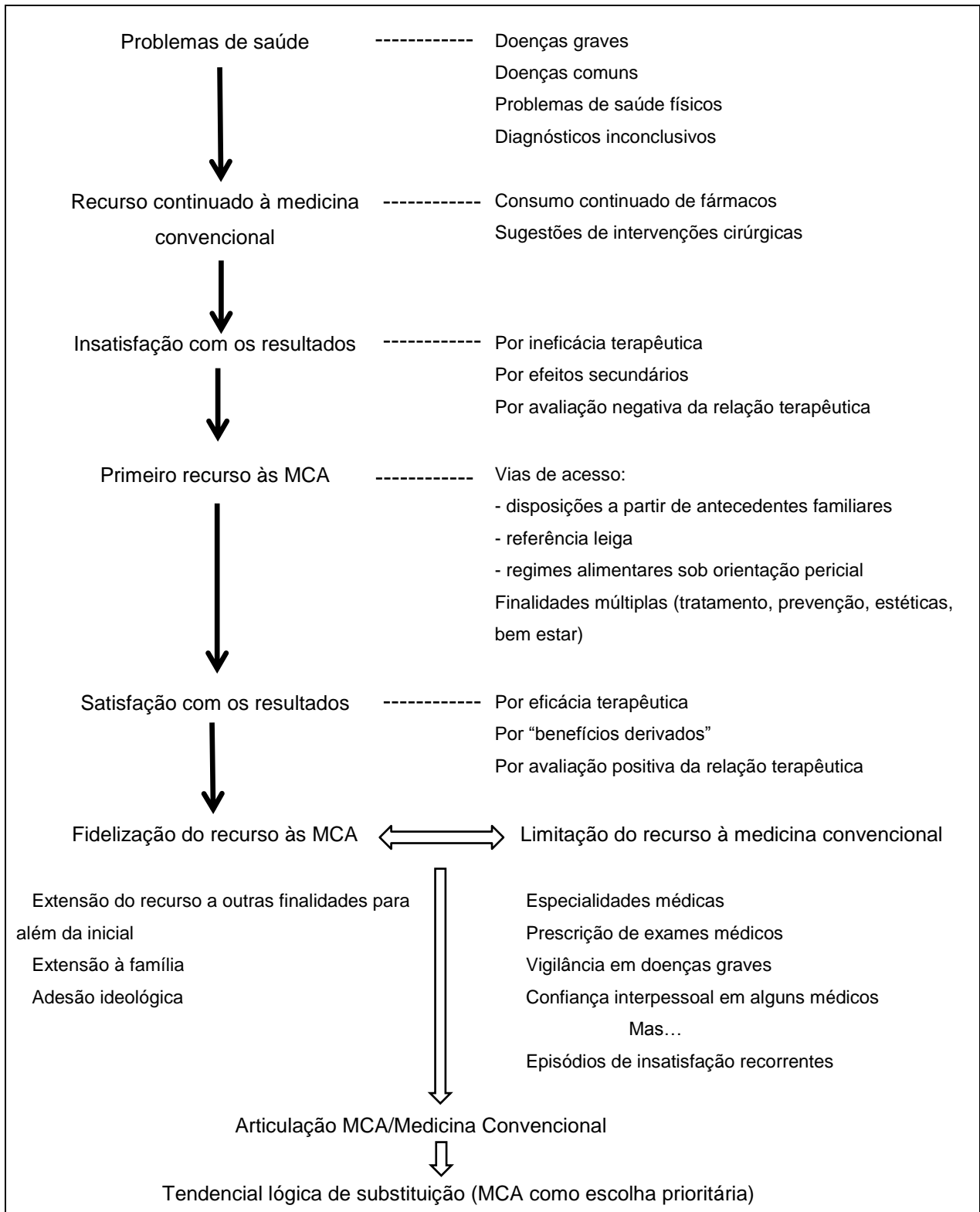
A *convicção* integra trajetórias terapêuticas de recurso regular e continuado às MCA, com adesão ideológica, que prevalece face ao recurso à medicina convencional, numa lógica de tendencial substituição da segunda pelas primeiras. Do conjunto de entrevistados, quatro correspondem a este tipo de trajetórias, todas mulheres, residentes em Lisboa, com idades entre os 33 e os 52 anos, com níveis de escolaridade diferenciados (duas com ensino

superior, uma com o 9º ano e uma com o 12º ano), e com distintas condições de saúde (duas têm uma doença crónica)⁶⁷.

As trajetórias terapêuticas típicas deste modo de relação podem ser esquematizadas da forma que se segue.

⁶⁷ No Anexo C – Caracterização dos entrevistados, podem ser consultados os dados de caracterização sociodemográfica de cada entrevistado, organizados por modo de relação com as MCA.

Figura 8.1. Convicção: síntese de trajetórias terapêuticas



Em comparação com os outros modos de relação, na *convicção* as trajetórias de recurso às MCA são bastante longas, com início há vários anos atrás (entre 10 e 20 anos). São, em quase todos os casos, precedidas de recursos continuados à medicina convencional,

motivados por diagnósticos de problemas de saúde de maior ou menor gravidade – como, por exemplo, rinite, úlcera no estômago, cancro –, ou por sintomas recorrentes para os quais a medicina não conseguiu estabelecer diagnósticos conclusivos.

Tipicamente, esses recursos traduzem-se na prescrição de fármacos, por vezes durante largos períodos de tempo, ou na proposta de intervenções cirúrgicas, como o excerto seguinte ilustra.

“Olhe, neste momento estou há dois anos a fazer um tratamento para destruir um lipoma, que tinha 13 cm e que estava no gêmeo. Foi inicialmente diagnosticado como um lipossarcoma, com perspectivas de amputação da perna e quimioterapias e não sei quê, e que eu já reduzi e que já vai em 8 cm. *[E tem reduzido com o quê?]* Tudo com a medicação natural. Tomo células de tubarão congelado vivo, tomo... são essas coisas assim. *[Mas está ser acompanhada pelo médico?]* Por um médico homeopata. *[Há quanto tempo é que está a ser acompanhada para esse problema?]* Para este problema, há dois anos. Vai fazer três. Começámos este tratamento com as células congeladas há dois. *[E quando é que lhe diagnosticaram esse...?]* Há três anos. *[Recorreu logo a um homeopata, ou primeiro tentou outro tratamento?]* Não, primeiro fui tentar, primeiro fui ao médico... aliás, quando eu descobri, estava numa situação em que tinha saído de uma operação simples, que não quero falar nela. E senti uma coisa na perna, mandaram-me fazer uma ecografia, eu fui fazer uma ecografia, mandaram-me fazer uma ressonância, chegámos à ressonância e eu parti para outro campo. *[Porquê?]* Porque quando eles viram a ressonância, começaram uma série de confusões, um manda-me para um médico, outro manda-me para outro, até que começou com a história do lipossarcoma, com biópsias, começaram a falar na operação e amputação e não sei quê e eu, antes de chegar o resultado da biópsia, eu disse “não, eu vou começar já.” *[Mas já alguma vez tinha recorrido a outro médico?]* Já há muitos anos que eu faço, com o L., com o J., com o B. (nomes de terapeutas), há muitos, muitos anos.”

(mulher, 52 anos, 9º ano, E21L)

Os momentos inaugurais de recurso às MCA decorrem, quase sempre, da insatisfação com a medicina convencional, sustentada em diferentes motivos: i) por ineficácia terapêutica, quando os tratamentos prescritos não são percecionados como tendo um contributo relevante para a resolução do problema de saúde em questão; ii) por efeitos secundários causados pelo consumo de fármacos; iii) por avaliação negativa da relação médico-doente, que se considera assimétrica, paternalista e pautada por orientações tecnicistas em detrimento de humanistas. Os dois excertos seguintes retratam estes motivos. Enquanto o primeiro corresponde a uma situação não apenas de ineficácia terapêutica, mas também, a jusante, de ineficácia diagnóstica, o segundo consiste no relato dos efeitos secundários provocados pelo consumo de fármacos, que, no caso em questão, foram responsáveis por aquilo que Illich (1975) designou por doenças iatrogénicas, ou seja, doenças medicamente provocadas.

“Olhe, comecei a tomar (medicamentos naturais) porque comecei a ter um problema de saúde... comecei a tomar corticóides a torto e a direito, ninguém sabia o que eu tinha, andei no

hospital, andei em vários hospitais, tomei carradas de corticóides, já diziam que era lupus, não sei quê, até que alguém me levou ao P. (acupunctur)...E foi realmente quem me conseguiu resolver o problema de saúde.”

(mulher, 44 anos, 12º ano, E1L)

“E depois posso-lhe dizer que sei lá, há uns 15 anos atrás surgiu-me um problema, tive um problema de uma úlcera no estômago. Tive de tomar um produto que eu nem precisava, daí eu fugir um bocadinho dos médicos, porque às vezes os médicos... fazem experiências com as pessoas, pode ser que dê e pode ser que não dê e depois a pessoa vê-se às vezes num “assado”, fica um bocado atrapalhada, foi o que me aconteceu. Fui a uma médica porque não conseguia engravidar naquela altura e a minha médica, a ginecologista disse, ‘olhe vá a um médico endocrinologista porque pode ser um problema de glândulas porque eu não vejo assim mais nada’, dado os exames que eu tinha feito. Essa senhora fez-me vários exames, a glândulas, não é? E uma delas era uma substância que eu tive que tomar *Parlodel*. Aquilo acho que era um valor mínimo de umas décimas que dava a mais e ela receitou-me *Parlodel*. E eu sei que essa substância, eu não fazia ideia naquela altura, mas que é uma substância que pode provocar úlceras no estômago a pessoas que sejam mais sensíveis, tudo depende se calhar da acidez da pessoa e isso tudo. E a mim provocou-me, eu comecei por tomar um quartozinho só do medicamento, aquilo provocava assim uns distúrbiozinho, até que depois já tomava três por dia. Chegou uma altura que eu já não aguentava mais.(...) A médica mandou-me logo ir a um especialista. E, pronto, fui fazer os exames e tinha mesmo e começou um calvário enorme na minha vida. Era na altura educadora de infância, bem, ia para o Infantário não conseguia comer lá nada, tinha que levar a comida porque era só cozidos e grelhados que eu conseguia comer e mesmo assim aquilo era uma azia brutal. E depois era, se comia era porque comia, se não comia é porque não comia porque tinha dores, levantava-me de noite, passava as noites quase em claro, porque depois ia comer qualquer coisa deitava-me depois... era uma coisa horrível! Passado três meses eu fui fazer o exame e estava na mesma. [*Mas nessa altura receitaram-lhe algum medicamento?*] Receitaram imensas coisas para o estômago, eu tomava tudo. Inclusive umas “bolsinhas” que eu tomava antes da refeição. Só que aquilo nada eu sentia-me mesmo mal.”

(mulher, 50 anos, curso superior, E23L)

A experiência da ineficácia terapêutica e de doenças resultantes dos efeitos secundários dos fármacos, às quais os próprios fármacos não conseguem dar resposta, vai alimentando a construção de perceções e atitudes face à medicina convencional onde se cruzam a ineficácia com a crítica às orientações e *modus operandi* dos respetivos profissionais, os médicos, como também é visível no relato do segundo excerto e nos dois que se seguem. Nestes, é manifesta a perceção de uma medicina orientada apenas para o alívio dos sintomas, negligenciando o tratamento das causas, ou mesmo, no caso do último excerto, uma crítica contundente a práticas de exercício da medicina centradas na valorização das técnicas de diagnóstico, em detrimento da atenção ao doente. Encontramos aqui a dicotomia identificada por Carapinheiro (1991), entre orientações tecnicistas na prática médica – associadas por esta entrevistada à medicina convencional – e orientações humanistas – que são atribuídas aos terapeutas das MCA, como veremos mais à frente. Além disso, chega a colocar-se em dúvida que a prática profissional dos médicos seja

pautada por princípios éticos e deontológicos, exprimindo-se desconfiança quanto ao seu altruísmo.

“O que é que os médicos recomendam? Recomendam coisas para os gases ou coisas para a acidez no estômago, aqueles Aero-Om ou... coisas que são para mascarar, quer dizer, não são para ajudar verdadeiramente, são para mascarar.”

(mulher, 33 anos, curso superior, E18L)

“Eles querem lá saber! É que os médicos estão-se mesmo ‘marimbando’ para as pessoas, está a perceber? É que a nossa, eu digo-lhe (risos) eu não tenho nada contra os médicos, mas acho que eles precisavam de ser mais humanos, sem dúvida! Precisavam olhar mais para os doentes, porque eu acho que a medicina hoje em dia é para eles ganharem dinheiro, não é para eles se dedicarem aos doentes, não é para eles ‘amarem o outro’. Acho que as pessoas amam pouco os outros, percebe? Amam-se a eles próprios, os outros não amam. E acho que a medicina não era só os 18 e os 20, eu acho que também deviam fazer uns testes de como é que eles eram em termos humanos, percebe? Porque acho que um médico há uns anos atrás se calhar, se calhar há cem anos atrás, se calhar era mais humano e se calhar olhava mais para as pessoas para diagnosticar o problema delas. E agora não, eles nem olham para si, ‘do que é que se queixa? Vê bem?’, se calhar até lhe estão a perguntar se vê bem e tem óculos, já aconteceu. E não querem saber, mandam fazer os exames, os exames muitas vezes vêm enganados ou não vêm, não interessa, mas o que está certo é os exames, nem olham para a sua cara e passam-lhe um medicamento qualquer. E muitas vezes se calhar nem lhe estão a passar o medicamento mais adequado a si, mas adequado a eles para terem os prémios que eles têm, está a perceber? As viagens e os não sei quê porque venderam X daquele medicamento, que eles sabem lá se me vai fazer... É isso é que me irrita nos médicos.”

(mulher, 50 anos, curso superior, E23L)

As percepções sobre a medicina convencional não são, obviamente, construídas de forma imediata na sequência de experiências negativas com os médicos ou com os recursos terapêuticos prescritos, mas vão sendo formadas e consolidadas à medida que às experiências iniciais se somam outros episódios negativamente avaliados e, por contraponto, se vivenciam situações de recurso às MCA geradoras de satisfação. Apenas por razões de ordem analítica, por termos organizado a análise de cada modo de relação a partir da noção de trajetória terapêutica, valorizando assim a dimensão temporal, inscrevemos estas percepções neste ponto dessas trajetórias.

Nos discursos das entrevistadas são manifestas, com peso desigual, as três categorias de insatisfação identificadas por McGregor e Peay (1996), que, recordamos, consistem: i) na falta de confiança geral na eficácia da medicina convencional, ancorada em valores não necessariamente suportados por experiências vividas; ii) na insatisfação específica com os médicos ou tratamentos médicos, que pode resultar de experiências negativas de tratamento ou de interação médico-paciente; ou iii) na perda de esperança em conseguir resultados satisfatórios com os tratamentos convencionais para um determinado

problema de saúde. Se as duas últimas ordens de insatisfação estão bem patentes nas atitudes declaradas, a primeira não surge de forma tão explícita, pese embora a *convicção*, bem como a *complacência*, sejam os modos de relação com as MCA em que a descrença na medicina convencional é mais visível.

Na *convicção*, a insatisfação com a medicina convencional não constitui, porém, motivo suficiente para despoletar o recurso às MCA, em todos os casos. Duas das entrevistadas revelaram disposições anteriores para as MCA, designadamente através de experiências em contexto familiar, cuja avaliação é muito positiva. Podemos pois, constatar, que as trajetórias de adesão ideológica a estas medicinas podem iniciar-se a partir das experiências daqueles que constituem a rede de sociabilidades nuclear dos entrevistados e se vão consolidando à medida que os próprios experienciam os resultados do recurso às MCA.

“A minha mãe morreu com cancro e o meu pai também, por acaso. Mas a minha mãe seguia a medicina tradicional, depois quimioterapia e isso tudo, a partir do momento em que começou a fazer quimioterapia, começou a ser também acompanhada por um homeopata. [*Por opção dela?*] Por opção dela. E eu constatei, os médicos tinham diagnosticado um mês de vida e a minha mãe durou dois anos e meio com qualidade. Portanto, talvez também possa ter sido isso que me tenha levado a dar esse passo, percebe?”

(mulher, 52 anos, 9º ano, E21L)

“Já tinha consultado uma homeopata em pequenina, aliás até tinha sido a minha mãe que me ia levar lá para questões de rinite. E aí, a homeopatia, não sei se sabe, mas também funciona muito à base de gotinhas, bolinhas, pronto. E basicamente era isso que eu tomava com o homeopata, não é? Bolinhas gotinhas, pronto mais nada. E a rinite melhorou substancialmente na altura.”

(mulher, 33 anos, curso superior, E18L)

A adoção de regimes alimentares específicos constitui também uma porta de entrada nas MCA. Duas das entrevistadas procuraram na alimentação macrobiótica resposta para os problemas de saúde para os quais a medicina convencional não estava a produzir resultados conformes às suas expectativas.

“(a propósito de uma úlcera no estômago) Estava de tal maneira angustiada que uma amiga minha, amiga... colega naquela altura era minha colega era educadora também lá, e diz-me: “olha o meu marido faz macrobiótica”, e eu fico a olhar para ela e disse: “já tenho ouvido falar”, porque eu era assim uma pessoa, que é como lhe digo, que sabia que existia a macrobiótica e essas coisas todas e de vez em quando comia assim, mas feito por mim, comprava um bocado de arroz integral e experimentava, assim ia experimentando umas coisas mas não fazia ideia como é que era nem nada. “E ele disse-me que, contei-lhe o teu caso e ele disse-me que isso passava-te assim em três semanas, um mês”. Fiquei a olhar para ela a pensar: “está louca então eu estou aqui há dois meses e ando aqui aflita” e eu fiquei e pensei... e ela disse-me: “olha queres que eu te marque uma consulta?” e eu disse “mas quem?” “Ele conhece um diretor cá da macrobiótica do Instituto Macrobiótico de Portugal e se quiseres falas e vais lá, e

ele diz-te o que é que podes comer e não sei quê e se calhar tu melhoras”. E eu olhei para ela e realmente eu estava já por tudo porque eu, nada me fazia bem e estava farta de levar a comida comigo, e pensei, “eu vou experimentar” e fui. E então marquei uma consulta, que eu não sei se já ouviu falar, com o F., pronto o F. olhou para mim e disse “isso é, isso cura-se num instante” e eu, bem, eu não acredito nisto. Bem passou-me uma lista de coisas e tal e realmente ao fim desses três meses, porque eu ao fim dum mês já estava bem, isto é verdade, eu ao fim de três semanas... ao fim de uma já parecia diferente ao fim de três semanas era como se não tivesse nada eu até nem queria acreditar. Mas sentia-me outra, ótima! (...) nunca mais tomei os medicamentos”

(mulher, 50 anos, curso superior, E23L)

Conforme analisado no quadro de outras pesquisas (Fox e Ward, 2008), os regimes alimentares específicos – designadamente o vegetarianismo ou a macrobiótica – surgem associados a objetivos de saúde. Porém, a vertente ética ou o significado espiritual que tem sido igualmente evidenciado em alguns seguidores de dietas sem consumo de carne e peixe (Hamilton *et al.*, 1995; Fox e Ward, 2008), parecem estar ausentes nas razões que despoletam a opção por estes regimes e justificam a sua continuidade.

A iniciação das entrevistadas na macrobiótica é feita através do Instituto Macrobiótico, geralmente a partir do aconselhamento do seu diretor, com o objetivo deliberado de tratar determinada doença. Trata-se de uma entidade que oferece consultas de “orientação alimentar e estilo de vida”, utilizando como procedimentos de diagnóstico técnicas integradas nas terapias das MCA, como por exemplo a acupunctura. Representa, pois, um espaço de cuidados de saúde alternativos/complementares, em que a alimentação e outras práticas publicamente associadas aos “estilos de vida saudáveis” (repouso, atividade física, etc.) partilham com algumas terapias das MCA o estatuto de recurso terapêutico. Esta articulação é emblemática de como a crescente popularidade destas medicinas se coaduna com o discurso público de promoção da saúde (Chrysanthou, 2002).

Nestes casos, tende a haver uma forte crença na capacidade preventiva e curativa dos alimentos (e/ou do modo como são confeccionados), e os especialistas em regimes alimentares a que se recorre assumem o papel de terapeutas⁶⁸, como ilustram os excertos seguintes relativos à mesma entrevistada.

“Se for o F. do Instituto Macrobiótico, digo ‘ámen’. Porque ele sabe muito. E às vezes, até por teimosia, não vou atrás das coisas que ele diz e depois mais tarde isso reflete contra mim. Ele é terapeuta macrobiótico, é uma pessoa em quem eu confio muito. Eu acredito muito na macrobiótica, embora eu não seja, que não sou, uma seguidista nem sou uma ferverosa, até porque não tenho condições para isso. Não tenho condições a nível de tempo, por exemplo, para preparar as minhas próprias refeições com todo o amor, com todo o cuidado, como deve ser, pôr um bocadinho de algas, um bocadinho de verde, um bocadinho de vermelho, um bocadinho de não sei quê, que eles fazem aquilo com todos os requintes. E eu não tenho

⁶⁸ Esta crença, como veremos no ponto 8.4, é ainda mais generalizada nos entrevistados integrados no modo de relação *complacência*.

tempo para isso e, também, ir comer todos os dias ao Instituto, para mim, por muito que eu gostasse, é um bocadinho incomportável.”

“(a propósito da alimentação macrobiótica) O alimento também pode ser um medicamento, não é? E o alimento é 100% natural. Enfim, na nossa sociedade já não é 100%, mas é o mais próximo possível de conseguirmos encontrar no natural.”

“Acho que a alimentação aí desempenha um papel fundamental, a alimentação correta. Por exemplo, eu sei de casos de doentes oncológicos que, através da alimentação, se curaram. Se calhar não era uma oncologia ou um tumor completamente espalhado já pelo corpo, poderia ser uma coisa já um bocadinho mais localizada. *[Mas estiveram a tomar também medicação, ou não?]* Não, não, não. Eu conheço doentes, portanto, sei de casos de doentes oncológicos que através da alimentação se curaram.”

(mulher, 33 anos, curso superior, E18L)

A alimentação simboliza então o mais natural dos recursos terapêuticos, sendo investida de uma valorização consonante com o renovado interesse pelo natural no imaginário social contemporâneo (Lopes, 2010b; Lopes *et al.*, 2012), ancorada nas propriedades de inocuidade e de saudável (Stevenson, 2004) que são atribuídas aos alimentos.

Constitui, assim, um instrumento potenciador da capacidade de auto-regeneração do corpo. Efetivamente, em alguns discursos, associada a orientações de saúde de ativismo preventivo, emerge uma conceção do *corpo auto-regulável*, categoria que engloba a ideia de que o corpo contém em si mesmo um potencial de auto-cura que não deve ser corrompido por elementos externos. Pressupõe uma capacidade de auto-regulação do corpo e de restabelecimento do equilíbrio provisoriamente perdido no caso do surgimento de doenças, sem haver necessidade de interferências externas (Pegado, 2010). Os excertos que se seguem dão conta de manifestações desta conceção.

“Eu acho que quanto mais próximo possível... é uma questão de filosofia também, não é só uma questão de consequências, acho que é uma questão de filosofia, quanto mais próximo estivermos do natural melhor. Aliás, no limite, o nosso corpo deveria curar-se sozinho, porque ele tem capacidades para isso. Nós é que nesta azáfama diária não damos tempo. Temos uma gripe, ‘ah!, pois é, mas eu no dia seguinte tenho que ir trabalhar, ninguém me paga se eu ficar em casa, então como tenho que ir trabalhar vá de tomar um Antigripe vá de tomar não sei o quê’. Mas o ideal era a pessoa meter-se em casa, deitar-se na cama...”

“Toda a gente, todos os meus amigos, sobretudo as pessoas mais ligadas às medicinas naturais, me dizem que eu devo deixar o meu corpo o mais natural possível, e tentar os métodos mais naturais possíveis para que o meu organismo volte a funcionar. O F. da Macrobiótica tem uns ‘tratamentos marados’ para a pessoa voltar a menstruar, mas é uma coisa que eu não tenho vida para fazer. Desde, todos os dias *banhos de assento*, ferver umas *folhas verdes* na água, depois deitar a água, depois deitar-me lá dentro, pronto, não tenho, não tenho tempo para andar a comprar *folhas verdes* e chegar a casa e fervê-las e pô-las na banheira e ficar lá meia hora todos os dias, eu não tenho vida para isso. Mas isso seria um método natural para estimular a menstruação. A acupunctura tem tratamentos específicos, mas para isso também seria necessário que eu me disponibilizasse para os fazer.”

(mulher, 33 anos, curso superior, E18L)

De acordo com esta concepção, a adoção de práticas o mais respeitadoras possível do equilíbrio natural do corpo – onde se incluem terapias das MCA – é comprometida pelos imperativos do ritmo da vida moderna, obrigando os indivíduos a optar por soluções terapêuticas que produzam efeitos rápidos e que possam ser fácil e comodamente utilizadas, como é o caso dos medicamentos, caracterizados por atributos de materialidade e ergonomia social (Van der Geest e Whyte, 1989).

Nas trajetórias de *convicção*, o recurso inicial às MCA culmina em percepções de satisfação com os resultados das respetivas terapêuticas. Como é visível em alguns excertos atrás apresentados, as MCA vieram resolver situações de saúde às quais a medicina convencional não conseguiu dar resposta em termos de diagnóstico ou de cura. É-lhes atribuída a capacidade de tratar as causas das doenças e não apenas os seus sintomas, bem como uma abordagem que não segmenta o indivíduo em diversas partes – corpo e mente, mas também componentes como os diversos órgãos –, mas o considera como um todo indissociável (Stambolovic, 1996). Mas estes não são os únicos benefícios identificados. As referências à qualidade da relação terapêutica e a efeitos positivos não esperados das terapias são transversais às entrevistadas. Verifica-se, pois, uma certa descontinuidade entre os critérios de avaliação da eficácia próprios da biomedicina e os critérios mobilizados pelos indivíduos, que incluem aspetos não valorizados no quadro dos ensaios clínicos, e que têm sido enfatizados no âmbito de abordagens que recusam uma noção de eficácia essencialista e medida bioquimicamente, defendendo a contingencialidade dos seus significados em função dos contextos e dos atores sociais envolvidos (Janes, 1999; Thompson, 2003; Barry, 2006a).

“Eu gosto muito da acupunctura e gosto muito de tudo o que sejam ‘trabalhos holísticos’, que trabalhem com todo o ser da pessoa. De certa forma ir ter com a minha terapeuta funciona um bocadinho como uma psicoterapia já, sem ser propriamente necessária, mas que é um momento em que eu falo com alguém que não me conhece assim tão bem... quer dizer, é uma pessoa de quem eu gosto muito, mas não é uma pessoa assim que seja minha íntima ou... acaba por ser íntima, mas não é uma pessoa que faça parte do meu círculo, e portanto acaba por ser uma pessoa ouvinte, muito ouvinte também que me dá bons conselhos, que tem uma energia muito boa, portanto que também me transmite uma energia muito boa, que é uma excelente massagista e, portanto, a acupunctura acaba por funcionar num conjunto, não é uma coisa isolada. A acupunctura não sei se sabe, mas é uma das cinco terapias da medicina tradicional chinesa, entre as quais se contam também a fitoterapia, a massagem, o Chi-kung e salvo erro... o moxabustão, que é a aplicação da moxa, olhe agora não sei, portanto é um calorzinho [*Mas pratica as cinco?*] Não, Chi-kung não pratico, mas ela comigo faz acupunctura, massagem, fitoterapia e moxa.”

(mulher, 33 anos, curso superior, E18L)

“Eu gosto de fazer acupunctura, acalma-me, relaxa-me... quando acho que estou um bocadinho mais cheinha, porque fiz a mudança de idade, etc., etc., faço, gosto de fazer.

Sobretudo, eles não tratam o exterior, eles tratam o nosso interior. E é isso que é importante e que na nossa medicina não se faz, percebe. Foi aquilo que eu ainda há pouco disse à menina, vai lá queixar-se de uma dor aqui e eles vão tratar especificamente da dor ali. Não vão à procura, no nosso organismo, o que é que causa a doença, não é? Se você tem dor de cabeça, pode ser do fígado, pode ser do baço, pode ser não sei de onde. É preciso descobrir as origens, não é? Não é dizer 'olhe, tome Ben-u-rons ou tome Aspegics'. Quer dizer, não estão a tratar nada!"

(mulher, 52 anos, 9º ano, E21L)

Por oposição à medicina convencional, a relação terapêutica nas MCA é qualificada como mais próxima de um modelo de decisão partilhada (Kelner, 2000), com uma componente humanista significativa. A *eficácia sentida* (Connor, 2004) estende-se a aspetos que ultrapassam os objetivos iniciais que ditaram o recurso às MCA, ou seja, o tratamento de um problema de saúde particular, designadamente ao *bem estar*, entendido de forma abrangente como um contentamento, realização e harmonia "natural" (Sointu, 2006a; Baarts e Pedersen, 2009). As MCA proporcionam assim *benefícios derivados* (Baarts e Pedersen, 2009), que funcionam, em conjunto com os resultados relativos aos problemas de saúde, como estímulo para a continuidade do recurso a estas medicinas.

Iniciam-se então processos de fidelização às MCA, traduzidos no recurso continuado às respetivas terapias ao longo das trajetórias subsequentes. Do ponto de vista das práticas, a fidelização é manifesta na extensão do recurso às redes de sociabilidade mais próximas, designadamente a família. Para além dos casos já relatados de antecedentes familiares, duas entrevistadas assumiram o papel de referenciação das terapias, ou, mais frequentemente, dos terapeutas, para filhos adultos e cônjuges, ou recorreram para filhos mais novos.

"Eu posso-lhe dizer que o meu marido era super contra essas situações, e converteu-se... completamente... ele não aceitava isso de maneira nenhuma, achava que era muito à base de charlatões... e hoje é ao contrário."

"Tinha mil e uma histórias para contar... a minha filha tem oito anos, e este ano tive um problema grave com ela no verão, andei com ela no São Francisco de Xavier e ninguém conseguiu, e já tinha uma *carrada* de medicamentos, calmantes e não sei quê, e foi o médico da homeopatia que acabou por resolver, e dizer "Não lhe dê nem mais um!" E resolveu o problema! (...) Oiça, ainda a semana passada vim com o meu filho ao médico da homeopatia porque andava um bocado stressado, anda no 9º ano..."

(mulher, 44 anos, 12º ano, E1L)

E é sobretudo manifesta na expansão das finalidades de recurso às MCA. Um dos traços distintivos deste modo de relação é efetivamente o facto de o seu uso não se circunscrever a questões de saúde específicas, mas se ir progressivamente alargando aos problemas que vão surgindo no curso de vida dos indivíduos. Assim, nos percursos continuados de recurso

às MCA encontram-se problemas de saúde muito variados, de maior ou menor gravidade, bem como objetivos para além dos estritamente terapêuticos, como a prevenção de doenças (ex. prevenção da gripe através de medicamentos homeopáticos), as questões estéticas (ex. emagrecimento) ou a busca do bem estar. Os excertos seguintes, relatos de uma das entrevistadas, ilustram esta utilização plural em termos de finalidades. Além disso, mostram como os processos de fidelização podem não decorrer apenas da satisfação com os resultados das MCA, mas estão também associados a episódios recorrentes de insatisfação com a medicina convencional.

“[E continua a tomar porquê? Porque o problema de saúde persiste?] Não. Por outros problemas de saúde. Por exemplo, neste momento... tive um problema de coluna, e o próprio médico da medicina convencional aconselhou-me a que eu, antes de ser operada, fosse a um médico da medicina... da acupunctura ou assim... que o P. era um bom médico para fazer a acupunctura... da coluna, quando ando pior vou lá.”

“Sou muito apologista (dos medicamentos naturais). Eu sou muito pelas medicinas alternativas, e por isso utilizo medicamentos naturais, inclusivamente na base da homeopatia. Posso dizer que em casa somos quatro, eu o meu marido e dois filhos, e todos nós levamos vacina homeopática.(...) Para a gripe. E acho que é eficaz. Eu tenho várias experiências ao nível da saúde que, pronto, com medicamentos... não resolveram, e com parte de homeopatia e com parte de acupunctura, consegui resolver.”

*“... para a questão das vacinas da gripe... olhe, para a questão – provavelmente era o *stress* – com umas peladelas que tive muito grandes no cabelo e que o dermatologista nunca mais resolvia e teve que ser com parte de homeopatia [*Então, neste momento, sempre que há um problema qualquer, recorre logo ao homeopata ou recorre à medicina convencional?*] Normalmente, à homeopática... [*Primeiro ao homeopata?*] É, é... já há uma confiança muito grande... apesar de o homeopata poder dizer assim ‘Não, isto não é um problema para mim, tem que recorrer a outro médico’. Posso-lhe contar que, no caso da coluna, eu andei com ele e chegou a uma altura em que me disse ‘Isto não é para mim, há um médico, fulano tal’... ele é que me marcou a consulta para esse médico...”*

*“Tive um caso complicado, que foi a questão de um peito, na altura do Natal comecei a ter um peito muito inchado, fui fazer uma mamografia... começou tudo a pensar que eu tinha que ser operada, e nessa altura... entrei um bocado em pânico, e fui pedir a opinião ao homeopata, e disse que não tinha nada a ver com o peito, tinha a ver com o nervo que vai da coluna e que liga ao peito... acabei por não ser operada, e os médicos concordaram que tinha muito a ver com o problema da coluna. [*Deixe-me explorar um bocadinho mais: primeiro foi à sua médica?*] À minha médica. E ela mandou fazer a mamografia. E pôs a hipótese da cirurgia. E eu antes de ser operada, fui pedir a opinião desse médico... conhecia de problemas graves que a minha filha tinha, e foi este médico de homeopatia... já foi há oito anos... [*E depois, desapareceram os caroços?*] Quer dizer, em fazendo um bocadinho mais de esforços... e vou sendo vigiada, sempre... [*Mas tomou alguma medicação para isso?*] Entretanto ele deu-me uma medicação, homeopática. [*E resultou?*] Teve resultados.”*

(mulher, 44 anos, 12º ano, E1L)

Do ponto de vista das atitudes, a fidelização implica uma certa adesão ideológica às MCA, em que os discursos das entrevistadas tendem a reproduzir a retórica ativista de busca de legitimação social produzida pelos terapeutas e pelas organizações que os representam (cf. capítulo 5). Como referido, valorizam aspetos como a abordagem holística da saúde por parte das MCA, a atenção às causas dos sintomas, a ênfase na capacidade de auto-regeneração do organismo, entre outros, cuja congruência com as bases filosóficas da maioria das MCA é evidente (Siahpush, 1998). Chega a haver casos de aquisição de uma relativa pericialidade no domínio das terapias com as quais se contacta frequentemente, como o excerto seguinte ilustra.

“Quer dizer, eu já conheço a M. há uns aninhos mas assim de forma regular foi mais este ano, também porque estava com excesso de trabalho e ir lá de vez em quando receber uma massagem, poder falar... [*Mas a acupunctura é para relaxamento do corpo?*] É, é para equilíbrio dos órgãos. Não sei se sabe, mas a acupunctura funciona desta forma: todos os órgãos estão energeticamente ligados entre si e há “meridianos”..., imagina os meridianos da terra, imagina o nosso corpo composto por meridianos, esses meridianos atravessam várias partes do corpo e os órgãos. Por exemplo, o intestino grosso está ligado ao pulmão, o intestino delgado está ligado ao coração, pronto há... eles têm as suas conexões próprias. E a acupunctura, no fundo, é como um desbloquear da energia, porque trabalha, é uma coisa energética, num determinado órgão, o que vai beneficiar todos os outros. Por exemplo, se eu me estou a queixar, imagine, de digestões difíceis, se calhar o meridiano do estômago deve ser trabalhado que, por sua vez, vai beneficiar todos os órgãos que estão ligados ao estômago. Eu até posso estar a ter digestões difíceis não diretamente por causa do estômago mas por outro órgão que esteja ligado.”

(mulher, 33 anos, curso superior, E18L)

A fidelização comporta ainda um processo de construção da confiança no(s) terapeuta(s). Nos casos em análise, o recurso não é limitado a uma única terapia e só num caso se traduz na consulta de um único terapeuta. As combinações de terapias mais frequentes são a acupunctura e a homeopatia, praticadas por terapeutas distintos. Os mesmos terapeutas são consultados de forma regular ao longo de vários anos. Com estes se vão consolidando relações de confiança, num processo de fidelização aos terapeutas, que é comum aos modos de relação com as MCA que implicam um recurso continuado – a *convicção* e o *eclétismo*.

Os critérios de construção da confiança são diversos e, ao contrário do que uma visão mais imediatista faria prever, não assentam sempre, ou exclusivamente, numa lógica interpessoal. Se uma relação terapêutica caracterizada por uma participação ativa do doente e por uma maior proximidade entre este e o médico é propícia à valorização das competências sociais e relacionais dos terapeutas – sistematizadas na conceção humanista da prática da medicina (Carapinheiro, 1991, 1993) –, tal não invalida a mobilização de critérios de construção da confiança assentes, indireta ou diretamente, no sistema de

credenciação da medicina convencional. Enquanto no primeiro excerto que a seguir se apresenta se valoriza o domínio de conhecimentos específico da medicina tradicional chinesa, nos outros dois valoriza-se a posse de um diploma na área dos cuidados de saúde convencionais, psicologia e biomedicina.

“A minha terapeuta de acupuntura conhece as fórmulas, conhece tudo, conhece fitoterapia conhece as fórmulas e diz, ‘olha vais à loja tal e compras a Fórmula 21’ e eu ‘Ó M., mas para que é que isto serve?’ ‘Olha isto vai-te pôr com o organismo mais recetivo a isto e àquilo e o teu sistema digestivo e o teu sistema urinário e o teu não sei o quê, vai-te dar um *bust*, Fórmula 21. Fortalecer o sangue, Fórmula 6, Fórmula não sei quê’. Mas quando eu chego e abro a caixinha, não tenho lá nada a dizer, nem a posologia nem ...[*Mas confia a 100% na informação que ela...*] Ah, confio e depois vejo os resultados, claro. Os chineses são ótimos!”

(mulher, 33 anos, curso superior, E18L)

“Pronto, neste caso da homeopatia, ele até é psicólogo, apesar de psicólogo, é homeopata. No caso do Dr X, ou falta-lhe ou já tem quase um curso de medicina mesmo...”

(mulher, 44 anos, 12º ano, E1L)

“[*Se a médica de clínica geral ou de medicina tradicional, como há pouco chamou, lhe receitasse medicamentos?*] Eu não tomava logo, posso-lhe dizer. [*O que é que fazia?*] Primeiro ia falar com a minha médica homeopática. Que é médica também, ela também é médica nos hospitais, é professora mesmo [*Ah!, só que tem a vertente...*], só que tem a vertente homeopática, portanto eu tenho muita confiança com ela e, por isso, ia-lhe logo colocar a questão: ‘olhe, passa-se isto, o que é que eu faço?’”

(mulher, 50 anos, curso superior, E23L)

Como outras pesquisas têm demonstrado, mesmo nos modos de relação com as MCA caracterizados pelo recurso regular e continuado, e pela adesão ideológica, não há abandono da medicina convencional. Os resultados destas pesquisas mostram que os *utilizadores estáveis* (Sharma, 1996), ou *utilizadores empenhados* (Barry, 2006b) mantêm, ao longo das suas trajetórias terapêuticas, o recurso à medicina convencional, embora se verifique um afastamento progressivo e uma tendencial lógica de substituição desta pelas MCA.

Na *convicção*, todas as entrevistadas declaram recorrer às MCA como escolha prioritária para a generalidade dos problemas de saúde. Os terapeutas constituem, inclusivamente, em algumas situações, agentes de referenciação dos médicos da medicina convencional (cf. excertos seguintes), ou, em outras, agentes de validação das prescrições médicas (cf. excerto anterior).

“Portanto, à homeopatia recorro quando eu preciso de... imagine que na medicina tradicional, o que é que eu preciso? de exames e a minha médica homeopata também mos passa e,

portanto, eu para os fazer tenho que ir sempre à 'Caixa', não é? Portanto recorro à médica. Depois a minha, a homeopata é que me prescreve os medicamentos, porque recorro mais a medicamentos homeopáticos do que aos tradicionais. Fiquei um bocadinho escaldada, compreende? E então tento mais a homeopatia.”

“[*Mas no caso da menopausa foi primeiro à médica?*] Não, foi assim: fui primeiro à minha, à homeopatia, dizer que estava a começar com esses 'calores' e não sei quê e que não queria fazer a terapia de substituição, como é que eu iria fazer. E depois a médica da homeopatia, a própria médica é que me disse, 'sim mas mesmo assim vá a um ginecologista até porque já não vai há um tempo e não sei quê' (...) 'Até porque depois tem que periodicamente fazer exames, mamografias e etc., etc.'”

(mulher, 50 anos, curso superior, E23L)

A lógica de substituição estende-se ao consumo de medicamentos. Todas as entrevistadas consomem regularmente medicamentos/produtos terapêuticos naturais, incluindo medicamentos homeopáticos e suplementos alimentares, prescritos pelos terapeutas de MCA. Estes são objeto de valorizações muito positivas, sendo representados como possuindo propriedades de inocuidade, isto é, a ausência de riscos e de consequências negativas para a saúde, e como a materialização do natural, em consonância com os resultados de pesquisas empíricas sobre o consumo de medicamentos, quer químicos, quer naturais (Lopes, 2010a; Raposo, 2010). Porém, diferentemente das perceções mais generalizadas sobre o risco e a eficácia dos produtos naturais, em que a inocuidade surge como a outra face de resultados terapêuticos menos efetivos e, sobretudo, mais demorados (Raposo, 2010), nas entrevistadas incluídas na *convicção* emerge também, de forma muito expressiva, a crença na eficácia terapêutica destes produtos, alimentada por experiências que se vão acumulando ao longo das trajetórias terapêuticas.

A adesão ao consumo de medicamentos/produtos naturais é concomitante com uma rejeição discursiva – com maior ou menor tradução nas práticas efetivas – dos medicamentos químicos. Os argumentos que sustentam o seu evitamento são os diametralmente opostos aos que legitimam o consumo dos naturais, e coincidem com os já analisados em outras pesquisas (Lopes, 2010b; Lopes *et al.*, 2012), sendo o mais estruturante o que remete para os riscos associados ao consumo dos fármacos, mas também, no modo de relação com as MCA em análise, um marcado ceticismo face à sua eficácia. O consumo de medicamentos químicos é, pois, bastante restringido entre as entrevistadas, sendo limitado a questões de saúde que se consideram de considerável gravidade (caso de uma entrevistada que toma um medicamento para problema na tiroide) ou para gerir sintomas comuns que exigem rápido restabelecimento das capacidades requeridas pelo desempenho das atividades quotidianas (de que são exemplo os medicamentos para a dor de cabeça).

Se assistimos, nestas trajetórias terapêuticas, à alegação da supremacia das MCA sobre a biomedicina, que fatores explicam a manutenção do recurso a esta? É possível identificar três ordens de razões. Primeiro, as MCA não são percebidas como capacitadas para substituir, de forma total, a medicina convencional, designadamente determinadas especialidades médicas ou a gestão de determinadas doenças, por vezes associadas à necessidade de intervenção cirúrgica. Nestas entrevistas, os casos paradigmáticos são o da ginecologia, cujo acompanhamento é mantido, e da cirurgia. Segundo, a necessidade de controlar o estado de saúde através de exames de diagnóstico que se inscrevem na racionalidade científica da biomedicina e cuja prescrição é monopólio dos profissionais médicos. Estes são inclusivamente utilizados para avaliar e validar os resultados dos tratamentos das MCA. Terceiro, a existência de situações de confiança interpessoal relativamente a alguns médicos, em que a relação terapêutica é caracterizada em moldes semelhantes à que ocorre com os terapeutas das MCA, mostrando como uma relação de pendor menos paternalista não é um exclusivo destas medicinas, como várias pesquisas já mencionadas (cf. capítulo 3, ponto 3.5) concluíram, mas sim um modelo relacional que tem vindo a expandir-se em contextos de níveis de qualificação crescente dos pacientes (Bury, 1997; Lupton, 1997).

Quando o recurso à medicina convencional surge como inevitável, pode ocorrer numa lógica de complementaridade por relação às MCA. O excerto que se segue relata uma situação de utilização simultânea dos dois sistemas terapêuticos, para gerir uma questão de saúde qualificada como grave. É particularmente elucidativo do tipo de funções atribuídas a um e a outro e de como os indivíduos integram nas suas racionalidades leigas elementos de tradições distintas, conferindo-lhes sentido. Neste caso, a acupuntura desempenha, não um papel estritamente curativo – esse é monopólio da medicina na forma de intervenção cirúrgica – mas uma forma de minorar os efeitos nefastos de modalidades curativas invasivas.

“Eu, por exemplo, quando fui operada à tiróide, o P. (acupunctor) aconselhou-me a ir ter com ele. Porquê? Porque os médicos não tinham feito aquilo que ele gostaria que eles tivessem feito, que era terem feito uma biópsia primeiro para saber se era canceroso. E eles não fizeram! E como aquilo me estava a sufocar, eu tinha um tumor muito grande aqui, vários, ali à volta, ele disse ‘Adriana, não há outra solução. Como não temos a certeza se isso é canceroso ou não, vamos operar’. E prepararam-me para a operação com acupuntura, também me acompanharam, acompanharam o dia a seguir, no dia a seguir já estavam a acompanhar o processo de recuperação e eu recuperei rapidamente, que os médicos ficaram espantados, como é que eu tive uma recuperação tão fantástica! [*Mas fez a operação com o P.?*] Não, eu fiz a operação com um médico de oncologia. Mas fiz foi a preparação com o P., recomendada pelo P., acompanhada pelo irmão, que é o Dr. J., e a recuperação pós-operatório também foi feita e acompanhada, com as indicações do Dr. P., seguidas pelo Dr. J.. Portanto, de facto, isso traz uma segurança muito grande, não é? Acabou por ser uma recuperação fantástica. [*Acha que acabam por ser complementares?*] Exatamente.”

(mulher, 52 anos, 9º ano, E21L)

Um dos indicadores da dominação da biomedicina no plano das atitudes e práticas sociais dos indivíduos é o modo como estes gerem a informação sobre o recurso às MCA junto dos médicos. À semelhança dos resultados de várias pesquisas, em que a ocultação constitui a regra e a revelação a exceção (Wiles e Rosenberg, 2001; Faizang, 2002; Badone, 2008), mesmo nas situações de forte adesão às MCA que caracterizam a *convicção*, a forma de gestão mais comum consiste na ocultação, havendo apenas uma entrevistada que declara revelar, conforme o excerto a seguir ilustra.

“Agora, a partir deste mês, são de dois em dois, mas todos os meses eu vou ao homeopata, faço uma análise ao sangue, estudamos a situação, ele estuda a situação, eu acompanho, vemos qual é a evolução... Os únicos que ainda não retirámos de vez é o xxx, que é as células de tubarão vivo e é o xxx. Um está a matar e o outro está a cortar a alimentação do animal. Portanto, está a isolá-lo (o lipoma). Neste momento ele está circunscrito e bastante mais reduzido, de 13 cm está em 8 cm. E vou confirmar com uma ecografia e com uma ressonância magnética, não é? É interessante depois poder ver... [*E continua a ser acompanhada pelo outro médico na mesma?*] Sim, sim. Eu vou lá, ao meu médico normal, mostrar, não sei quê... [*E ele sabe que está a tomar?*] Sabe. [*E a receptividade é boa?*] Boa! Boa! [*Não a aconselha, de vez em quando, a tomar um ou outro medicamento?*] Não. Não. Por acaso nisso eu acho que tenho tido uma sorte fantástica, sabe? Tenho lidado com médicos que, tanto um como o outro, percebem perfeitamente. Aliás, quando o médico me mandou fazer a ecografia e me viu e depois começou-se na situação do lipossarcoma e aquela confusão toda, foi o próprio a dizer ‘Adriana, faz o tratamento natural, esquece a operação’ Quando veio a biópsia, veio a confirmação, que não há lipossarcoma, é um lipoma, e havia médicos que queriam operar e, apesar daquilo estar alojado no gêmeo, significava que, mesmo sem ser cancro, eu ia ficar com a perna deformada e nunca mais ia ter mobilidade como tenho hoje... o médico, o meu médico, um dos meus médicos foi o primeiro a dizer ‘Adriana, não operes. Segue os teus tratamentos...’ [*Nessa altura ele já sabia que...?*] Sim, sim, ele já sabia há muitos anos que eu fazia acupuntura, que eu me tratava com o P. e que me tratava com o J. e com o B. e com isso tudo. E ele foi o primeiro a dizer-me que sim.”

(mulher, 52 anos, 9º ano, E21L)

Nos outros três casos, as entrevistadas expressam o receio de suscitar a desaprovação ou a ira dos médicos e as consequências que daí advêm, nomeadamente a possibilidade de estes “deixarem de se interessar” – expressão de uma delas – pelos pacientes. Verifica-se assim que a adesão ideológica e o recurso preferencial às MCA são experienciados como dissidência e transgressão, não se traduzindo necessariamente num desafio à autoridade médica. Eis um exemplo.

“E então ao fim desses três meses fui ao médico de medicina interna da PT. Porque eu trabalhava na PT e, então fui a ele e ele perguntou-me como é que eu estava e eu não lhe disse que estava a fazer nada, porque é complicado dizer a estes médicos, e disse que me sentia melhor, sinceramente menti. [*Acha que ele não ia aceitar?*] Não sei. [*Que tipo de receio teve em contar-lhe?*] Porque os médicos muitas vezes não aceitam e pensam...”

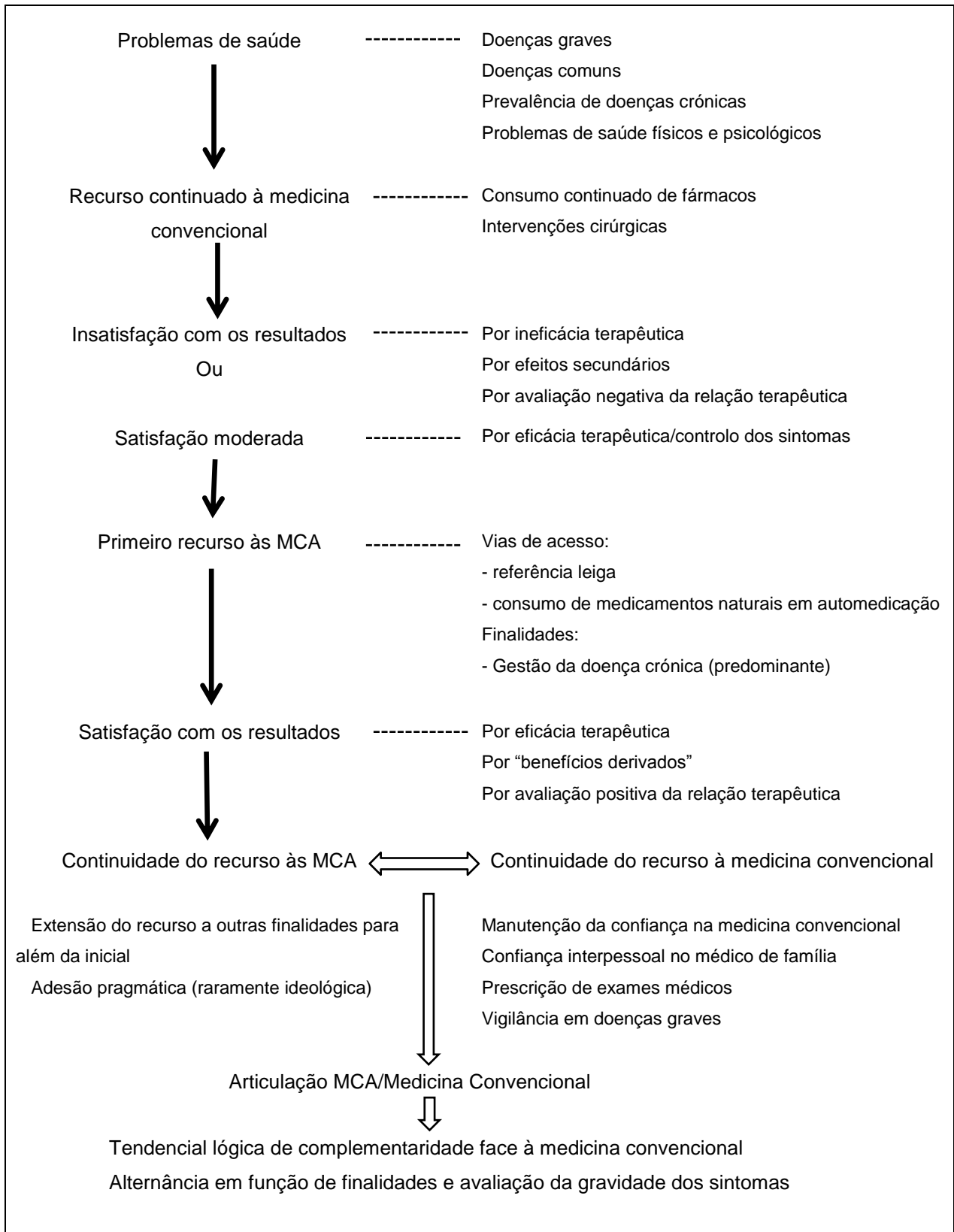
(mulher, 50 anos, curso superior, E23L)

8.2. Ecletismo

O *ecletismo* integra trajetórias de recurso regular e continuado às MCA e à medicina convencional, em lógicas de simultaneidade ou sequencialidade. Pode existir conjugação de ambas as medicinas para o mesmo problema de saúde/finalidade ou segmentação segundo a diversidade de problemas/finalidades. Foram classificados neste modo de relação nove entrevistados, residentes em Lisboa (7) e na Guarda (2), quatro do género feminino e cinco do género masculino, com grande diversidade em termos etários e qualificacionais, embora com ligeira prevalência de indivíduos detentores de curso superior. Relativamente à condição de saúde, predominam as situações de doença crónica (7 entrevistados) (Cf. Anexo C). Por comparação com os outros três modos de relação com as MCA, este é aquele que se apresenta mais heterogéneo e transversal do ponto de vista dos atributos sociodemográficos dos entrevistados.

As trajetórias terapêuticas típicas deste modo de relação podem ser esquematizadas como mostra a figura seguinte.

Figura 8.2. Eclétismo: síntese de trajetórias terapêuticas



No *eclétismo* as trajetórias de recurso às MCA são bastante diversas, quer em termos da sua temporalidade, quer em termos da frequência com que esse recurso ocorre.

Encontramos desde percursos com início há mais de 10 anos, com momentos de intensidade variável, até casos de recursos relativamente recentes (mínimo de um ano) mas intensivos, cuja continuidade é, em termos de intenções manifestas, projetada no futuro.

Os entrevistados incluídos no *ecletismo* são aqueles que descrevem com mais pormenor e precisão os seus itinerários terapêuticos em situações de saúde específicas, quer a nível das práticas, quer a nível dos significados que lhes vão atribuindo. Na medida em que muitos desses itinerários configuram formas de gestão de doenças crónicas – algumas cuja gravidade pode comprometer a própria vida – há entrevistas que constituem verdadeiras “narrativas de doença” (Kleinman, 1988; Bury, 2001).

Tal como na *convicção* – e em todos os modos de relação – a medicina convencional é o ponto de partida das trajetórias terapêuticas, para diferentes problemas de saúde, sobretudo de índole física, mas também de índole psicológica. A gestão desses problemas passa pela mobilização das ferramentas terapêuticas características da biomedicina, essencialmente os fármacos e, em menor número de casos, intervenções cirúrgicas.

Embora se verifiquem situações de insatisfação declarada com a medicina convencional, não ocorre, como no modo de relação anterior, uma tendencial rejeição discursiva desta medicina. Efetivamente, os motivos que sustentam a procura das MCA não se esgotam em avaliações negativas dos resultados obtidos com a medicina convencional. É possível identificar três tipos de finalidades associadas ao recurso às MCA: i) a gestão de problemas de saúde; ii) as finalidades estéticas; iii) a procura de bem estar.

Na primeira finalidade, incluem-se quer questões de saúde que os entrevistados percecionam como não resolvidas ou devidamente tratadas pela medicina convencional, quer doenças em que, embora seja reconhecida a eficácia daquela, as MCA desempenham um papel coadjuvante sobretudo em dimensões para as quais se considera que a biomedicina não está inteiramente capacitada, como o alívio do desconforto causado por determinados sintomas ou a atenção à componente psicológica. Neste último caso, encontramos eco das estratégias de subalternização das MCA por parte da medicina convencional, em particular a externalização de algumas das suas impotências face a fenómenos de doença derivados do padrão epidemiológico moderno, com o peso de doenças crónicas, degenerativas e debilitante, e de formas de mal-estar que têm vindo a alargar progressivamente o domínio da doença (Clamote, 2006). No plano micro, é de certo modo reproduzida a divisão do trabalho terapêutico a que as MCA são sujeitas pela biomedicina em unidades de cuidados de saúde em que ambas coexistem, designadamente a atribuição do monopólio do diagnóstico e tratamento da *disease* (doença do médico) aos praticantes biomédicos e a relegação das MCA para o trabalho no contexto da *illness* (doença do doente) (Shuval, Mizrachi e Smetannikov, 2002).

Os excertos seguintes ilustram a entrada nas MCA a partir de situações de doença e evidenciam as experiências negativas associadas ao consumo de medicamentos, designadamente a sua ineficácia terapêutica ou a presença de efeitos secundários. Por contraste, as ferramentas utilizadas pelas MCA – os medicamentos naturais e/ou homeopáticos ou modalidades terapêuticas que exigem a intervenção do terapeuta (ex. osteopatia, quiropráxia) – são avaliadas de forma positiva, não só pela sua inocuidade, mas também pela sua capacidade curativa.

“De colegas que faziam assim e eu recorri, procurei, fui ao mesmo médico, um especialista. Um especialista, um naturalista... naturalologista, não sei como é que se chama isso. Mas pronto, elas iam ao médico, davam-se muito bem com ele e pronto. Ele passa tudo natural [E sentiu resultados?] Sim, sim. [Antes de recorrer a esse médico já tinha experimentado outros medicamentos?] Sim, farmacêuticos já. [O que é que já tinha experimentado?] Faziam mal ao estômago, faziam lá outras situações não aconselháveis... outros que vomitavam, outros que faziam... certas contra-indicações. Enquanto que com os naturais eu senti-me muito, muito bem. [Na altura que medicamentos é que tomou? Desses químicos?] Depressões, para dores musculares... [Mas tinha sido receitado pelo médico?] Pelo médico, sim. [E na altura não falou com o médico sobre esses efeitos secundários?] Falei, mas ela diz que é normal, eu ter essas reações a esses medicamentos e que não podia fazer nada. [E como é que fez? Deixou de tomar por sua iniciativa?] Deixei de tomar, aconselharam-me este especialista, fui a este especialista, continuei a tomar naturais. [E quando deixou de tomar, informou o médico que já não ia tomar mais? Ou não, simplesmente deixou de tomar?] Simplesmente deixei de tomar (risos). Deixei de ir ao médico, já nem lá vou há uns dois anitos. E, no entanto, ia lá todos, todos os meses! E há dois anos que não vou.”

(mulher, 42 anos, 6º ano, E4G)

“Recorri uma vez, gastei 400 euros, só para mim. Numa altura da minha vida em que estava com a barriga inchada, também cheio de stress, cheio de dores... não me sentia bem. E com os medicamentos que a médica de família me receitava não via melhoras. Recorri a esse médico e o que é certo é que eu melhorei substancialmente [Com esse médico...?] Esse médico homeopata, com medicamentos de ervanária, são muito caros. [E depois continuou a usar os medicamentos que a sua médica de família tinha receitado?] Sim, sim. [Em complemento?] Sim, sim. Em complemento. Deu-me vida, foi extraordinário.”

(homem, 58 anos, 6º ano, E9L)

“(...) um médico que já me tratou de uma lombalgia. É um médico russo osteopata, mas já está em Portugal há alguns anos e tinha um filho que fazia um desporto também, que fazia um desporto de combate federado na Rússia, e ele tratava o filho. E ele tratou-me lesões e nunca foi preciso recorrer a medicamentos e o que é certo é que eu ia a outros sítios fazer os exames, e era analgésicos, era um certo tipo de terapias e aliviava no momento, mas uma pessoa se estiver com o analgésico a pessoa não sabe sequer se o organismo... Às vezes a pessoa pode até estar com o efeito do analgésico e depois tem um problema lá, e o próprio organismo não se defende, porque a pessoa precisa do organismo a defender-se, não é? E ele tratou-me das coisas e eu fiquei bem, por exemplo, tratou-me e durante um ano eu não tive problemas principalmente na zona lombar, que eu tinha bastantes.”

(homem, 33 anos, 12º ano, E17L)

“Mas olhe, o ano passado tive um entorse, uma tendinite mais propriamente dito, fiz uma deslocação no ombro, andei quase seis meses aflito. Estive na especialidade de ortopedia, este meu ombro, para movimentar o braço era um castigo, tinha a mão quase dormente, este dedo estava completamente dormente, este estava, e o resto da mão estava semi-dormente. Eu estive em otorrino, fui fazer testes aos nervos a ver se havia algum nervo afetado ou algum tendão, estava tudo ok e a dor não me passava. E o médico ortopedista que me viu disse assim: ‘olhe, isso vai ter que aguentar porque a gente aqui não deteta nada, não se vê nada visível, o TAC não acusa nada, eu também já ando aqui com um dedo dormente há não sei quanto tempo, ainda nem sequer tive tempo de ir fazer um exame que o senhor já foi fazer aos dedos e tal’, e aquilo ficou por ali e receitou-me antibióticos para tomar. Eu tomei aquilo e aí ao fim de três ou quatro dias o meu estômago estava, parecia que rebentava. Parei logo automaticamente com aquilo. E numa conversa ocasional com um cliente, e na altura fiz um gesto qualquer que fiz um esgar de dor, que ele perguntou o que é que eu tinha, eu disse ‘epá, olhe, passa-se isto comigo assim, assim e não há maneira desta dor passar, já estive no ortopedista, já fiz estes testes’. Ele disse assim, ‘então olha, toma lá este nome deste massagista, ele é osteopata, é ali em Lisboa, vai lá a uma consulta a ele’. Eu fui lá, duas sessões, a terceira que marquei já não fui, porque já não tive necessidade. Com duas sessões eu fiquei... deixei de ter a mão dormente, fiquei ótimo.”

(homem, 53 anos, 12º ano, E11L)

“Mas, como lhe digo, eu vou mais a nível de coluna, porque uma das coisas e isto foi logo de início, queriam-me fazer infiltrações. Eu estava com uma dor no cotovelo (risos), que é, chamam-lhe a doença dos tenistas, se bem que eu não faço ténis, mas pronto. E doía-me aqui muito o cotovelo e queriam-me fazer infiltrações de cortisona. Quando me falaram de cortisona, eu fiquei logo com os cabelos em pé. [Porquê?] Porque não me fazem infiltrações de cortisona. Eu já não era muito nova. Porque não queria ter um rendilhado no cotovelo, mais tarde. Eu disse ‘cortisona, não me fazem’. Em último caso, quando a pessoa já não puder, mas eu não tenho uma coisa que esteja assim a rastejar para me porem cortisona, não. Foi aí que fui a ele. (...) Um osteopata, foi mesmo um osteopata. E já não era muito novo, era uma pessoa de meia-idade, portanto, já com experiência. E eu fui vê-lo e disse ‘ah, não, nem pensar!’. Fez-me um tratamento... Só sei que estava assim havia ano e meio. Ao fim de 15 dias, já estava curada. Tratamento, mais umas coisas para beber para desinflamar. Ele também faz digitopunctura. Portanto, estive aqui, eu já não me lembro muito bem, eu sei que ele me mexeu aqui... já não me recordo. São tantas coisas que, entretanto...”

(mulher, 64 anos, curso superior, E19L)

Em outros casos, as finalidades que motivaram a primeira experiência ultrapassam o domínio exclusivo da doença, estendendo-se a objetivos de melhoria da imagem corporal ou de alcance do bem estar em geral. Como veremos de seguida, a satisfação manifestada com os resultados das terapias para estas finalidades tem como consequência a extensão do seu uso para problemas de saúde.

“(sobre o motivo de recurso à acupunctura) Hmm... bom, para mim é um problema, é mesmo a nível de celulite. Eu tenho mesmo acho que é uma celulite chamada hereditária, e é assim, eu como faço muito exercício físico, ela está toda entranhada nos músculos. Eu já há bastante tempo que faço tratamento... faço tratamentos, isto é, comecei por fazer tratamentos a nível estético, com umas ligaduras à base de algas, que resultou muito, só que como eu tinha bastante e já estava num estado muito avançado... e ainda tenho, ainda tenho, e neste

momento com a acupuntura noto uma evolução tremenda. Não me venham cá com comprimidos, não me venham cá com nada. Porque se a gente não aplicar um bom creme... um creme regular, umas massagens, pelo menos, e beber bastante água, (...) E ponho um creme, faço massagem, faço na mesma exercício físico... Mas não tomo nada, seja a nível de químico, seja a nível de produto natural, só mesmo o creme e mais nada. E depois as agulhinhas a funcionar (risos).”

(mulher, 28 anos, curso superior, E3G)

Há ainda dois entrevistados que relatam experiências anteriores – diretas ou indiretas – com recursos terapêuticos que se inscrevem nas chamadas medicinas populares, conforme caracterizadas anteriormente nesta dissertação (cf. capítulo 1, ponto 1.3). Estas experiências parecem impulsionar a construção de disposições favoráveis à procura de outros recursos terapêuticos heterodoxos, sem que, ao nível das perceções leigas, se estabeleça necessariamente uma diferenciação entre os dois sistemas.

“E olhe, vou-lhe dizer mais, eu nasci em África, mais propriamente em Angola. E devo-lhe dizer que o que mais se usava para a cura de muita doença era, realmente, os medicamentos de ervanária, de plantas, etc., etc. E devo-lhe dizer que conheci casos de pessoas que não se conseguiam tratar de outra forma e trataram-se assim. Através daqueles africanos muito mais idosos, muito conhecedores [Os *curandeiros?*] Os curandeiros... curandeiros entre aspas... eles tinham uma forma de se tratar, o recurso financeiro deles não era muito grande e também porque tinham muito conhecimento da medicina natural, das plantas... eles tratavam-se muito à base disso e tratavam muita gente à base disso e com êxito. Às vezes erram é na quantidade. Às vezes pode provocar uma diarreia, uns vômitos. Mas uma coisa é certa, conheci pessoas que se trataram de doenças terríveis à base dessa medicina e com muita eficácia.”

(homem, 58 anos, 6º ano, E9L)

“Porque eu tinha o contacto de uma senhora de há muitos anos, de lesões que tinha, uma senhora muito conhecida que era de X, que era a D., que era uma senhora já velhota que tinha inúmeras pessoas que... Essa era mais endireita, a pessoa chegava lá, eu tinha uma lesão e ela tinha muita técnica e ajudava muito as pessoas, só que... e o que é certo é que a pessoa só dava... faz lembrar aquelas coisas das aldeias, uma pessoa só dava aquilo que quisesse (...) Essa senhora na altura eu era um bocado miúdo ainda, 14 ou 15 anos, mas acho que foi um meu professor de Karaté que me levou lá (...) depois já em homem continuei, é engraçado. Depois algumas lesões que tive ia lá, e ficava melhor, realmente ficava melhor. Mas este tipo de lesão, cheguei a lá ir das costas ligado, um dia, dois, mas voltava sempre as dores. Não conseguia tratar, este tipo de coisas ela não...”

(homem, 33 anos, 12º ano, E17L)

A *referência leiga* (Clamote, 2010) é o meio predominante de acesso à informação sobre os terapeutas das MCA. No conjunto dos entrevistados do modo de relação em análise, apenas um tomou conhecimento através de uma pesquisa na internet, culminando na consulta de um acupuncturista sem qualquer referência de indivíduos pertencentes às suas redes de sociabilidade. Todos os outros entrevistados relatam situações de aconselhamento por parte de colegas e amigos ou, em menor número, familiares, que correspondem, em muitos

casos, a histórias de sucesso, de excecionalidade, assumindo contornos quase mágicos, quase milagrosos, como o excerto seguinte demonstra a propósito de um terapeuta que é simultaneamente homeopata, naturopata e osteopata.

“[*E como é que teve conhecimento desse médico?*] Como é que tive? Por intermédio de uma colega minha que estava a falecer quase, já havia um ano que estava doente, doente, doente. Ia aos hospitais, ia a todos os médicos, não tinha nada, não tinha nada. Não lhe descobriam nada. Ela já estava com o osso e a pele. Era uma rapariga que já só desmaiava, sentia-se muito mal, não sabia o que é que tinha. Foi lá a este médico que indicaram, em desespero de causa, completamente. Foi pela iridologia que ele viu o que ela tinha, que era um problema numa mama. Era uma rapariga que já tinha tido um cancro, em novinha, logo quando nasceu. Mas não era cancerígeno o que ela tinha. Se bem que é uma pessoa que está sempre a ser vigiada, sempre, sempre. Mas já era grave e sei que era numa mama. Que eu me lembre, já não sei o que era, já não sei o que era. E ele disse ‘olhe, isto não está nas minhas mãos e, portanto, vai fazer o seguinte, vai a um hospital, a uma urgência e diz-lhe que dói...’ e ele mostrou o sítio, ‘e diz-lhe que dói aqui, nem que não doa, diga-lhe que dói muito, muito, muito’. E a ela não lhe doía ali. Eles foram ver onde ela disse e ela já não saiu do hospital. Foi logo operada. O que era, para lhe dizer, já lá vão muitos anos e não me recordo. E ficou ótima, logo a seguir. Perante isto, aquele médico passou na empresa... eu vou-lhe dizer onde é que eu trabalhava, a última empresa, era a O. Bem, uma empresa grande, aquilo foi assim o médico de todos. A partir daí...”

(mulher, 64 anos, curso superior, E19L)

As primeiras experiências de recurso às MCA culminam, regra geral, em apreciações bastante positivas dos seus resultados, sendo particularmente valorizados os aspetos associados à relação terapêutica. No entanto, ao contrário da *convicção*, em que, como referido, essa relação é positivamente avaliada por oposição às críticas dirigidas à medicina convencional, no *eclétismo* não se observa uma cisão tão acentuada. Vários entrevistados fazem referência à qualidade da relação terapêutica na medicina convencional, embora essa qualidade assuma um carácter pessoal, ou seja, é individualmente atribuída a um médico em particular, cuja prática profissional é percecionada, em alguns casos, como diferenciada face ao predomínio de concepções tecnicistas da prática dessa medicina.

“Mas também há uma coisa que eu digo, infelizmente, atualmente, de uma maneira geral, não digo que sejam todos, mas ao contrário daquilo que se via antigamente, e do que se vê ainda hoje com muitos bons médicos, há pouco diálogo com o doente. Os médicos explicam pouco, conversam pouco com os doentes. Acho que deviam ser mais... mais conversadores, explicar melhor as coisas... porque, por exemplo, esse médico que eu conheço em Espanha, ele é assim. Este que conheço aqui, o meu homeopata, ele é assim, ele perde horas a conversar com o doente.”

(homem, 58 anos, 6º ano, E9L)

“O meu médico, que é o Dr. F., que me operou, ele explicou-me sempre tudo, tudo, tudo. E é assim que eu tive confiança em ser operada. Tudo, mas desde o princípio que ele viu o género de pessoa que eu era. Ele é muito psicólogo, é uma coisa, ele vê logo as pessoas. Há pessoas a quem ele diz que não se pode dizer nada, ou tem de se dizer as coisas devagarinho, há

outras em que se diz tudo abertamente e é assim que elas têm confiança, que é o meu caso (...). Como eu digo, eu tenho completa confiança, por exemplo, nos médicos que eu tenho. Porque, por exemplo, eu vou-lhe dizer, tinha uma médica assistente de que eu não gostei. Comecei a ter dúvidas de certas coisas dela. Ao fim de... eu estive com ela para aí seis meses no máximo e tive de pedir para mudar. Pus incompatibilidades de feitiços, porque se tem de pôr uma razão, mas eu até nem tinha razões para pôr, mas eu não quis estar, não gosto de prejudicar as pessoas. E porque houve assim uma certa resposta que eu não gostei, de umas dúvidas que tinha e ela não gostou. Que há muitos médicos que não gostam que se tenha dúvidas de alguma coisa, 'mas não acha que...'. E arranjei uma médica... [*Que é esta atual, não é?*] É esta atual, extraordinária, que eu deposito toda a confiança, que tenho nela. O meu naturista também é a mesma coisa, que é osteopata, é o mesmo, não é?"

(mulher, 64 anos, curso superior, E19L)

De forma excepcional, encontramos também neste modo de relação um relato de manifestação de insatisfação face à eficácia terapêutica de uma terapia em particular, designadamente a acupunctura. Tal não invalida, porém, a procura de outras terapias inscritas nas MCA, e a continuidade do recurso àquelas que se revelam eficazes. É o caso do entrevistado cujo excerto a seguir se reproduz, que, após uma experiência negativamente avaliada com a acupunctura, recorre à quiropráxia, com a qual vai consolidando um processo de fidelização que se traduz num recurso continuado e regular. Este itinerário em particular corresponde aos utilizadores de MCA que Sharma (1996) designou por *exploradores diligentes*, para referir as situações de satisfação limitada com uma determinada terapia e de busca ativa de outras terapias. Na presente pesquisa, as trajetórias terapêuticas que correspondem a este perfil são residuais.

"Estava a fazer acupunctura, é assim, por causa disso, dores nas costas... A acupunctura tem um lado bom e um lado mau. Aliás, tem dois lados maus. Primeiro, é caro, é bastante caro, não é participado e, portanto, sai muito caro, e é uma coisa que se nós deixamos de fazer volta tudo ao mesmo. [*Aconteceu-lhe isso a si?*] Sim, porque no fundo aquilo... nós, se não levarmos aquela terapêutica quase permanentemente, de 15 em 15 dias ou uma vez por semana ou uma vez por mês, seja o que for, aquilo volta tudo outra vez! Porque a acupunctura o que faz, não é mais do que estímulos elétricos nos nossos nervos, que permitem relaxamentos e anestesiar determinadas zonas. Portanto, lá está, ataca os efeitos e não as causas. Eles dizem que ataca as causas, mas isso é só para nos convencer de que ataca as causas. Obviamente que aquilo não ataca as causas, aquilo é apenas uma forma de... atenuar sintomas, no fundo. Faz quase o efeito de um comprimido."

(homem, 30 anos, curso superior, E15L)

A manutenção do recurso às MCA concretiza-se em duas vertentes: i) numa lógica de continuidade, na gestão da doença crónica, sobretudo nas situações em que a entrada se deu precisamente pela via da procura de tratamento e/ou atenuação dos sintomas provocados por essa doença; ii) numa lógica de diversificação das finalidades de recurso para além da inicial, mais associada aos casos de procura motivados pela busca de bem

estar ou por questões estéticas. Os excertos abaixo transcritos correspondem a uma trajetória iniciada com uma consulta de acupuntura com finalidades estéticas (diminuição da celulite), que se foi consolidando através da extensão do uso desta terapia para finalidades inscritas no domínio da saúde, física e psicológica, como a regulação do trânsito intestinal ou a ansiedade.

“(para regular os intestinos) Não, não tomo medicamentos. Tomo uma mezinha, como costumo dizer, um copo de água morna com duas ou três gotas de limão. E tenho andado impecável (...) Eu faço acupuntura e, então, foi a doutora da acupuntura que me aconselhou, pronto, para me ajudar um pouco e tenho andado impecável. Resultou. [*Faz acupuntura para esse problema dos intestinos?*] Não, faço para outro tipo de problema, mas a gente em conversa, às vezes a falar, e então ela aconselhou-me isso, para fazer assim, e resulta.”

“[*No caso desse calmante (medicamento natural) que tomou no ano passado, quem que é que lhe indicou esse medicamento?*] Foi a doutora da acupuntura também. Foi ela que me indicou, porque ela viu que eu estava bastante ansiosa, por várias coisas, e então ela disse ‘faz este tratamento, tomas duas caixinhas seguidas e vais ver se isso melhora’. Claro que demora mais tempo, mas deu o efeito desejado. [*Com esses medicamentos não sentiu aquele ardor no estômago?*] Nada, nada. Não senti nada a nível do estômago e, pronto, é como se não estivesse a tomar nada. Não me fez nenhum efeito nesse aspeto. [*Mas fez o efeito que pretendia?*] Sim, a nível de regular o sono e de acalmar a ansiedade sim, mas a nível do estômago não senti nada e andei bem.”

(mulher, 28 anos, curso superior, E3G)

Na generalidade dos casos, os entrevistados mantinham, à data das entrevistas, o recurso às MCA com relativa regularidade, variável consoante as condições de saúde. Apenas dois não consultavam um terapeuta há mais de dois anos, embora tivessem um percurso longo e consolidado de recurso no passado recente. Em nenhum dos casos a interrupção significa o abandono, se tomarmos como foco de análise não apenas as práticas, mas também as disposições. Efetivamente, ambos os entrevistados manifestam atitudes de adesão às MCA e crença na sua eficácia, bem como intenção – com maior ou menor potencial de concretização – de retomar a utilização. A interrupção deve-se a duas ordens de razões diferenciadas: a melhoria dos sintomas; a ausência de capital económico para fazer face às despesas que o recurso às MCA acarreta, designadamente os honorários praticados pelos terapeutas em causa e os medicamentos prescritos, como mostram os excertos seguintes, do mesmo entrevistado.

“Para fazer um tratamento com a medicina dele (homeopata), porque é realmente espetacular. É pena é ser tão caro. É assim, deixamos lá 400, 500, 600 euros. Ele vê as doenças da pessoa, não quer que a pessoa lhe diga nada. A gente apresenta-se no consultório, ele manda deitar a pessoa, começa a apalpar os ossos da coluna, começa por cima, no pescoço, e começa a falar, começa a descrever todas as doenças que temos, o que devemos fazer, o que não devemos fazer, o que comemos, o que não devemos comer, ‘você tem isto, você tem

aquilo, tem aqueloutro', e assim e por aí fora. E depois receita. E depois saímos de lá, ao fim de algum tempo parecemos uns jovens. Mas sai caro, muito dinheiro.”

“O homeopata acompanhou no sentido de me dar informações. Não propriamente de me tratar, porque eu para me tratar com ele o meu dinheiro não chegava. Não é compartilhado, os medicamentos dele são caríssimos, são naturais, mas são de uma eficácia muito boa, tenho essa experiência, infelizmente com o meu pai, que faleceu com cancro nos pulmões que lhe davam três meses de vida e ele durou um ano e tal, e ele disse ‘se tem aparecido mais cedo eu tinha-lhe secado um pulmão e podia viver com outro’. E os medicamentos que ele receitou eram de tal ordem eficazes que os próprios médicos do hospital onde ele ia fazer quimioterapia, uma vez viraram-se para mim e disseram-me que ‘famos ter homem’... Só que eu gastava rios de dinheiro com ele. E, pronto, como tinha apanhado os dois pulmões, ele acabou por falecer. São doenças terríveis, como todos nós sabemos quando apanham zonas esponjosas, tal como pulmões, pâncreas e etc.... pronto, é galopante e pouco há a fazer. Mesmo assim, fez muito, fez muito.”

“Tomara eu ter dinheiro para ir ao Dr. B. Se eu tivesse dinheiro já lá tinha... [*que é o homeopata...*] Que é o homeopata. Se eu tivesse disponibilidade financeira já lá tinha ido mais vezes. Não deixo de aconselhar muita gente a lá ir e estou convencido que me sentiria muito melhor.”

(homem, 58 anos, 6º ano, E9L)

Se na *convicção* as trajetórias de recurso às MCA se caracterizam por uma significativa adesão ideológica às concepções sobre saúde, doença e corpo preconizadas pelas terapias a que se recorre, no *ecletismo* trata-se sobretudo de uma adesão pragmática, ancorada nas experiências corporais de eficácia. Ou seja, os indivíduos continuam a recorrer às MCA porque estas dão uma resposta positivamente avaliada aos seus objetivos e, salvo uma ou outra exceção, não manifestam um conhecimento sobre as concepções e orientações que sustentam as suas práticas terapêuticas. Como demonstrado em outras pesquisas, o recurso a modalidades terapêuticas heterodoxas não implica a adesão aos sistemas de crenças que lhes estão subjacentes (Quah, 2008). A utilização de diversas alternativas terapêuticas pode caracterizar-se pela escolha de determinados elementos culturais aparentemente contrastantes, a partir dos quais os indivíduos constroem uma *bricolage*, a que conferem sentido no quadro das suas concepções sobre saúde e doença (McGuire, 2002).

Esta ausência de homologias de valores entre os fundamentos das terapias – expressos através dos praticantes – e uma parte considerável dos utilizadores regulares constitui um resultado analítico que coloca em questão as teses da pós-modernidade que justificam o crescente recurso às MCA a partir da emergência de valores pós-modernos (Bakx, 1991; Easthope, 1993; Eastwood, 2000; Rayner e Easthope, 2001) e corrobora as análises que põem em evidência a diversidade de razões que estão na origem desse recurso, bem como a diversidade de utilizadores (Cant e Sharma, 1999; Fadlon, 2004; Cant, 2005).

O traço definatório do *eclétismo* consiste no facto de o recurso regular às MCA ser concomitante com o recurso regular à medicina convencional. Mesmo que seja legítimo admitir que este último seja, em alguns casos, diminuído em função das práticas de diversificação da oferta terapêutica, na generalidade das situações, ao contrário do que se verificava na *convicção*, não são desenvolvidas atitudes de ceticismo ou de rejeição da medicina convencional. Neste sentido, o *eclétismo* é o modo de relação que analiticamente mais se aproxima do fenómeno de utilização plural de elementos inscritos em diferentes sistemas terapêuticos. Retomam-se a este propósito as noções de *modelo eclético* (Micozzi, 2002) e de *regimes terapêuticos mistos* (Connor, 2004), para dar conta da existência de um modelo em que os indivíduos escolhem as abordagens terapêuticas de diferentes tradições em função das conceções e/ou experiências relativamente à sua eficácia. Nestas situações, os indivíduos gerem uma mistura de sistemas terapêuticos e de explicações da saúde, o que resulta numa realidade híbrida que pode aparentar ser teoricamente incoerente e irreconciliável, mas que é pragmaticamente racional para o próprio indivíduo (Whiteford, 1999; Adler, 2002; Germond e Cochrane, 2010).

A pluralidade de recursos terapêuticos mobilizados é extensível ao interior das MCA. Tal como na *convicção*, são em menor número os casos em que apenas uma terapia das MCA é utilizada. Nos outros, conjuga-se a utilização de duas ou mais terapias, concentradas no mesmo terapeuta – a situação mais frequente – ou praticadas por diferentes terapeutas.

Quer do ponto de vista das atitudes, quer do ponto de vista das práticas, a forma de articulação entre os sistemas terapêuticos obedece, na maioria dos casos, a uma *lógica de complementaridade*. Tal não invalida a existência de trajetórias – em número residual – em que se observa a emergência de uma *lógica de substituição*, que poderá vir a ser consolidada ou abandonada em função das posteriores experiências de doença ou da avaliação dos recursos terapêuticos. Refira-se como exemplo uma entrevistada com uma doença crónica, fibromialgia, com um longo percurso de consultas frequentes na medicina convencional motivadas pela doença e que cerca de dois anos antes da data da entrevista tinha iniciado o recurso à naturopatia. A satisfação com os medicamentos naturais prescritos pelo naturopata para alívio dos sintomas associados à doença – dores e depressão – tinha resultado na interrupção não apenas do consumo dos medicamentos prescritos pelo médico para o mesmo efeito mas também das próprias consultas. Este tipo de trajetórias comprova a volatilidade dos modos de relação com as MCA, já que se pode legitimamente colocar a hipótese de que, a reforçar-se a crença na eficácia destas medicinas a partir das experiências corporais, se vá configurando um modo de relação mais próximo do que designámos por *convicção*.

Quanto à temporalidade, a lógica complementar que caracteriza a maioria das trajetórias no *eclétismo* pode assumir um pendor de *simultaneidade* ou de *sequencialidade*.

Ou seja, os indivíduos podem recorrer a múltiplos tipos de recursos terapêuticos em simultâneo ou mover-se sequencialmente de um tipo de recurso para outro (Connor, 2004). Quanto à incidência, pode concretizar-se em investimentos de *exclusividade* ou de *concomitância*, isto é, a medicina convencional e as MCA são mobilizadas ou para situações de saúde (ou outras finalidades) distintas ou para as mesmas situações.

Na prática, entre os entrevistados do *ecletismo*, não encontramos lógicas de exclusividade, já que em todos os casos se verifica o recurso aos dois sistemas terapêuticos para o mesmo problema de saúde, independentemente de outras finalidades que também estejam presentes no investimento nas MCA. Na lógica de concomitância, a complementaridade não é bidirecional e reflete a posição estrutural de subalternidade das MCA face à medicina convencional (cf. capítulo 2), isto é, o recurso às primeiras surge como um complemento das segundas (e nunca o contrário). A gestão da doença crónica assume um lugar central nos itinerários de complementaridade, desencadeando um processo não só de multiplicação do recurso a fontes periciais ortodoxas e heterodoxas, mas também de re-qualificação leiga (Giddens, 1994), que introduz um nível de elevada reflexividade nas escolhas terapêuticas que se vão fazendo e no modo como se vão conjugando.

Os excertos seguintes, relativos ao mesmo entrevistado, ilustram uma lógica sequencial de complementaridade numa trajetória pessoal marcada por duas doenças crónicas (deficiência no fígado e sinusite), que motivaram consultas de ortopedia, seguidas do recurso à homeopatia e à osteopatia. Ilustram igualmente, ao nível das atitudes, uma segmentação das atribuições das MCA e da medicina convencional, ancorada na sua diferenciada legitimidade social.

“Mas não vou deixar de tomar os medicamentos que a minha médica... porque eu acho que é assim, eu sou daquelas pessoas que acredita na homeopatia. Eu tenho conhecimento que em Inglaterra, em quase todas as farmácias há produtos naturais..., como há farmácias de químicos que têm uma mentalidade diferente da nossa e aqui qualquer dia também poderá ser assim, um pouco isso. Mas eu acho que uma coisa não compensa a outra, portanto as situações têm, conforme os casos que são, a gravidade que têm, tem que ser acompanhadas com os dois elementos.”

“Eu penso que o caso, sei lá, de origem cancerosa, ou com tendências que tenha um problema de tal gravidade que possa originar esse tipo de problema, se só é tratado pelo homeopata acho que é uma estupidez. Eu acho que as duas atividades médicas se complementam, não é?”

“É assim, se o medicamento que a médica me receita não me causar qualquer tipo de efeitos secundários, eu continuo com ele. Se eu vir que me está a prejudicar o estômago, que de qualquer maneira não me sinto bem, se saio do carro e tenho soneira com muita frequência, eu deixo de tomar aqueles medicamentos e recorro ao homeopata, porque ele arranja-me outro tipo de produtos que poderão levar mais tempo a fazer efeito, mas acaba por me beneficiar também.”

(homem, 53 anos, 12º ano, E11L)

Como exemplo da lógica simultânea de complementaridade, temos o caso de um sujeito empírico cuja entrevista é uma verdadeira narrativa de doença, e que será desenvolvido no último ponto deste capítulo. Trata-se da gestão de uma doença crônica pericialmente certificada como grave e rara (doença do sistema imunitário), que implica, por esse motivo, uma forte dependência da medicina convencional, na qual o entrevistado vai manifestando uma confiança explícita. O recurso às MCA, especificamente à acupuntura, ocorre logo a seguir ao diagnóstico (há nove anos), com caráter coadjuvante, e vai acompanhando a terapêutica prescrita pela medicina convencional até à data da entrevista.

“Faço uma terapêutica, que vou balizando ao longo do tempo, mas é complementada com uma terapêutica tradicional, que é a acupuntura, não é? E, portanto, não... digamos, uma não dispensa a outra, vejo-as como complementares. [*isso relativamente a esse problema de saúde...*] A esse problema de saúde, exatamente. Exato. [*Não começou a recorrer logo à acupuntura ou foi logo de imediato?*] Foi quase em simultaneidade. Sim, praticamente. Um mês, foi logo nessa altura. (...) E, portanto, praticamente, eu fiz os dois... faço dois tratamentos em simultâneo.”

(homem, 58 anos, mestrado, E3L)

A lógica de complementaridade expressa-se igualmente nos consumos medicamentosos. Todos os entrevistados incluídos no *eclétismo* conjugam, de formas diferenciadas, o consumo de medicamentos químicos e o de medicamentos/produtos terapêuticos naturais (incluindo medicamentos homeopáticos). Este padrão de consumo corresponde à noção de pluralismo terapêutico (Lopes, 2010a e 2010b; Lopes *et al.*, 2012), utilizada para designar as práticas de consumo simultâneo ou alternado de terapêuticas farmacológicas e naturais (medicamentos químicos, medicamentos naturais ou alimentos com fins terapêuticos).

A maioria dos entrevistados revela consumos relativamente elevados, quer de fármacos, quer de medicamentos naturais, o que é compatível com a elevada prevalência de doença crónica. Em boa parte dos casos, esses produtos são precisamente direcionados para a gestão dessa mesma doença, numa lógica de alternância ou de simultaneidade ditada pela iniciativa dos próprios indivíduos, a partir do conhecimento que vão construindo acerca da sua doença e da avaliação dos sintomas que se vão manifestando. A forma como, nestas situações, os indivíduos fazem a gestão dos recursos terapêuticos é elucidativa do papel social de doente crónico. Este papel implica a monitorização dos sintomas, a autovigilância, a capacidade para interpretar os sinais corporais e agir em conformidade, adotando as terapêuticas adequadas (Pegado, 2010).

Tal não significa que estes consumos sejam necessariamente efetuados em regime de automedicação. Efetivamente, na gestão da doença crónica, prevalecem as situações em

que, não só os medicamentos químicos, mas também os naturais, são prescritos, respetivamente, por médicos e terapeutas de MCA.

Os medicamentos/produtos terapêuticos naturais são discursivamente valorizados – pelas razões já identificadas no ponto anterior –, mas, ao contrário da *convicção*, essa valorização não é concomitante com uma rejeição generalizada dos químicos, pese embora alguns entrevistados expressem atitudes de evitamento. Estes são consumidos em três tipos de situações: i) na gestão de doenças que implicam forte dependência do sistema pericial ortodoxo (por exemplo, doença do sistema imunitário, tumor na próstata, deficiência no fígado); ii) no tratamento de sintomas e/ou doenças percecionados como graves, em que os indivíduos tendem a reproduzir a hierarquia de legitimidade social dos sistemas terapêuticos (por exemplo, amigdalite); iii) para obter resultados rápidos, no caso de sintomas que comprometem o normal desempenho quotidiano (por exemplo, dores de cabeça).

O uso dos medicamentos naturais obedece a lógicas já identificadas em outra pesquisa em que se explora o risco atribuído aos produtos farmacológicos e aos produtos naturais (Raposo, 2010). Além do reconhecimento da sua eficácia, sobretudo como coadjuvantes dos químicos, expresso por alguns entrevistados, são utilizados também como forma de contrabalançar os efeitos secundários associados aos fármacos. Neste caso, o seu consumo enquadra-se em estratégias de *gestão pragmática* do risco atribuído aos medicamentos químicos (Raposo, 2010), que podem concretizar-se na sua substituição temporária por naturais ou na diminuição das doses compensada pelo recurso aos naturais.

Excecionalmente, emergem discursos que fazem equivaler a eficácia dos dois tipos de recursos terapêuticos, alegando-se a supremacia dos medicamentos naturais em termos de inocuidade. Trata-se de situações em que os entrevistados experienciaram resultados das MCA avaliados de forma muito positiva, alegando que os custos destes medicamentos constituem o motivo para limitar o seu consumo, obrigando a uma continuidade da utilização dos químicos perspetivada como indesejável.

Outro traço relevante dos padrões de consumos no *ecletismo* é o recurso ao natural na sua vertente tradicional (Lopes, 2010b), concretizado em tratamentos caseiros (por exemplo, vapores, chá com mel, etc.) e produtos de ervanária, sobretudo chás, cujo uso se alicerça em escalonamentos de gravidade dos problemas de saúde, em que determinadas condições não alcançam o estatuto de doença (por exemplo, constipação).

A conjugação do recurso às MCA e à medicina convencional, bem como o consumo dos produtos terapêuticos prescritos pelos respetivos profissionais coloca a questão da gestão da informação, designadamente a decisão de revelar ou ocultar do médico o recurso àquelas terapias. À semelhança da *convicção*, também no *ecletismo* prevalecem os casos de ocultação, ilustrados pelos testemunhos a seguir transcritos. Mesmo quando há uma

gestão reflexiva e relativamente autónoma da pluralidade de recursos terapêuticos, a dominação médica é patente no receio das consequências que possam resultar dessa revelação.

“[E alguma vez falou com a médica sobre esse consumo de outros medicamentos naturais em complemento com os que ela própria receitava?] Não. Não, porque eu sei que aceitam mal, não há humildade nesse aspeto, de uma forma geral. E às vezes até respondem ‘então se esses é que são bons, o que é que está aqui a fazer?’ [Alguma vez lhe aconteceu?] Aconteceu, aconteceu. Eu evito ao máximo de falar. Mesmo quando o meu pai foi tratado, estava a ser tratado por esse médico, estava a ser acompanhado e ele disse ‘nunca renuncie aos tratamentos que os hospitais lhe queiram fazer de quimioterapia e disso tudo. Mas eu estou aqui, para lhe dar por trás, para lhe dar força’. E o certo é que um dia o próprio médico do hospital veio dizer ‘estamos surpreendidos com o caso do seu pai. O seu pai é um caso que está a ser extraordinário, porque está a recuperar...’ [E nessa altura não lhe contaram?] Não, não. Não, para não ferir... para não criar... para que eles não se sentissem postos em segundo plano. Não, não, nunca o faço. Não conto a médico nenhum. [Mas por algum receio que...?] Não conto, porque eles de uma forma geral não gostam, não reagem bem.”

(homem, 58 anos, 6º ano, E9L)

“Eu por acaso gostaria de dizer, só que eu também sei que as duas coisas nem sempre são muito compatíveis. Porque, muitas vezes se nós dissermos a um médico da medicina convencional que fomos a outro médico, se calhar a reação não é das melhores, não é? Eles provavelmente ficam assim um bocado desconfiados de nós, eu acho que não temos... Portanto... eu normalmente não refiro.”

(mulher, 41 anos, curso superior, E13L)

Um número reduzido de entrevistados declara dar conhecimento do recurso às MCA apenas aos médicos de família e não aos de especialidade. Efetivamente, ao longo das entrevistas, a figura do médico de família emerge geralmente como investida de uma proximidade e humanidade que contrasta com algum distanciamento atribuído aos médicos especialistas. O facto de a doença crónica implicar um contacto frequente e regular entre o doente e o médico de família potencia a construção de uma relação de confiança, para a qual concorrem não só os atributos ligados à competência profissional, mas também a avaliação que os doentes fazem acerca das características pessoais dos médicos. Neste sentido, como outras pesquisas demonstram (Kelner, 2000), a relação dos pacientes com os terapeutas das MCA e com os médicos de família acaba por apresentar traços bastante semelhantes.

“E a minha médica de família sabe (do recurso ao homeopata). Por isso é que eu me dou bem com ela e tenho plena confiança nela, porque eu vou aos médicos especialistas que eu bem entendo, e tenho a confiança e ela dá-me o à vontade suficiente para chegar lá e dizer: ‘Olhe ó Dra. F., eu estive nesta consulta assim, os resultados foram estes’ e ela regista conforme [Ah, mostra sempre os...] Exatamente, exatamente. Não faço nada sem lhe dar conhecimento, que ela é que é a minha orientadora, ela é que tem a minha ficha médica.”

“Dou-lhe conhecimento. Ela tem o meu historial clínico. Se ela não tiver conhecimento do que se está a passar comigo, se eu tiver um problema mais grave e depois lhe for dizer, com que cara é que eu vou dizer? ‘olhe...’ ‘então mas o senhor tinha isso e não disse nada?’. E pergunto-lhe a opinião, às vezes pergunto-lhe a opinião. Agora às vezes sempre que tenho qualquer coisa, ‘olhe eu também estou a complementar com isto, para fazer’. E ela disse, ela pode até achar assim, ‘se calhar aquilo não faz nada mas como também não faz mal deixa-o tomar. Pelo menos ele fica satisfeito’. Está a perceber? Para ela, poderá ter esse efeito terapêutico, não é? Não sei, mas pronto.”

(homem, 53 anos, 12º ano, E11L)

“Ah, disse, disse. Não, porque encontrei felizmente uma médica extraordinária que acredita nos produtos naturais também. (risos) Cada vez há mais. Acredita nos tradicionais, mas acredita nos naturais. Aliás, vou-lhe dizer, vou-lhe contar um caso. O meu marido teve artrite reumatoide. O meu marido estava com um médico reumatologista tradicional, que lhe receitou os medicamentos tradicionais, antes cortisona também, e o meu marido não melhorava muito. Até que nos indicaram um outro osteopata (...) Ele disse ‘tem artrite reumatoide realmente, vai cortar muito a cortisona, vamos baixar imenso a cortisona (...) E vou-lhe dar, simultaneamente, vai tomar com este medicamento, vai tomar aquilo que eu lhe disse’. O meu marido não tem nada hoje em dia. E em mês e meio ficou sem nada. Já nem conseguia andar, estava com os pés roxos, era nos pés, sobretudo nos tornozelos, era uma coisa horrível. [*Não chegou a voltar a ir ao outro médico que o acompanhava antes?*] Não, ele continua, mas o outro nunca soube de nada. [*Ai não?*] E disse ‘olhe, é o segundo caso em toda a minha vida em que vejo as pessoas curarem-se!’ [*E porque é que não chegou a contar?*] Porque este não parece que aceitasse. [*Mas se tem estado a ver resultados, não é?*] Pois, mas acho que esse médico não aceitaria bem. ‘Mas diz-lhe!’, eu cheguei a dizer ao meu marido. [*Mas tem algum receio de...*] De magoá-lo. Foi isso que ele achou. Ele continua andando, vai lá. (...) E o outro médico pensava que ele estava a tomar e o meu marido não lhe dizia que não estava a tomar. Mas já tinha deixado de tomar há muito tempo. Mas ele já tinha deixado de tomar havia meses e ele dizia ‘continua a tomar?’ ‘Sim’. Uns anos depois de ele ter deixado de tomar, ‘então vamos de deixar de tomar agora, que já está bom, não tem necessidade de tomar isto’. E ele já não estava a tomar nada.”

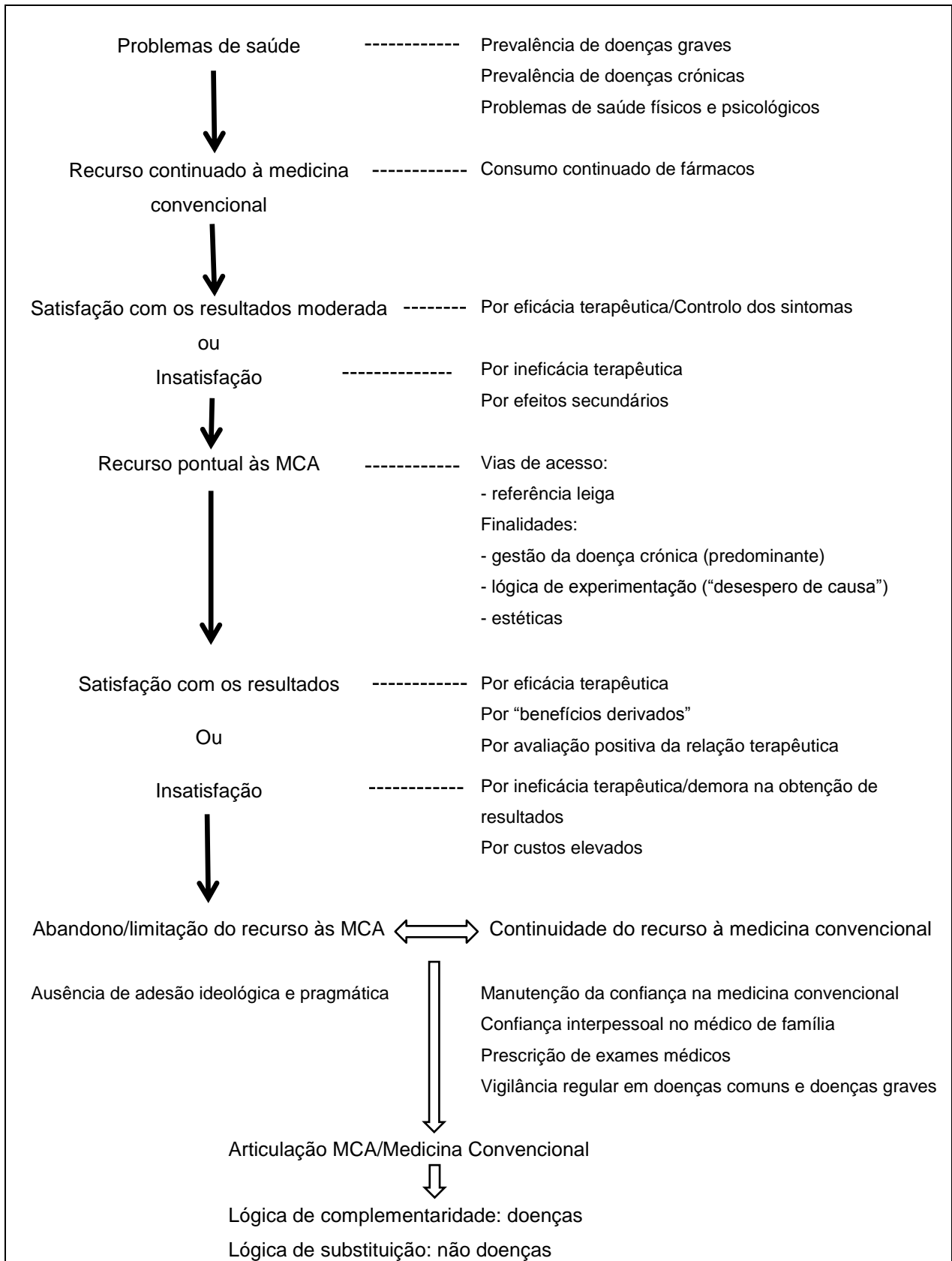
(mulher, 64 anos, curso superior, E19L)

8.3. Experimentalismo

O *experimentalismo* corresponde a trajetórias de recurso regular e continuado à medicina convencional, pontuado pelo recurso ocasional, pontual e circunstancial às MCA numa lógica de experimentação, que ocorre esporadicamente no passado ou vai ocorrendo ocasionalmente ao longo das trajetórias terapêuticas. Este modo de relação integra o maior número de entrevistados (12 entrevistados), residentes em Lisboa (8) e na Guarda (4), oito do género feminino e quatro do género masculino. Verifica-se alguma diversidade em termos etários, mas, à exceção de um, todos têm idades superiores a 40 anos. Em termos de qualificações, sete concluíram um curso superior e cinco possuem níveis de escolaridade entre o 9º e o 12º ano. Relativamente à condição de saúde, tal como no *ecletismo* predominam as situações de doença crónica (8 entrevistados) (Cf. Anexo C).

A figura seguinte esquematiza as trajetórias terapêuticas típicas deste modo de relação.

Figura 8.3. Experimentalismo: síntese de trajetórias terapêuticas



No *experimentalismo*, os entrevistados têm uma relação com as MCA assente essencialmente numa lógica de experimentação, consubstanciada quer na temporalidade do recurso, quer nas finalidades que o motivam. Quanto à temporalidade, estamos perante dois tipos de situações. A primeira corresponde a trajetórias em que os entrevistados consultaram episodicamente terapeutas de MCA num passado relativamente remoto (de cinco a 30 anos atrás), durante períodos de tempo curtos, sem que se tenha verificado continuidade nos percursos terapêuticos subsequentes. A segunda refere-se a recursos mais recentes, de duração variável, mas que, à data da entrevista, tinham sido descontinuados, sendo raros os casos de manifestação da intenção de os retomar no futuro. No que toca às finalidades, a principal diferença relativamente a modos de relação que implicam um uso frequente e regular das MCA é o facto de as terapias serem utilizadas numa lógica restrita, ou direcionadas exclusivamente para um problema de saúde – geralmente a doença crónica – ou como resposta a objetivos estéticos ou de alcance de bem estar.

Como em todas as trajetórias terapêuticas, o recurso às MCA ocorre após um percurso mais ou menos longo na medicina convencional, muitas vezes ditado por doenças, de natureza física ou psicológica, com diferentes graus de gravidade, designadamente úlcera no estômago, problemas gastrointestinais, síndrome vertiginosa, hérnias, asma, psoríase, enxaquecas, diabetes, hemocromatose, insónias, ansiedade e depressão. Verifica-se igualmente um consumo prolongado de fármacos nas situações de doença crónica.

Os níveis de satisfação com a medicina convencional são variados, indo desde a expressão da sua eficácia e de uma avaliação positiva da relação terapêutica até discursos de rejeição, em que a continuidade do respetivo recurso é justificada pela necessidade de vigiar o estado de saúde através dos meios de diagnóstico próprios da biomedicina. Entre estes polos, encontram-se os casos que, pela natureza das doenças, implicam uma significativa dependência dos sistemas periciais ortodoxos. Tratando-se essencialmente de doenças crónicas, cuja duração prolongada e quadro de incerteza sobre a sua evolução e sobre as suas manifestações fazem deslocar o foco da intervenção médica do tratamento para a gestão da doença (Baszanger, 1986), nem sempre há consonância entre as expectativas dos doentes e as possibilidades efetivas que a medicina convencional oferece.

Este desencontro de expectativas, ou, dito de outro modo, a descoincidência entre *illness* (doença do doente) e *disease* (doença do médico) (Kleinman, 1988), e a busca de soluções para sintomas que comprometem a qualidade do quotidiano, constituem precisamente uma das razões que despoleta o recurso às MCA. Nestas situações, a perda da esperança em conseguir resultados satisfatórios com os tratamentos convencionais pode

alimentar a construção de disponibilidades para a experimentação de outros recursos terapêuticos (McGregor e Peay, 1996).

Em alguns casos, são visíveis disposições para recursos terapêuticos heterodoxos anteriores aos próprios problemas de saúde, cujo âmbito cabe no que designámos por medicinas populares e tratamentos caseiros, como os relatos a seguir ilustram.

“Quer dizer, eu sempre tive curiosidade, não é? Sempre achei... eu acho que isto também teve a ver um bocado com...eu estar muito ligada à minha avó, que era transmontana, e ela sempre, eu sempre me habituei a ir apanhar ervinhas, e sempre me lembrei que se eu estava mal disposta, a minha avó fazia lá um chazito com umas ervas que ela me mostrava, e que aquilo era maravilhoso, e que aquilo dava resultado dava, agora se era psicológico ou não (risos)... sempre me interessei. E, entretanto, há cerca de cinco anos eu também procurei... fui fazer acupunctura porque andava também numa fase muito cansada. É assim, eu não conseguia dormir, mas não conseguia dormir mesmo nada, não era dormir mal. E fui tentar, eu disse assim: ‘O que é que eu vou fazer?’, e depois lá está, comprimidos para dormir não! Não. [Não?] Não. Experimentei mas não. [Ah, mas chegou a experimentar.] Sim. Também aconselhado, portanto o meu médico sabia que eu não queria, e ele disse-me assim: ‘Olha, eu vou-te dar dois comprimidos que eu tomo quando faço banco e estou muito cansado, e assim toma e, digo-te já, tu caís para o lado, mas é assim só duas horas ou três mas descansas’, mas não, eu ficava completamente, quer dizer, eu ficava... era uma sensação estranha! Porque eu estava assim, eu adormecia e passadas duas horas acordava, era esquisito, eu disse: ‘Não’. Depois desisti disso e comecei a tomar um natural muito conhecido, que agora não me lembro [Valeriana? Valdispert?] Talvez, qualquer coisa assim, isso mesmo. E depois também através de uma pessoa amiga, que disse: ‘Olha, porque é que não experimentas fazer acupunctura, tem tão bons resultados e tal’ e que por acaso havia um senhor que fazia na farmácia que eu costumava frequentar, que ainda frequento. É assim, eu sou sincera, estou um bocadinho... porque eu e as agulhas não...(risos) não, não... Mas, sei lá, ‘vou experimentar’. E depois de fazer, porque cheguei a fazer duas ou três sessões por semana, pronto, no início enquanto não conseguia controlar o problema, e depois a falar com ele, a falar com ele... falámos, experimentamos. Depois, aí ele na altura perguntou se eu gostaria...que ele achava que seria benéfico, pronto eu também tomei, também eram só duas coisinhas, era um xarope e também eram uns comprimidozinhos também. [Mas também para a relaxar, acalmar?] Sim, sim, e de facto comecei, e depois ainda andei talvez um ano lá.”

(mulher, 42 anos, 12º ano, E5G)

“Eu já conhecia e portanto sou oriundo de uma família transmontana tradicional, portanto (...) já a minha mãe, primeiro de tudo eram os chás, fosse de carqueja, fosse de qualquer coisa (risos), primeiro de tudo eram os chás. Depois já se sabe que há umas dezenas de anos atrás nem sequer hospital havia (...) E então as pessoas recorriam às mezinhas tradicionais, há as papas de linhaça e muita coisa, e a minha mãe conhecia essas ervas todas, e eu bebia essas ervas, era normal a gente queixar-se de qualquer coisa e a minha mãe sair, ir até ao campo apanhar as ervas e bebermos, era perfeitamente normal. No caso da minha mulher, acontecia exatamente a mesma coisa.”

(homem, 56 anos, 9ºano, E12L)

“Eu tenho uma úlcera já há muito tempo, e então apareceu-me quando ainda andava a estudar. (...) eu sofri muito com a minha úlcera. Fui aos médicos e os médicos receitaram-me um medicamento qualquer e pronto, andei a tomar esse medicamento e as dores não passavam,

porque quando me apareceu a úlcera, foi logo muito forte, uma coisa... foi mesmo uma doença muito...era eu novita, pronto, uma catraia. E então um dia, eu a conversar com uma colega minha na escola, já andava no liceu, 16/17 anos...'Ai, ó Rosário, hoje estás tão doente', 'Ai ultimamente eu ando muito mal do meu estômago, olha fui ao médico e estou a tomar medicação e tal, e isto não sara'. E então a minha colega, aquilo parece que foi um anjo que apareceu (...) ela perguntou-me: 'Estás tão mal, o que é que se passou?' E então ela disse assim... porque ela era uma rapariga que tinha vindo de África com os pais, e então ela disse-me assim: 'Olha, eu vou falar com o meu pai, porque o meu pai... como sabes, nós viemos da África e lá perto de nós, onde nós estávamos, também havia pessoas que sofriam, por vezes apareciam pessoas que sofriam desta ou daquela mazela, entre elas mazelas no estômago e tal, e então havia lá um produto natural, uma planta que se faz o chá desse produto e uma pessoa toma durante um certo tempo, durante 15 dias esse tipo de chá. E então eu vou a falar com o meu pai, porque o meu pai trouxe muita dessa erva cá para Portugal, tem lá essa erva seca, já tem nuns frasquinhos e tal'. (...) E então no dia seguinte apareceu-me lá com esse produto... as pessoas com quem eu falei: 'Ó Rosário, não tens medo de tomar isso?'. Parecia chá, chá não, café preto... aquele produto parecia café preto, e trouxe-me um boião cheio daquele produto, que o pai tinha feito o chá daquela erva. Olhe menina, a menina não acredita, mas ao fim de um certo número de dias, que não foram muitos dias, eu já parecia outra! E depois até me disseram: 'Não tens medo de tomar isso? Eu tinha medo, eu não tomava!'. Mas eu já andava tão farta, tão farta das dores que tinha no estômago, tanto, tanto, tantas dores, que eu, olhe, que eu já tomava tudo. E então tomei um certo número de dias, já não sei quantos dias é que foram, mas sei que não foram muitos. Passados esses dias parece que fiquei melhor, fiquei outra!"

(mulher, 59 anos, curso superior, E2G)

Em outros casos, o recurso decorre essencialmente de trajetórias em que a doença representa uma disrupção biográfica (Bury, 1982). Como refere o autor, a

doença, e em especial a doença crónica, é precisamente o tipo de experiência em que as estruturas da vida quotidiana e as formas de conhecimento que as sustentam sofrem uma disrupção. A doença crónica implica um confronto com os mundos da dor e do sofrimento, possivelmente mesmo da morte, que geralmente são vistos apenas como possibilidades remotas ou condição dos outros (Bury, 1982: 169).

Sendo doenças cuja gestão obriga a um controlo médico apertado, com níveis de dependência pericial significativos, possibilitam, ao mesmo tempo, processos de requalificação leiga (Giddens, 1994), que criam espaços de aparente autonomia leiga, expressos na procura de recursos terapêuticos à margem do sistema dominante. Contudo, no *experimentalismo*, a lógica que preside a essa procura não se traduz sempre em escolhas criteriosas e ponderadas, alimentadas por elevados níveis de reflexividade. Nos excertos abaixo, de duas entrevistadas, encontramos situações em que o recurso à acupunctura e à quiropráxia é feito "em desespero de causa". Em particular na primeira, a busca de soluções para um problema de síndrome vertiginoso é relativamente casuística e errática.

“Ou seja, estou medicada há 15 anos, a medicação já é tanta, que eu já... até antibióticos eu faço reação! Quer dizer, o meu organismo está tão saturado... eis a razão de eu ter ido a uma ervanária e de... e de ir também para a acupuntura.”

“Fui aconselhada porque muita gente... quer dizer, nós quando estamos mal conseguimos recorrer a tudo a ver se conseguimos uma ponta de saúde. Recorrer à única coisa que me faltava recorrer....”

“Fui vista, não sei como é que se chama esse médico, que faz... pelos olhos, ele tem um aparelho e é pelos olhos que ele consegue verificar (iridologia?). Ele também é credenciado, etc.... mas naquelas medicinas (...) E depois nesse espaço de tempo que...nós sentimo-nos completamente desorientadas e recorremos a tudo. [*Então esse médico já foi depois de estar a tomar esse medicamento?*] Sim, sim... isto já foi, de quê? Uns 15 anos para cá, sei lá, seria para aí há uns dez anos ou coisa assim. Pronto, vamos mais a este, depois vamos mais a este, depois vamos mais a este, e a minha vida tem sido assim até hoje.”

“E como muitas pessoas, pronto, recorrem à acupuntura e dizem que se sentem bem, eu fui mais uma vez recorrer, e se calhar estou-lhe a dizer e se calhar amanhã vou recorrer a outro sítio qualquer, se calhar também sem ser benéfico e destruir mais uma carrada de dinheiro.”

(mulher, 53 anos, 9º ano, E6G)

“Fiz acupuntura já há uns anitos. Tenho problemas de coluna e tinha dores horrosas e não conseguia, com a medicação, estar a fazer efeito, e a pessoa nessas alturas recorre a tudo e a mais alguma coisa.”

“(recurso a quiropráxia) Eram as dores pavorosas, que eu andava... eu andava desesperada, chorava todos os dias, com dores horríveis. Tinha hérnias discais que me apanhavam tudo e tinha muitas dores. E experimentei e isso fez-me francamente bem!”

(mulher, 58 anos, curso superior, E4L)

Além de finalidades de tratamento ou gestão de doenças, o recurso às MCA motivado por finalidades estéticas tem uma expressão assinalável entre os entrevistados. Há três casos em que a acupuntura e a homeopatia constituíram a primeira escolha dos entrevistados para a perda de peso ou combater gordura localizada. Mesmo admitindo que o controlo do peso e da gordura corporal são aspetos que se situam na confluência de objetivos estéticos e de saúde, o facto de essas terapias serem a primeira opção para a gestão desses aspetos é revelador da reprodução, a nível individual, da divisão institucional do trabalho terapêutico entre a biomedicina e as MCA, já assinalado no ponto anterior, em que às segundas é conferida legitimidade para tratar condições com o estatuto de *não doença*.

Como seria expectável em trajetórias em que o recurso às MCA tem um carácter ocasional, os níveis de satisfação com os resultados das terapias são bastante desiguais. Os relatos de experiências positivas fundamentam-nas na eficácia terapêutica ou na qualidade da relação terapêutica, neste caso por oposição à relação médico-doente que consideram típica da medicina convencional. Efetivamente, mesmo quando os resultados

alcançados com as terapêuticas não correspondem às expectativas iniciais, vários entrevistados assinalam efeitos de bem estar, correspondentes à noção de “benefícios derivados” (Baarts e Pedersen, 2009), que já mobilizámos em momentos anteriores (cf. capítulo 7, ponto 7.2; ponto 8.1 deste capítulo). No último dos excertos abaixo transcritos, em particular, é muito evidente uma representação da relação terapêutica de forma dicotomizada, em que o médico personifica um poder distante e uma postura profissional próxima das concepções tecnicistas da prática da medicina (Carapinheiro, 1991), enquanto o terapeuta de MCA encarna orientações humanistas, que valorizam a comunicação com o doente e a sua participação no processo terapêutico.

“O médico (o acupunctor) tem bastantes capacidades na área dele, explicou-me tudo... mas lá está, para mim todas estas coisas alternativas, para o meu caso e para alguns que conheço... valem zero. Acho que é uma maneira de nós gastarmos dinheiro e estamos bem enquanto lá estamos. Paramos... se tivéssemos um estado que nos pudesse lá aguentar (tratamentos comparticipados), se calhar até viveríamos um pouco melhor.”

“Resultado propriamente de cura, não. Não acredito. Mas de eu viver melhor, por exemplo, com a acupunctura... em simultâneo com esta medicação.”

“Sim, e eu relaxo. Eu relaxo, porque... realmente aquelas coisas levam-nos a que... relaxemos um pouco o nosso corpo, nós vamos a uma acupunctura, conseguimos vir um pouco mais tranquilas, mas não é indo lá uma vez ou duas e vir para casa. É um tratamento contínuo. Então nem toda a gente tem possibilidades de uma coisa dessas. É um tratamento contínuo (...) eu nunca conseguirei fazer um tratamento até ao fim, dois, três anos, com sessões tão caras”.

(mulher, 53 anos, 9º ano, E6G)

“Aquilo fazia-me um bem, que eu ficava, ali era o meu tempinho. Mas pronto, não tenho tempo. Porque ele (o acupunctor) às vezes estava comigo e eu só tinha a agradecer. Pronto, simpatizou comigo e, pronto, ficava lá horas. Não pagava mais por isso.”

(mulher, 49 anos, curso superior, E1G)

“Há muita falta de comunicação. Com esse sujeito que eu tratei, ele tinha uma maneira de comunicar com as pessoas extremamente aberta [*O naturista, sim*], passava-nos a batata, ia buscar situações giríssimas (...) ah, porque ele fazia as entrevistas, quando as pessoas eram casadas, com os dois na sala. Mesmo no meu caso era eu que me ia tratar e a minha mulher não. Mas ele queria juntar as duas pessoas para, digamos assim, abarcar as áreas todas para que... para ele o indivíduo era um todo que... e esse indivíduo, inclusivamente, com pessoas que viviam... Como o caso do casal, o meu filho não, que era pequenino na altura. Portanto, eu achei imensa piada à maneira de comunicar, houve ali assim um casamento tal entre mim e o... médico ou naturista, como lhe queira chamar, que ali foi meio caminho andado. Digamos assim, os médicos convencionais, pode acontecer uma vez. O outro queria que eu o tratasse por ‘senhor doutor’, pessoas que não se sabem expressar bem... continuo a achar ridículo, um médico ter uma senhora analfabeta à frente e começar a mostrar não sei quê e a falar nomes técnicos. Não fale nada disso, quer dizer, diga uma linguagem que toda a gente entenda. Sabe que uma pessoa para chegar a médico tem que estudar não sei quantos anos, portanto não vale a pena estar a ostentar conhecimentos. Tem é que olhar para a pessoa que está em frente

‘pronto, sim senhora, uma pessoa de 70 anos, analfabeta, portanto, eu tenho que comunicar com ela, de a fazer sentir bem e dizer coisas que ela perceba.’”

(homem, 65 anos, 12º ano, E10L)

Observam-se também situações de insatisfação, fundamentadas em três ordens de razões: i) ineficácia terapêutica, quando as terapias não permitem alcançar os resultados desejados em termos de tratamento da doença ou mesmo alívio dos sintomas; ii) morosidade na obtenção dos efeitos desejados; iii) falta de ergonomia dos recursos terapêuticos mobilizados pelas terapias, na aceção de Van der Geest e Whyte (1989).

O excerto seguinte corresponde ao relato de uma experiência com a homeopatia, negativamente avaliada, que tinha ocorrido há dois anos. Como se pode verificar pelos dois excertos subsequentes, do mesmo entrevistado, essa experiência tem como consequência o abandono imediato do terapeuta, contribuindo para a construção de percepções de ceticismo e de descrença nas MCA, neste caso a partir dos argumentos a que a profissão médica recorre para a manutenção do monopólio da prática (cf. capítulo 5, ponto 5.1), designadamente a ausência de controlo da segurança dos medicamentos homeopáticos e de eficácia cientificamente comprovada.

“Mas, está aqui, olhe, é o Ansioplant. [*Mas foi aconselhado por alguém?*] Um médico homeopata. Epá, porque eu também os consulto! [*Ah sim?! Como tinha dito, ao início que não acreditava, pensava que não...*] Não, não, eu também consulto. Eu consultei um médico homeopata aqui em X (...) fui lá por causa deste meu problema do fígado, como eu lhe disse. Repare, e depois o senhor já me queria vender até uns sabonetes para me tirar aqui a banhita de lado. Espere lá, calma, calma, calma, que eu também tenho lá esses sabonetes para vender. [*Mas foi a esse médico depois de já ter começado a medicação com o seu médico de medicina convencional, ou não?*] Não, foi quando deixei de fumar. Quando deixei de fumar, engordei imenso. Engordei imenso, quer dizer, eu sou gordinho, mas repare, eu tenho 1 metro e 67, cheguei a pesar 87 quilos. Disparei em termos de peso. E depois, o facto de ter deixado de fumar criou-me alguma ansiedade. Então, um amigo meu falou-me ‘Epá, um tipo, pá, que é o doutor C., pá, o gajo é um homeopata fantástico e tu vais lá falar com o gajo, o gajo faz-te um programa alimentar 5 estrelas, estabelece-te ali um programa cinco estrelas e vais perdendo peso naturalmente e não sei quê, não sei que mais’. Eu fui consultar o senhor, fez-me um programa alimentar fantástico, todo xpto e receitou-me este Ansioplant para aquela ansiedade do tabaco, da falta da nicotina não me obrigar a comer. Porque obriga a comer, bebe-se. para compensar a falta da nicotina ... E depois, esta luta interna, entre a percepção que estamos a fazer mal outra vez, cria algum desequilíbrio emocional, como é lógico. Então fui lá, consultar o senhor, o senhor deu-me aquele Ansioplant. Garanto-lhe que ao fim de dois meses de estar a fazer o programa alimentar, ainda mais gordo estava. [*Então, mas estava a cumprir...?*] Rigorosamente aquilo que o senhor dizia. ‘Senhor doutor, está aqui’”, levei o meu amigo que me indicou, ele disse, “epá, senhor doutor, está aqui...”, ele disse assim ‘epá, não pode ser, epá, isto é um contrassenso, olhe, não sei o que lhe hei-de fazer’. E depois, repare, eu vim para casa e disse assim, não, eu vou fazer à minha maneira, à moda antiga, com a minha sopinha, com estas coisas todas e hei-de começar a perder peso. E comecei a perder peso paulatinamente, lentamente, lentamente. Há um fim-de-semana, pronto, em que faço, extrapolo um pouco a alimentação, mas depois durante a semana consigo compensar. Pronto, e estes comprimidos ficaram daí.”

“Eu acredito muito na medicina, ainda acredito muito nas pessoas que exercem. Por exemplo, eu não acredito muito nas homeopatas, não acredito. Parece-me que tudo aquilo cheira a bafio, a bruxedo. Eu como não acredito em bruxas... eu sei que as há! Repare, eu sei que as há! Agora não sou um crente de bruxas e nem as quero alimentar tão pouco, percebe? (...) Repare, eu tenho alguns amigos meus e tive, infelizmente, e acho que todos nós temos, na família, casos em que se recorre por vezes, em desespero de causa, até a bruxas. Estou a falar daquilo que sei. E ninguém resolve o problema. Porque as coisas têm... às vezes, a doença é tão complicada, não há nada que o resolva. Mas aquilo que a medicina, bem, isto é a minha opinião, que a medicina, aquela clássica, não resolve e todos nós já tivemos muito más experiências com médicos, porque às vezes há gente que não merece ser chamada de médico, nem tão pouco estar naquela profissão, mas aquilo que a medicina clássica não resolve, normalmente, e isto é a minha opinião, as alternativas também não são boas.”

“O que me parece é que são situações que não são controladas, primeiro ponto. [*Não são controladas como?*] Não, não são controladas. Não há nenhum organismo que controle essa situação. Veja o que se passa com a homeopatia. A homeopatia, a gente compra uns comprimidinhos num frasco castanho, leva meia dúzia de comprimidinhos. Quem é que controlou aquilo?”

(homem, 52 anos, curso superior, E22L)

Outros entrevistados assinalam a morosidade na obtenção de resultados. Como outras pesquisas concluíram, a avaliação dos recursos terapêuticos naturais tem subjacente a ideia de uma eficácia gradual que se vai revelando ao longo do tempo devido às suas propriedades de inocuidade (Raposo, 2010: 215). A maior ou menor aceitação desse tempo depende das lógicas que subjazem ao recurso às MCA. Como refere Lopes, a propósito dos medicamentos naturais, a reabilitação do natural é alimentada pela diversificação dos investimentos de saúde para além de objetivos estritamente curativos. Se para a gestão de problemas de saúde agudos prevalece uma *lógica da urgência* da ação terapêutica, para outras finalidades, como a prevenção ou o investimento na imagem corporal, vai-se desenhando uma *predisposição de espera*, isto é, uma lógica de aceitação de uma ação mais progressiva (Lopes, 2010b: 24).

Nos excertos que se seguem, referentes respetivamente ao uso da homeopatia para a redução do apetite com o objetivo de emagrecer e ao uso da acupuntura para controlo dos sintomas do síndrome vertiginoso que comprometem o desempenho quotidiano, está implícita a descoincidência entre a lógica de urgência das entrevistadas e a perceção da demora no alcance de resultados terapêuticos. Além disso, a primeira entrevistada salienta a falta de comodidade associada aos medicamentos homeopáticos, os quais contrariam uma das propriedades socioculturais dos fármacos – a ergonomia social (Van der Geest e Whyte, 1989) –, desincentivando o seu consumo.

“Também já tomei uma vez, fui a um homeopata e a minha opinião é que são muito chatos de tomar. Porque eram uma série de frascos com muitas gotinhas, com muitos comprimidos, a

várias horas e era uma desgraça, eu não sirvo para isso (risos) [*E consumiu durante um período...?*] Não, não muito (risos) Aquilo era uma coisa muito esquisita, porque o transporte não era fácil, depois esquecia-me das tomas, porque tinha várias horas e eu não tinha vida para aquilo. Nem pensar.”

“Em termos intelectuais e teóricos preferiria optar pela medicina tradicional, dita tradicional, mas sei que à partida também... é mais demorado, é mais trabalhosa e tudo mais.”

(mulher, 42 anos, curso superior, E5L)

“O próprio médico de acupunctura me avisou que eram muito lentas estas medicações e que, ao receitar-me isto, ele fez um ponto de interrogação porque ele não sabe se me vai fazer, iria acompanhar-me, como eu já lhe disse, a fazer uma análise ao meio ano juntamente com o meu médico, e ver se conseguia retirar-me alguma coisa, ‘se’ conseguia, atenção!”

(mulher, 53 anos, 9º ano, E6G)

No *experimentalismo*, as experiências pontuais de recurso às MCA não têm continuidade. As trajetórias terapêuticas culminam no abandono das terapias ou na forte limitação do seu uso. Além de ditada pela insatisfação fundamentada nas razões atrás apontadas, a descontinuidade também decorre de experiências positivas de recurso. Nestes casos, a resolução do problema elimina a necessidade de continuação das terapêuticas ou, embora a eficácia sentida seja satisfatória e se alimentem expectativas de que o prosseguimento do recurso traga os resultados desejados a médio prazo – numa lógica de *predisposição de espera* -, os custos implicados na consulta dos terapeutas desincentivam essa continuidade.

O decréscimo do recurso aos terapeutas de MCA não se reflete num consumo diminuto de medicamentos/produtos terapêuticos naturais. No *experimentalismo*, as trajetórias terapêuticas da maioria dos entrevistados incluem o consumo destes recursos, quer na sua vertente tradicional (chás, produtos de ervanária, etc.), quer na sua vertente moderna (suplementos alimentares). Este consumo é concomitante com o de medicamentos químicos, acerca dos quais estão presentes quer atitudes de aceitação, quer atitudes de evitamento, estando estas alicerçadas na atribuição de riscos, como por várias vezes temos salientado.

Encontramos assim um padrão de consumos medicamentosos de pluralismo terapêutico que, a nível das práticas, é semelhante ao verificado no modo de relação de *ecletismo*. Se a conjugação do consumo de químicos e naturais obedece igualmente a lógicas aí identificadas (gestão do risco; escalonamento da gravidade dos sintomas, estatutos atribuídos às condições de saúde – doença vs não doença), deve, porém, salientar-se um traço distintivo no que toca à relação com a pericialidade. No *ecletismo* boa parte do consumo de medicamentos naturais é pericialmente tutelada por *fontes heterodoxas*, definidas como fontes institucionalizadas, de carácter interpessoal (terapeutas

de medicinas alternativas ou atendimento em lojas de produtos naturais) ou mediato (folhetos e literatura informativa disponíveis em espaços associados às medicinas alternativas e aos produtos naturais) (Clamote, 2010), decorrendo essencialmente da prescrição e controlo por parte dos terapeutas de MCA. No *experimentalismo* alguns entrevistados apresentam disposições para uma lógica experimentalista em que as decisões sobre o consumo de medicamentos/produtos terapêuticos naturais se processam de forma autónoma, mesmo que subsidiária da referenciação a partir da consulta de terapeutas no passado. Outros mobilizam outra vertente dessas fontes, designadamente o atendimento em lojas de produtos naturais, desenvolvendo relações de fidelização baseadas na confiança interpessoal face aos técnicos de atendimento.

Sendo as experiências com as MCA ao longo das trajetórias terapêuticas pontuais e descontinuadas, a lógica dominante que preside ao recurso por relação à medicina convencional é de complementaridade, mas num sentido bastante mais restritivo do que no *eclétismo*. Além da direccionalidade ser ainda mais vincada – as MCA complementam a medicina convencional e nunca o contrário –, a sua delimitação temporal não permite conjugações estruturadas como as que se verificaram no modo de relação anterior. A lógica de substituição emerge essencialmente nas finalidades relativas à gestão de situações de saúde classificadas como não doenças, como as estéticas ou o bem estar, para as quais, como vimos atrás, as MCA surgem como primeira e única opção.

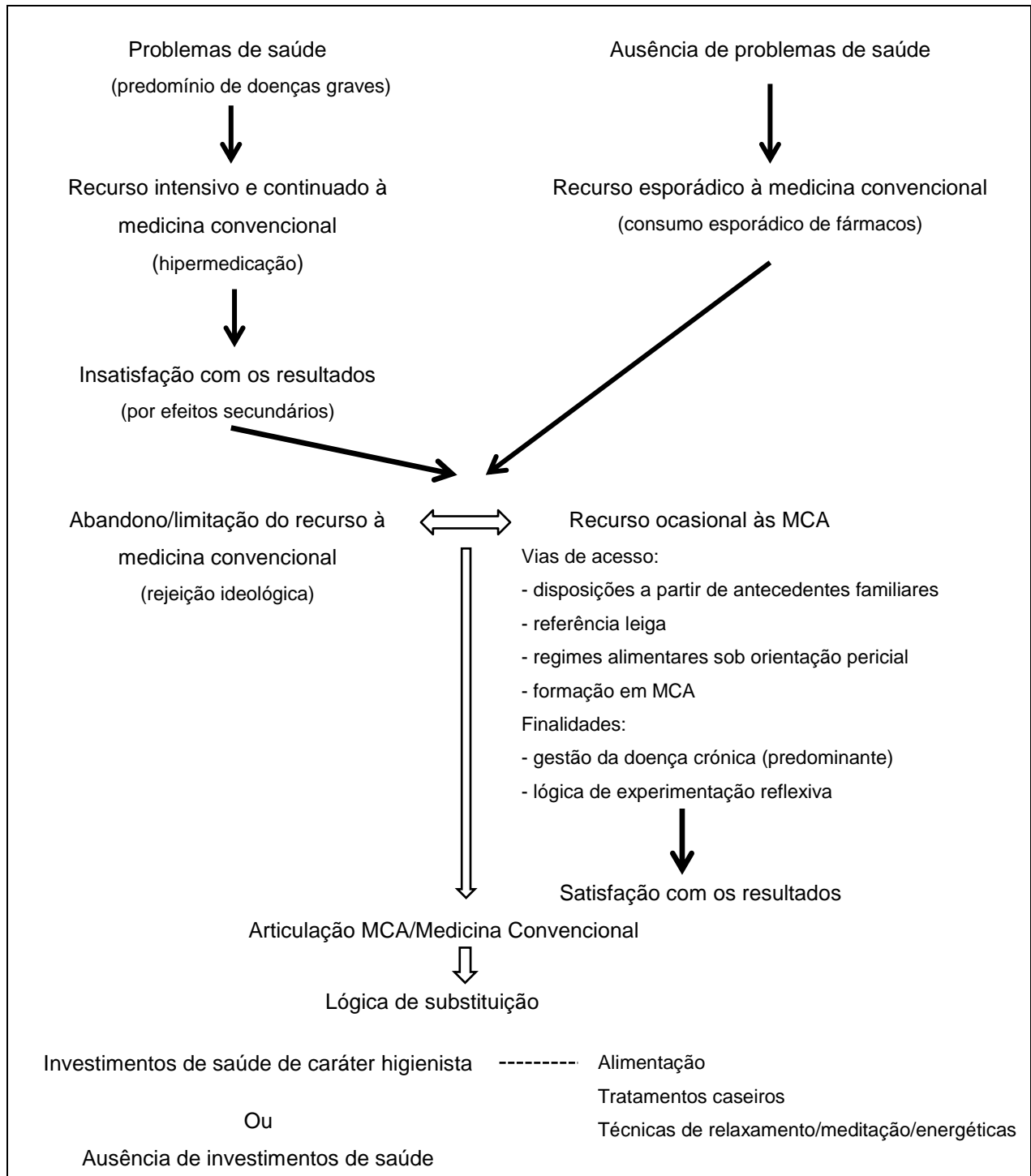
8.4. Complacência

A *complacência* integra trajetórias de recurso ocasional, pontual e circunstancial às MCA para evitar o recurso à medicina convencional, que é igualmente ocasional, numa lógica de “mal menor” ou de adesão restrita. Verifica-se uma tendencial resistência ao recurso à pericialidade ortodoxa ou heterodoxa e a valorização de investimentos de saúde e de formas de gerir a doença de carácter higienista.

Do conjunto de entrevistados, quatro correspondem a este tipo de trajetórias, duas mulheres e dois homens, todos residentes em Lisboa, uma com 27 anos e os outros com mais de 55 anos, com qualificações de nível superior (dois com licenciatura, um com mestrado e outro com doutoramento), e maioritariamente com doença crónica (apenas um entrevistado não tem) (Cf. Anexo C). Em termos de perfil sociodemográfico, o traço distintivo deste modo de relação por comparação com os anteriores consiste no elevado capital cultural dos entrevistados manifesto nas qualificações académicas, que se torna ainda mais relevante tendo em conta que se trata de indivíduos de uma geração em que o acesso e a conclusão de um curso superior constituíam situações de exceção.

A diversidade de trajetórias terapêuticas inscritas neste modo de relação impõe limites à sua tipificação. De facto, diferentemente dos modos de relação até aqui desenvolvidos, a *complacência* inclui histórias cuja singularidade torna mais complexo o desafio de identificação de itinerários comuns na perspetiva diacrónica que temos vindo a adotar como ponto de partida para a exploração das trajetórias terapêuticas. Ainda assim, procuramos esquematizá-las como mostra a figura seguinte.

Figura 8.4. Complacência: síntese de trajetórias terapêuticas



O recurso à medicina convencional marca o início das trajetórias terapêuticas dos entrevistados, à exceção de uma entrevistada (a mais jovem) que, por via de convicções e práticas consolidadas na família, tinha tido experiências com a homeopatia ainda na adolescência.

Deparamo-nos com dois tipos de situações quanto a esse recurso. Quando há problemas de saúde medicamente definidos como graves, a biomedicina ocupa, durante muito tempo e de forma exclusiva, todo o espaço terapêutico, numa lógica de dependência da pericialidade ditada pela natureza da doença, à qual, no caso da entrevistada em questão, acresce a dependência da família pelo facto de a doença ocorrer numa idade em que os indivíduos estão sob tutela parental. O excerto que se segue relata a intensidade da prescrição e consumo de medicamentos desde o nascimento até aos 17 anos, cujas atribuições de risco são aumentadas no caso dos antibióticos. Esta categoria de recursos, figura, em paralelo com os calmantes, como aquela em que a associação de risco é mais elevada (Raposo, 2010). Neste relato a maioria representa um marco emancipatório da medicina convencional, numa trajetória de hipermedicação em que os efeitos secundários das ferramentas terapêuticas por esta utilizados são percecionados como muito prejudiciais. A macrobiótica constitui a porta de entrada a partir da qual se iniciam experiências de recurso às MCA, pela função terapêutica que este regime terapêutico possui, como tivemos oportunidade de desenvolver no modo de relação *convicção*.

“Eu fiz uma rejeição aos químicos aos 17 anos. Com 17 anos eu disse “agora sou maior, faço o que eu quero” (risos) Porque até aos 17 anos estive sempre muito medicamentada, e muito e muito. Nasci, mas não era para nascer, a minha mãe também era para pirar e eu também, mas lá conseguimos sobreviver as duas. Depois acho que foi muitos problemas de garganta, nariz e amígdalas até aos cinco anos. Tudo! Antibióticos que não tomava com a vitamina, o médico nessa altura não tinha informação, não é? Acho que tive injeções na barriga também, como se tivesse difteria. E depois de aparência e tal, quer dizer, eu aos nove anos, 10 anos tinha esta altura. Portanto, eu fiz [*ruído de explosão*] eu fui injetada, não é? Deve ser essa reação com outros medicamentos que me deram, não é? E com as carências, com as carências. Porque eu acho que os antibióticos que eu tomei foram tantos, mas que deviam ser contrabalançados com as vitaminas e não foram. E daí eu acho que foi isso que deu este esticão. E depois, lá está, a parte hormonal teve de se ressentir, não acompanhou. E a tiroide depois deu de si, não é? E depois daí era endocrinologistas, era dermatologistas, era tudo, eu fiz exames... epá, e eu acho que me saturei, cansei-me. E disse assim aos 17 ‘sou maior, não sou?’ e a minha mãe ‘és’ ‘ok. Então a partir daqui eu vou fazer como eu acho’. E foi a partir daí que eu entrei para a macrobiótica.”

(mulher, 57 anos, curso superior, E6L)

Noutros casos, a ausência de problemas de saúde significativos traduz-se em episódios pontuais de recurso à medicina convencional, que são objeto de avaliações negativas por parte dos entrevistados, como ilustra o relato seguinte. Face à ineficácia dos tratamentos, o

entrevistado opta por recorrer ao natural na sua vertente tradicional (Lopes, 2010b), designadamente a chás de ervanária, que permitem alcançar os resultados esperados. Ao longo da sua trajetória terapêutica, refere igualmente a utilização de vários tratamentos caseiros para diferentes questões de saúde. Em consonância com a idade do entrevistado, a opção por este tipo de recursos afigura-se geracionalmente marcada. Embora não exclusivamente, a valorização, em termos de atitudes e práticas, do natural na sua vertente tradicional, tende a estar mais presente nas gerações mais velhas, o que se verifica também nos outros modos de relação.

“Tive uma hepatite, mas era uma hepatite aguda, já foi há muitos anos. E foi-me transmitida, nessa altura não havia essa coisa das agulhas descartáveis. As agulhas iam para a água a ferver. Quando entrei para a aviação mandaram-me fazer análises ao sangue, o Dr. S. S., nunca mais me esqueci do nome, no Marquês do Pombal, e foi aí que eu fiquei infetado. Então o médico recomendou-me, disse-me que a doença praticamente não tinha tratamento. Mandou-me tomar uma coisa qualquer, não sei se era para os intestinos ou uma coisa qualquer. Mas o principal é que eu não saía da cama nem para ir à casa de banho. Não me mexer, era o tratamento principal. E este seu amigo decidiu sair da cama, meteu-se no carro, e fui ao ervanário da Junqueira, que me deu umas coisas quaisquer, eram dois chás quaisquer. Um sei que era para os intestinos, o outro já não sei. Sei que tomei aquilo e quando eu fiz a primeira análise tinha quatro cruces e passado uma semana tinha já só duas. E o médico ficou admirado. [Não contou ao médico?] Não. [Porque é que não contou ao médico?] Porque tive medo que ele ficasse sentido. Ele era meu primo e tinha receio que ele não gostasse de eu ter, não só desobedecido, como pedir uma colaboração (risos) adicional ao tratamento”

(homem, 75 anos, curso superior, E7L)

As experiências anteriores de sucesso podem alimentar disposições para posteriores opções por recursos terapêuticos pericialmente tutelados. O mesmo entrevistado refere a consulta recente de acupunctura para dores numa perna e relata resultados muito favoráveis. Importa assinalar, que, ao contrário do padrão mais comum, a utilização da acupunctura é a primeira opção terapêutica, não sendo antecedida da consulta da medicina convencional.

“E fiquei, de facto, muito bem impressionado com a acupunctura, porque eu fiz o primeiro tratamento com a acupunctura e fiquei 80% melhor, ao segundo estava bom [À segunda sessão?] À segunda sessão, estava bom.”

(homem, 75 anos, curso superior, E7L)

À *ineficácia sentida* das terapêuticas da medicina convencional junta-se a crítica à assimetria da relação médico-doente e à dependência face aos sistemas periciais. Um dos entrevistados em particular – possuidor de alguma formação em medicina tradicional chinesa e massagem ayurvédica e japonesa – produz um discurso que contesta a autoridade médica e advoga a adoção de atitudes e práticas relacionadas com a saúde por

parte dos indivíduos que os libertem dessa dependência. Trata-se, pois, de um posicionamento ilustrativo das teses que referem a emergência de *pacientes-consumidores* (Thompson, 2003), com atributos de capacidade de escolha, auto-gestão e envolvimento ativo na saúde, ou mesmo de *consumidores resistentes*, uma identidade de saúde caracterizada pela rejeição e contestação do modelo biomédico de saúde e de doença, construída a partir de modelos experienciais leigos sobre a saúde e sobre o corpo (Fox e Ward, 2006), que se situa no extremo oposto do doente passivo de Parsons (1991) [1951]. No caso deste entrevistado, importa ainda retomar as propostas de Stevenson e Scambler (2005) a propósito dos níveis de confiança. O que se verifica é que parece existir uma relativa confiança na medicina como sistema pericial abstrato (Giddens, 1992), mas não no exercício da profissão por parte dos médicos. A prática profissional orientada por concepções humanistas constitui, para o entrevistado, uma exceção.

“Eu fiz formação em Medicina Tradicional Chinesa em Paris, fiz formação em Massagem Ayurvédica, portanto, a vertente hindu, formação em Massagens Japonesa e depois coisas mais pontuais sobretudo a nível das terapias. A pessoa, desde que interessada, vai somando, não é? 1+1, vai somando as coisas. Mas o importante também depois é aplicabilidade. Se consegue aplicar em si, muito bem. Se fica só no domínio teórico e académico também não resolve nada. E como eu sou apologista do prático, foi sempre isso que eu fiz, fui sempre tentar testar em mim essas coisas”.

“Infelizmente o que se criou e o que o sistema criou foi, de facto, uma acumulação de médicos que... eu, por exemplo, vi aqueles programas do *Serviço de Saúde* e aquilo é paradigmático relativamente à atitude dessa classe! Porque, quer dizer, as pessoas vão para ali com uma arrogância do seu estatuto, com a perna dobrada e tal, daquelas pessoas todas que eu vi, os médicos, um único indivíduo que apareceu ali foi de facto uma pessoa das gastrointestinais que realmente tentou informar! E percebeu-se que era uma pessoa que claramente tinha prática com assuntos quotidianos, que ele teve que resolver durante anos a fio, ou seja, teve sempre o desafio permanente. E foi uma pessoa que se deu ao desafio, também. Isso eu considero um médico! Os outros são tudo pessoas que tiraram licenciaturas e depois com formações altas aqui e acolá, mas, quer dizer, de médicos têm pouco, sinceramente. Eu considero muito pouco a classe médica. Não é a medicina, são os agentes.”

“E depois jogam com a tal manipulação da classe médica, não é? Que no fim de contas, hoje em dia, são agentes dos laboratórios farmacêuticos, como eu digo, a classe médica, salvo raríssimas exceções, atua com compadrio e, praticamente, sob a alçada dos laboratórios farmacêuticos. E, portanto, a investigação da dita ciência, nesse aspeto, é uma investigação, quanto a mim, que deixa muito a desejar. Essas indústrias farmacêuticas, com os respetivos laboratórios de centenas e centenas de pessoas, deixam muito a desejar em termos de qualquer virtude para a saúde. São entidades que não têm nada de virtuoso.”

“O querer é muito importante! Repare, se a pessoa entra num quadro, claramente, de apostar que está dependente de terceiros para resolver as suas situações, epá, é precisamente a mesma coisa a que se assistiu a este problema do envidamento das pessoas. Isto está tudo interligado, certo? Acreditar na classe médica e nos segredos e nos conhecimentos e na resolução de problemas da parte da classe médica convencional é a mesma coisa que a

pessoa acreditar nas entidades bancárias. Portanto, depositar toda a sua confiança... digamos, e todos os seus recursos, inclusive recursos mentais, não é só recursos monetários, é recursos mentais, em várias entidades, colocando-as num pedestal, em que declara, claramente insuficiência. Pronto, isto é a base para o descalabro individual! Juntando muitos descalabros, faz-se um descalabro geral. É isto que se assiste!”

(homem, 55 anos, mestrado, E14L)

Para o evitamento da medicina convencional são também mobilizados argumentos, à semelhança de posicionamentos já identificados na *convicção*, que a associam a intervenções invasivas, contrárias à natureza do corpo.

“Dos outros tratamentos não gosto muito. [*Dos tratamentos da medicina convencional...*] Eu costumo dizer que se isto fosse para abrir e fechar por causa de andar a fazer operações, Deus Nosso Senhor tinha-nos feito com muitos fechos *éclair* pelo corpo todo, não é?”

(homem, 75 anos, curso superior, E7L)

Neste modo de relação, a rejeição da medicina convencional é, tendencialmente, uma rejeição ideológica, que não se esgota numa lógica de evitamento pragmática justificada por experiências pessoais de insatisfação, como tínhamos verificado na *convicção*. Traduz-se na forte limitação do recurso, manifesta em trajetórias em que as últimas consultas da medicina convencional tinham ocorrido há mais de 10 anos, ou ocorrem muito esporadicamente para acompanhamento de questões de saúde que assumem forte centralidade na vida dos indivíduos (como é o caso de uma entrevistada, de 27 anos, com um problema de infertilidade). Na mesma linha, o consumo de fármacos é muito diminuto, sustentado por discursos reveladores de atitudes de forte rejeição.

“Eu acho que, hoje em dia, um dos maiores perigos da saúde das pessoas, genericamente falando, é o uso da medicação! Não é ausência da atividade física, não é a ausência da alimentação equilibrada.”

(homem, 55 anos, mestrado, E14L)

Sendo o recurso às MCA também limitado, estas não são, porém, objeto de rejeição, mas antes perspetivadas como uma solução terapêutica que, face à impossibilidade de gerir problemas de saúde através de estratégias autonomamente desenvolvidas e não medicamentosas, é em certa medida confluyente com essas estratégias. Nestes entrevistados, as experiências de utilização da homeopatia, acupunctura, medicina tradicional chinesa e outras terapias são mais recentes do que o recurso à medicina convencional. Essas experiências tomam por vezes a forma de aconselhamento de práticas ligadas aos “estilos de vida saudáveis” (cf. capítulo 3, ponto 3.1), às quais se dá continuidade, já fora da tutela pericial, através de opções em termos alimentares, de

exercício físico, de técnicas de relaxamento, entre outras. O consumo de medicamentos/produtos terapêuticos naturais afigura-se como “mal menor” em situações que não são passíveis de resolver com esse tipo de práticas, numa lógica de evitamento dos químicos.

Apenas um entrevistado, em termos discursivos, revela uma relativa *ausência de investimentos* de saúde, categoria explorada no capítulo anterior para designar a inexistência de preocupações quotidianas com a saúde e de práticas preventivas (cf. capítulo 7, ponto 7.3). Os outros privilegiam um leque de estratégias orientadas para a prevenção e gestão da doença essencialmente de caráter *higienista* (Pegado, 2010). Além de uma forte ênfase no papel preventivo e curativo da alimentação – que se traduz em escolhas alimentares efetuadas com um significativo grau de reflexividade e/ou na adoção de regimes alimentares específicos, como por exemplo a macrobiótica -, são referidas outras práticas, como o exercício físico, a vida ao ar livre, técnicas de relaxamento (ex. yoga), meditação, etc.

“Há uma coisa a que eu sou fiel, pronto vou já dizer, que é a minha aveia ao final do dia. Eu deixei de jantar, tradicional. E faço a minha papa de aveia. [*E porquê a papa de aveia?*] Intestinos. [*Mas é porque tem algum problema de saúde ou é só para...?*] Sim, a parte frágil da minha parte física são os intestinos. Eu sempre tive uma certa prisão de ventre ou outra coisa qualquer, digestões difíceis, e de há uns anos para cá, portanto isto deve ter sido há uns quatro anos, deixei de jantar, o que era normal, ou carne ou peixe ou sopa ou lá o que for, e a comer só uma papa de aveia que eu faço.”

“Eu não tomava comprimidos, nenhuns, nem naturais nem os químicos. Mas quando havia aquelas situações de um certo resfriamento, sabe o que é que eu fazia? Ia ao chinês. Ia ao chinês, comia a comida chinesa picante e as mucosas saíam todas”

(mulher, 57 anos, curso superior, E6L)

Tal como na *convicção*, a alimentação simboliza o mais natural dos recursos terapêuticos, investida da capacidade de restabelecer o equilíbrio natural do corpo. Além da ideia de um *corpo auto-regulável*, com potencial de auto-cura, emerge igualmente a conceção de um *corpo barómetro* (Pegado, 2010), traduzida na ênfase à necessidade de atenção aos sinais que o corpo manifesta, ou por estar doente ou, conforme é visível nos testemunhos que se seguem, por necessitar de certas substâncias.

“De certa maneira tomei consciência de que o organismo pedia-me renovação. De alimentos, por exemplo, não é? E eu não sabia explicar porquê. E depois comecei a perceber lá em baixo que até estava relacionado com a mudança das estações. Eu no Inverno procurava umas coisas, na Primavera procurava outras.”

(mulher, 57 anos, curso superior, E6L)

“E depois, a base normalmente é cálcio, magnésio, também às vezes sinto que preciso, um bocadinho mais de fósforo e pronto... e também em outras ocasiões o potássio... Regulo-me, mais ou menos, pela ingestão de minerais um bocadinho mais específicos em determinadas alturas, consoante aquilo que sinto.”

(homem, 55 anos, mestrado, E14L)

Predomina igualmente a valorização das escolhas e autonomia individuais, atribuindo aos indivíduos a capacidade e responsabilidade da gestão da sua própria saúde, rejeitando a dependência e a autoridade periciais. Particularmente no caso dos dois entrevistados a que os excertos anteriores se referem, são bastante explícitas conceções sobre a saúde, a doença e o corpo que se enquadram na partilha de um universo ideológico pautado por aquilo que tem sido apelidado de valores pós-modernos (Bakx, 1991; Easthope, 1993; Eastwood, 2000; Rayner e Easthope, 2001).

“E tento tratar de mim, porque se não tratarmos de nós próprios, ninguém... aí é que está também essa maluqueira. Quer dizer, a malta que entra no ciclo de dependência dos médicos é um caso sério, porque as pessoas viram uns joguetes!”

“Tudo tem de ser feito com equilíbrio. Qualquer tipo de dependência, seja de produtos, seja de agentes, seja de entidades abstratas e coisas do género só podem conduzir a uma subalternidade do nosso Eu... em que o nosso Eu não está participativo. Isso é o pior que nós podemos fazer. Isso é o pior que nós podemos fazer a nós próprios.”

(homem, 55 anos, mestrado, E14L)

Concretamente, encontramos nos seus discursos, que revelam um forte comprometimento ideológico, as quatro vertentes que Siahpush (1998) identifica como integrando os valores pós-modernos: i) uma nova visão sobre a natureza, implicando a valorização do natural e a rejeição do químico e artificial; ii) novas crenças sobre a saúde e a doença, privilegiando-se uma visão integrada do corpo, mente e espírito; iii) a rejeição da autoridade, em particular a autoridade médica; iv) a responsabilização individual, atribuindo-se aos indivíduos a capacidade para atingir os estados de saúde desejáveis.

Siaspush defende que estes valores são convergentes com a ideologia que sustenta boa parte das terapias inscritas nas MCA, o que explicaria a sua crescente popularidade. Ora, na presente pesquisa, os entrevistados com posicionamentos valorativos mais próximos do quadro cultural da pós-modernidade, tal como o autor o entende, têm uma relação restritiva com as MCA, procurando combater a dependência face a uma pericialidade que, embora heterodoxa, limita a autonomia que preconizam. Mesmo tratando-se de um número muito reduzido de casos, o que as trajetórias de *complacência* parecem demonstrar é que é pertinente, como outros autores o fizeram, questionar a ligação

automática entre crescimento das MCA e decréscimo da dependência da pericialidade (Cant e Sharma, 1996b).

8.5. Quatro narrativas sinópticas de trajetórias terapêuticas

O último ponto deste capítulo é dedicado à apresentação, numa lógica de narrativa sinóptica, de quatro trajetórias terapêuticas ilustrativas dos quatro modos de relação. Não são trajetórias representativas de cada dum deles, na medida em que, como desenvolvido nos pontos anteriores, embora haja uma certa regularidade no tipo de percursos encontrados no âmbito de cada modo de relação, tal não equivale a elidir a diversidade interna que os caracteriza. São histórias únicas, irrepetíveis, que mostram como os indivíduos vão trilhando um percurso feito de escolhas terapêuticas e de sentidos que se vão constituindo mutuamente. Foram selecionadas, entre as 29 entrevistas, essencialmente a partir de critérios que remetem para a disponibilidade de informação, isto é, a possibilidade de reconstituir um percurso minimamente ordenado e balizado do ponto de vista diacrónico, em que, simultaneamente, seja possível identificar as razões subjacentes às opções terapêuticas tomadas. Por isso, correspondem a entrevistados com idades consonantes com trajetórias de uma duração passível de incluir questões de saúde significativas que motivem as demandas terapêuticas.

Previamente à apresentação das trajetórias, duas considerações de ordem metodológica se impõem. Primeiro, quanto ao foco temático. Especificamente no domínio da saúde, a análise de narrativas tem sido utilizada como um procedimento metodológico que possibilita captar as experiências de doença dos indivíduos, sobretudo no caso da doença crónica. As narrativas adquirem então a forma de “narrativas de doença” (Riessman, 1990; Hyden, 1997; Bury, 2001), em que se privilegia o modo como os indivíduos ordenam sequencialmente as vivências e os acontecimentos associados à doença, bem como a reflexão que vão produzindo em torno desses acontecimentos. Mantendo a ênfase nessas dimensões temporal, experiencial e reflexiva, no nosso caso o foco de atenção desloca-se da doença em si (embora integrando-a) para as formas de gestão da doença ou de outras condições que implicam o recurso a cuidados terapêuticos pericialmente mediados, designadamente médicos da medicina convencional e terapeutas das MCA.

Segundo, quanto ao foco analítico. Ao contrário de outras pesquisas, em que as narrativas de doença produzidas em situação de entrevista são utilizadas como material empírico que, sujeito a uma análise teoricamente informada, permite a produção de conhecimento substantivo sobre o modo como os indivíduos conjugam o recurso a diferentes opções terapêuticas (Badone, 2008), no nosso caso a forma de apresentação das narrativas de trajetórias terapêuticas obedece essencialmente a uma lógica ilustrativa, ainda

que sustentada numa análise que podemos designar por análise de primeiro nível. Efetivamente, se os pontos anteriores foram dedicados à análise das entrevistas com base em procedimentos comparativo-tipológicos (Costa, 1999), no presente privilegia-se a evidência da singularidade, recorrendo a sinopses das trajetórias, que foram sintetizadas e organizadas de modo a tornar explícita a sequência temporal das escolhas terapêuticas.

Convicção: do desencanto com a medicina convencional à conversão às MCA (a história de Susana⁶⁹)

Susana tem 44 anos, completou o 12º ano de escolaridade e vive em Lisboa.

Afirma-se como apologista das medicinas alternativas, em particular da homeopatia e da acupunctura.

Teve vários problemas de saúde que não foi possível resolver com recurso a medicamentos da medicina convencional, para os quais encontrou posteriormente resposta através da homeopatia e da acupunctura.

O primeiro recurso à acupunctura foi despoletado por um problema de saúde que não foi diagnosticado pela medicina convencional. Esteve em vários hospitais, tomou muitos corticoides, sem que o problema se resolvesse. Consultou um acupuncturista, através do aconselhamento de um familiar, que também já recorria à acupunctura. Os tratamentos foram eficazes e resolveram o problema.

O percurso na homeopatia também é longo. Recorreu pela primeira vez para tratar problemas graves de falta de ar da filha de oito anos. O recurso foi sendo progressivamente alargado a outras questões de saúde que foram surgindo ao longo dos anos, bem como a outras finalidades para além do tratamento de doenças.

Refere em particular três situações em que a homeopatia demonstrou ser eficaz, por contraste com a ineficácia diagnóstica e terapêutica da medicina convencional. A primeira foi um problema de “peladelas” no cabelo que levaram ao consumo de medicamentos prescritos pelo dermatologista, sem obtenção dos resultados esperados. Os medicamentos homeopáticos indicados posteriormente pelo homeopata vieram a surtir efeitos avaliados de forma muito positiva. A segunda foi um problema de saúde inspirando particular cuidado: fez uma mamografia, prescrita pela ginecologista que, face aos resultados que indicavam a possibilidade da existência de um tumor na mama, colocou a hipótese de cirurgia. Foi procurar validação desse diagnóstico com o homeopata, que considerou que o problema era da coluna e que a cirurgia à mama não se justificava. Seguiu o conselho do homeopata e mantém-se em vigilância relativamente a esse problema. A terceira refere-se à filha

⁶⁹ De modo a preservar o anonimato dos entrevistados, os nomes apresentados não correspondem aos nomes reais.

(criança). Relata a existência de um problema de saúde grave (não identificado), para o qual a medicina convencional não produziu um diagnóstico conclusivo, tendo-lhe sido prescritos calmantes. Insatisfeita com os resultados, recorre à homeopatia, cujos efeitos são mais uma vez objeto de elevados níveis de satisfação.

Estes episódios sucessivos vão consolidando uma relação de confiança nos terapeutas e uma fidelização às terapias, que vão ganhando primazia face à medicina convencional. No momento da entrevista, o espectro dos problemas de saúde que motivavam o recurso à acupuntura tinha sido alargado. Face a problemas de coluna (hérnias) que tinham surgido mais recentemente, esta terapia constituiu a primeira opção terapêutica. Faz sessões de acupuntura com alguma regularidade (uma ou duas vezes por ano), sobretudo quando se sente pior da coluna.

Por sua vez, a homeopatia era a primeira opção para finalidades de prevenção, designadamente da gripe, através do recurso a vacinas homeopáticas de todos os membros do agregado familiar. Inclusivamente a entrevistada refere que o cônjuge, que inicialmente era cético relativamente às MCA, chegando a apelidar os terapeutas de “charlatões” se converteu. Refere ainda um episódio muito recente de consulta do homeopata com o filho, com o objetivo de aquele lhe prescrever medicamentos para o controlo da ansiedade associado aos exames do 9º ano de escolaridade, sem que tenha havido consulta prévia de um médico da medicina convencional.

Numa lógica semelhante, os medicamentos naturais constituem, na maior parte das vezes, a primeira escolha face a questões de saúde diversas (por exemplo, ansiedade ou dores de cabeça). Considera que estes são eficazes, embora mais morosos na obtenção de resultados em comparação com os medicamentos químicos, e que não têm efeitos secundários. Evita o consumo de medicamentos químicos, essencialmente devido a esses efeitos.

Não se verifica, porém, um abandono da medicina convencional, mas antes uma limitação do seu uso, designadamente através da manutenção da realização de exames de vigilância médica e da consulta de especialidades médicas (como é o caso da ginecologia).

Eclétismo: a complementaridade entre a medicina convencional e as MCA num problema de saúde grave (a história de Rodrigo)

Rodrigo tem 58 anos, possui formação de nível superior (mestrado) e vive em Lisboa.

Foi-lhe diagnosticada uma doença grave, crónica, ao nível do sistema imunitário nove anos antes da data da entrevista. Essa doença teve implicações fortes em termos de mudanças alimentares, profissionais e de atitudes face à vida em geral. O entrevistado refere a adoção de um regime alimentar que considera muito mas saudável, a mudança de

funções na empresa onde trabalha, de forma a reduzir a ansiedade e os ritmos de trabalho, e também a redefinição das valorizações atribuídas a diferentes aspetos da vida, relegando o trabalho para um plano secundário.

O primeiro recurso à acupunctura resulta da referência de uma pessoa à qual tinha sido diagnosticado o mesmo tipo de problema e que recorria a essa terapia, com resultados muito satisfatórios. Ocorre muito pouco tempo após o diagnóstico efetuado pela medicina convencional, pelo que não é consequência de insatisfação com os respetivos tratamentos. Tratando-se de uma doença crónica, o objetivo não é a cura, mas antes a possibilidade de gestão da doença, designadamente da sua evolução e da manifestação dos seus sintomas. Além disso, trata-se de uma doença relativamente rara, acerca da qual o conhecimento médico é ainda reduzido, o que se traduz no facto de a medicação prescrita para o entrevistado ter sido lançada há muito pouco tempo, sendo disponibilizada em contexto hospitalar.

O recurso à medicina convencional e à acupunctura ocorrem de forma sistemática, numa lógica complementar, ao longo de uma trajetória de quase uma década. A natureza da doença implica uma periodicidade regular do acompanhamento por parte da medicina convencional (médico de especialidade e médica de família). O entrevistado manifesta confiança na medicina convencional e nos médicos, revelando satisfação relativamente aos resultados em termos de gestão da doença. Em simultâneo, as consultas de acupunctura vão ocorrendo de forma relativamente espaçada, mas também regular. Os resultados dessa complementaridade são percecionados como positivos, na medida em que a doença se encontra relativamente estabilizada. A sua validação é efetuada através dos dispositivos médicos de vigilância, aos quais acresce a experiência corporal, “o modo como me sinto”.

Relativamente ao consumo de medicamentos, verifica-se uma idêntica lógica de complementaridade. Além da medicação hospitalar especificamente direcionada para o controlo da doença e de medicamentos prescritos em determinadas alturas do ano em que os sintomas da doença se agudizam, o entrevistado consome medicamentos naturais indicados pelo terapeuta de acupunctura. O médico da especialidade não tem conhecimento do recurso à acupunctura e desses consumos, ao passo que o acupunctor recomenda que não haja qualquer alteração na medicação hospitalar, funcionando os naturais como coadjuvantes da terapêutica da medicina convencional.

Experimentalismo: as MCA como experiência no controlo da dor (a história de Júlia)

Júlia tem 58 anos, possui curso superior e vive em Lisboa.

Teve uma experiência de recurso à acupunctura há vários anos, motivada por dores muito fortes na coluna, para as quais não encontrou resposta com os medicamentos

prescritos no âmbito da medicina convencional. Foi aconselhada por pessoas conhecidas que já tinham recorrido a essa terapia. Considera que os efeitos foram satisfatórios, na medida em que os tratamentos permitiram aliviar a dor. Após alguns meses com sessões regulares, abandonou porque melhorou em resultado da hidroginástica que começou a praticar.

O recurso à acupunctura ocorreu numa lógica de experimentação, em situações em que o problema de saúde comprometia o desempenho quotidiano. Concretamente, o objetivo foi o de procurar alívio para a dor: “a pessoa nessas alturas recorre a trudo e a mais alguma coisa”. Foi simultâneo com a continuação do consumo dos medicamentos anti-inflamatórios anteriormente prescritos, aos quais a entrevistada atribui efeitos secundários nefastos, designadamente problemas no estômago.

A mesma finalidade ditou o recurso à quiropráxia, apenas uma vez, manifestando também satisfação com os resultados desta terapia. A não continuidade é justificada pela melhoria do problema de saúde.

Já consumiu medicamentos naturais, mas muito esporadicamente. Manifesta reservas relativamente a estes produtos, por não estarem sujeitos a uma regulação que garanta a sua qualidade e a sua segurança, bem como alguma desconfiança nos técnicos dos espaços comerciais especializados na sua venda, por não serem detentores de formação adequada.

Mantém um recurso regular à medicina convencional e faz exames de diagnóstico com muita frequência. Revela forte confiança nos médicos e nos farmacêuticos. Por comparação com os medicamentos naturais, considera que os químicos são mais fiáveis, pelo facto de serem submetidos ao controlo do Infarmed. Na mesma linha, nos raros casos em que consumiu medicamentos naturais, estes foram receitados pela médica de família e adquiridos na farmácia.

Consome vários medicamentos químicos, para diferentes questões de saúde: problemas gastro-intestinais, problemas oftalmológicos, ansiedade, etc.

Complacência: evitamento de práticas ‘pericializadas’ na gestão da saúde e prevenção da doença (a história de Rita)

Rita tem 57 anos, possui curso superior e vive uma parte do tempo em Lisboa.

Teve graves problemas desde o nascimento, que se prolongaram durante a infância e a juventude (sobretudo problemas ao nível do aparelho respiratório). A gestão desses problemas passou por um acompanhamento médico constante e por um percurso de “hipermedicação” e “híper-examinação”. Segundo crê, o consumo continuado de antibióticos gerou efeitos secundários traduzidos em desequilíbrios hormonais, com perturbações ao

nível da tiroide, o que gerou a necessidade de recurso a outras especialidades médicas, como a endocrinologia e a dermatologia.

Aos 17 anos toma a decisão de abandonar todos os tratamentos em curso e todo o acompanhamento da medicina convencional e recorre à alimentação macrobiótica numa lógica terapêutica, por indicação de uma colega da escola. Satisfeita com os resultados, adota este regime alimentar durante alguns anos, após os quais muda para um regime vegetariano e mais tarde volta a uma alimentação que inclui carne e peixe. Estas decisões vão sendo tomadas de forma autónoma e consoante o que vai sentindo no organismo.

Teve experiências de recurso às MCA com o pai, há 30 anos. O pai foi acompanhado por um terapeuta de medicina tradicional chinesa para um problema oncológico, com finalidades paliativas. Mais tarde, também acompanhou a mãe a sessões de acupunctura.

Tem um estilo de vida “alternativo”, ancorado num quadro cultural e ideológico de valorização da natureza, de regresso à terra, de crença na capacidade de auto-regulação do corpo, de rejeição da autoridade pericial e de valorização da autonomia individual. Em termos de práticas, esse estilo de vida concretizou-se em mudanças estruturais na última década. Deixou o emprego na área da investigação em engenharia e mudou-se para o campo, numa região do interior do país, onde permaneceu durante oito anos para desenvolver um projeto de agricultura biológica. Fez formação em Feng Shui⁷⁰ e praticou yoga.

Enquanto estive no campo, teve contacto com um médico da medicina convencional que era simultaneamente homeopata e acupuncturista. Recebeu aconselhamento para problemas gastro-intestinais, traduzido quer no consumo de medicamentos homeopáticos, quer em recomendações relativas a alimentação.

Manifesta uma rejeição da sujeição aos sistemas de vigilância médicos, não recorrendo à medicina convencional há muitos anos. Procura ir vigiando a sua saúde através do que o corpo lhe “vai dizendo”. Acredita na capacidade de auto-regulação do corpo e na necessidade da atenção às suas necessidades. A alimentação é encarada como a principal forma de gerir a saúde, sendo as escolhas alimentares ditadas por “aquilo que o organismo pede”. Assume ainda uma função terapêutica face aos problemas de saúde que

⁷⁰ Segundo a Escola Nacional de Feng Shui: “Com origem na China há pelo menos três mil anos, a arte do Feng Shui significa literalmente “vento e água”. Esta arte estuda a influência do espaço no nosso bem-estar e a forma como os locais onde vivemos e trabalhamos se refletem no modo como nos sentimos. As suas bases estão enraizadas na cosmologia oriental e no princípio único das duas forças antagónicas do céu e da terra: yin e yang. Através do conhecimento de como a energia ki flui pelo espaço circundante, poderemos analisar excessos e estagnações desta mesma energia vital e a sua interação com o campo energético dos seres humanos. Depois de feitas as necessárias correções, é possível solucionar ou melhorar problemas emocionais, financeiros, profissionais e de saúde. O simples facto de se alterar a cor de uma parede, reordenar a disposição da mobília ou colocar plantas naturais numa determinada posição, poderá melhorar substancialmente a condição energética da nossa habitação e, conseqüentemente, de nós próprios.” Disponível em: <http://www.escolafengshui.com/feng-shui/o-que-e>.

vão surgindo. Além da alimentação, consome chás com finalidades de prevenção e/ou tratamento e recorre a outras estratégias, como “trabalhar a energia e a respiração”.

Ao longo da trajetória na vida adulta, relata um único episódio de recurso à medicina convencional e de consumo de medicamentos químicos durante um tempo considerável, há dez anos. Consultou um neurologista e tomou um antidepressivo durante um ano e meio, porque se encontrava numa situação limite em termos familiares. Apesar de dar preferência aos tratamentos que apelida de naturais, optou pela medicina convencional porque nessa ocasião considerou que tinha necessidade de medicamentos mais rápidos na sua atuação e também porque o problema de saúde obrigava a um afastamento temporário do trabalho, medicamente atestado. Abandonou o consumo por iniciativa própria

Teve consumos esporádicos de medicamentos naturais, receitados pelo homeopata ou consumidos por iniciativa própria, com finalidades de prevenção (por exemplo, de infeções respiratórias) ou de tratamento. À data da entrevista não consumia qualquer tipo de medicamento há quatro anos, revelando atitudes de resistência a esse consumo. De qualquer modo, em caso de necessidade, refere preferir os naturais aos químicos.

Conclusão

“O recurso às medicinas complementares e alternativas: padrões sociais e trajetórias terapêuticas” é o título desta tese. Partamos daqui, da desmontagem do título, para concluir esta trajetória de imersão e exploração de um objeto cujo alcance sociológico merece ser retomado à luz dos resultados que a pesquisa permitiu produzir.

Primeiro, as medicinas complementares e alternativas...

Uma designação que, tal como outras, comporta significados sociais. Não é única, não é consensual, e tem sido objeto de lutas simbólicas em que estão envolvidos os protagonistas das MCA (os terapeutas, em muitos casos organizados em estruturas associativas), os médicos e suas instâncias de auto-regulação (designadamente a Ordem dos Médicos) e o estado. Nomear um objeto como “complementar” ou “alternativo” implica, segundo alguns, aceitar uma ordem estabelecida em que o seu estatuto é necessariamente de subalternidade face a outro objeto que se lhe opõe, pelo seu estatuto de “essencialidade” ou “imperiosidade”, ou, dito de outro modo, é aceitar a violência simbólica (Bourdieu, 1989) que se inscreve na hetero-atribuição desta categoria.

Um primeiro contributo desta tese é a discussão dos termos mobilizados para designar as práticas terapêuticas que constituem o seu objeto, perspetivando-os como classificações sociais. Esta reflexão, desenvolvida no primeiro capítulo, não se limita a mapear e discutir esses termos – tradicionais, heterodoxas, paralelas, naturais, holísticas, etc. Avança igualmente para outras questões terminológicas, como a utilização do singular ou do plural (medicina ou medicinas) ou de qualificativos como medicinas, terapias ou terapêuticas. E avança ainda para um exercício paralelo de problematização das designações de que tem sido objeto o que nesta tese denominamos de medicina convencional. Trata-se de uma discussão que é também importante para a delimitação do campo analítico, estabelecendo fronteiras e demarcações face a outros recursos terapêuticos, mas não deixando de assumir a fluidez e transitoriedade dessas fronteiras.

Rejeitando concepções essencialistas traduzidas no reconhecimento de atributos ontológicos dos sistemas terapêuticos, adotámos o termo medicinas complementares e alternativas, por considerar que este é o que mais reflete a perspetiva relacional que privilegiamos e que permite albergar sob o mesmo chapéu filosofias e práticas terapêuticas que, embora díspares, partilham entre si um estatuto de marginalidade, variável em função dos contextos, nas sociedades ocidentais contemporâneas. Além disso, têm em comum o facto de reclamarem a posse de um conhecimento sistematizado e codificado sobre a saúde, a doença e o corpo, que sustenta as intervenções terapêuticas.

Fazêmo-lo com a assunção de três proposições resultantes da problematização das classificações: i) a designação MCA tem uma existência contingencial, isto é, só pode ser aplicada em contextos sociais espacio-temporalmente delimitados (aquilo que é alternativo num contexto é a norma noutro); ii) qualifica medicinas ou terapias cujas fronteiras face a outros recursos terapêuticos é possível estabelecer (por exemplo, as medicinas populares ou terapias baseadas na religião ou esoterismo), mas em que as fronteiras não são estanques nem imutáveis; iii) engloba medicinas ou terapias muito diversas, quer do ponto de vista das suas características intrínsecas (bases filosóficas e conceções orientadoras da prática terapêutica e ferramentas terapêuticas), quer do ponto de vista do grau de legitimação social de que usufruem nos contextos em que são praticadas.

Segundo, o recurso...

Ao contrário de numerosos trabalhos realizados em outros países da Europa e na América, sobretudo nos EUA, sobre o recurso às MCA, a partir das perspetivas das ciências sociais, em particular da sociologia, em Portugal o fenómeno não tem visibilidade sociológica. As MCA não estão ausentes da produção sociológica no nosso país, mas as pesquisas empíricas têm sido direcionadas para os processos de legitimação e profissionalização das terapias que nelas se inscrevem, privilegiando a análise das relações que se estabelecem, no plano institucional, entre as MCA, os médicos da medicina convencional e o estado (Pegado, 1998; Franco, 2010; Almeida, 2012a). Se retomarmos a tríade de objetos que Siahpush (1999) definiu como focos analíticos do que designou por sociologia da medicina alternativa – utilizadores, praticantes e médicos –, podemos afirmar que os primeiros não foram, até agora, alvo de atenção. Assim, um primeiro resultado substantivo desta tese é a produção de conhecimento sociológico, com base em informação empírica cuja produção e análise é teoricamente orientada, acerca do fenómeno do recurso às MCA em Portugal.

Terceiro, os padrões sociais...

Estes, numa dupla perspetiva, que deu corpo a duas dimensões de análise orientadoras do trabalho: uma contextual e uma estrutural. A consideração destas dimensões foi fundamental para efetivar uma análise situada do recurso às MCA, na medida em que as escolhas terapêuticas, assim como outras escolhas em outras dimensões da vida dos indivíduos, são balizadas pelas estruturas sociais em que os atores sociais se movem.

No plano contextual, os resultados alcançados traduzem-se na caracterização do contexto em que o recurso às MCA ocorre, em dois níveis distintos, mas interrelacionados. O primeiro, a nível macro, e hierarquicamente decisivo, diz respeito ao lugar que as MCA

estruturalmente ocupam nas sociedades ocidentais contemporâneas. Ora, esse lugar não é ontológico, mas relacional, nomeadamente face à medicina convencional ou biomedicina. Por isso, é crucial assumir como ponto de partida o lugar (o tempo e o espaço) a partir do qual olhamos para o fenómeno. As MCA só existem em contextos socio-espaciais particulares (Doel e Segrott, 2004), concretamente as sociedades ocidentais a partir de finais do século XIX, em que a medicina moderna detém uma posição de monopólio no campo de prestação dos cuidados de saúde (Clamote, 2006). Esta posição foi construída ao longo de um processo que envolveu conquistas, não apenas baseadas em avanços científicos, mas também em estratégias de profissionalização por parte da biomedicina que se traduziram na marginalização dos recursos e agentes terapêuticos não conformes às regras do jogo que ela própria definiu, conforme discutimos no segundo capítulo desta tese.

Não é, pois, demais reforçar que qualquer análise que se debruce sobre as MCA deve partir da assunção do seu posicionamento de subalternidade por relação à hegemonia da biomedicina. Sem presumir qualquer avaliação sobre a qualidade ou a eficácia dos dois sistemas terapêuticos, a verdade é que as escolhas orientadas para um ou outro não são socialmente equivalentes. O recurso à medicina convencional surge como o percurso terapêutico normal (no sentido normativo), enquanto o recurso às MCA é perspectivado como desvio social à norma. Levando esta questão ao limite, poderíamos mesmo afirmar que esta dualidade de avaliação se estende aos próprios cientistas sociais que estudam o fenómeno das MCA, quando tomam como questão de partida “porque é que as pessoas recorrem às MCA?”, sem que nunca se coloque a hipótese de formular a questão “porque é que as pessoas recorrem à medicina convencional?”. Porém, fazê-lo seria elidir os condicionamentos estruturais que moldam as escolhas individuais.

Uma outra dimensão constitutiva do contexto a nível macro respeita às mudanças que, no último século, têm implicações nas conceções e práticas sociais relativas à saúde e à doença. São essas mudanças que constituem o objeto do terceiro capítulo. Trata-se de um contributo para relacionar os sentidos e as práticas individuais em matéria de saúde e as condicionantes sociais. Destacamos, como principais traços dessas condicionantes: i) a centralidade da saúde como um fim em si e a valorização de novas formas de a gerir, que passam da deslocação da cura para a prevenção da doença; ii) a ênfase na responsabilização individual pela manutenção da saúde, através de práticas inscritas nos “estilos de vida saudáveis”, expressão que ganhou omnipresença no discurso público de promoção da saúde; iii) a mudança do padrão epidemiológico, traduzida na prevalência da doença crónica, com todos os desafios que se colocam a uma transferência da preocupação com a cura para a preocupação com a gestão da doença; iv) o crescente acesso a informação sobre saúde e doença, não só pela proliferação das fontes e canais de

informação, mas também pelo aumento do capital escolar das populações; v) a “reabilitação do natural” no domínio dos recursos terapêuticos (Lopes, 2010b).

Procurámos demonstrar como estas mudanças têm consequências nas concepções e práticas dos indivíduos relativas à saúde e à doença, bem como na relação destes com a pericialidade no campo da saúde, designadamente na confiança nos sistemas periciais (Giddens, 1992) e nas configurações da relação terapêutica. Mas fazêmo-lo sem advogar a existência de repercussões lineares, que têm sido expressas em propostas que afirmam a emergência de um novo paciente-consumidor, altamente reflexivo, rejeitando a autoridade, crítico da medicina moderna, independente e autónomo, e, correlativamente, o declínio da dominação médica. Por um lado, as formas de apropriação do discurso público de promoção da saúde são diversas; os indivíduos podem incorporá-lo, resistir-lhe ou transformá-lo. Concretamente, através da pesquisa empírica, foi possível mapear diferentes orientações face à saúde, de pendor mais ativista – crença na possibilidade de prevenir as doenças – ou mais fatalista – crença na sua inevitabilidade, bem como lógicas de investimentos em saúde também diferentes, desde estratégias preventivas à ausência de investimentos (cf. capítulo 7, ponto 7.2). Por outro lado, coexistem diversas formas de relação com a medicina convencional como sistema pericial abstrato e, concretamente com os seus protagonistas, os médicos, que atestam a ambivalência entre confiança e ceticismo que caracteriza as relações leigas com a informação pericial (Costa, Ávila e Mateus, 2002; Lopes, 2003, 2007), a que não são alheios os posicionamentos dos indivíduos na estrutura social.

Convocadas para a análise do fenómeno do recurso às MCA, as mudanças socioculturais identificadas têm sido mobilizadas para dar resposta à questão “Porque é que as pessoas recorrem às MCA?”. Um dos contributos desta tese é a sistematização das análises sociológicas – e, complementarmente, de outras ciências sociais – produzidas sobre o recurso às MCA, de que se ocupa o quarto capítulo. Traçar esse estado da arte permitiu a problematização de propostas explicativas ancoradas no que se designou “teses da pós-modernidade”: sucintamente, o crescente recurso às MCA, sendo reflexo de padrões mais abrangentes que caracterizam as sociedades pós-modernas, constituiria uma resposta ao declínio da crença na ciência e na tecnologia (incluindo as questões da saúde e da doença) e ao crescimento de processos de individualização, traduzidos numa busca por um maior controlo dos indivíduos sobre as suas próprias vidas e numa atitude crítica face à autoridade pericial. Entre outros argumentos críticos destas propostas, destacamos dois relativos aos pressupostos em que parecem assentar, pelas suas implicações diretas na pesquisa empírica que sustenta esta tese. Primeiro, a presunção de uma relativa homogeneidade, social mas também valorativa e atitudinal, dos utilizadores das MCA. Segundo, a ideia implícita de que o recurso às MCA implica uma concomitante rejeição da

medicina convencional. Nem um nem outro são comprovados empiricamente, nem nas pesquisas empíricas que foram objeto de revisão, nem na presente pesquisa.

Um segundo nível da dimensão contextual, tal como a definimos, é um nível meso, correspondente ao campo das MCA em Portugal que, entendido na sua vertente institucional, comporta as questões do quadro jurídico que regula a prática das MCA, da oferta formativa requerida para o exercício dos terapeutas e do associativismo profissional (cf. capítulo 5). Teoricamente enquadrada pelas noções de processos e estratégias de profissionalização, a análise empreendida resultou na caracterização exaustiva do campo, numa perspetiva comparativa – face à Europa – e diacrónica – reconstituindo e discutindo o processo que culminou recentemente na regulação das práticas terapêuticas. Até então, embora sem enquadramento legal, estas eram exercidas porque inscritas num *sistema tolerante*, em que os terapeutas das MCA não estão proibidos de exercer, mas estão fora do sistema oficial de saúde e não têm o mesmo estatuto que os médicos (Cant e Sharma, 1999).

O processo de regulamentação das MCA em Portugal foi longo e pontuado por avanços e estagnações, envolvendo quer lutas inter-sistemas terapêuticos, quer lutas internas nas MCA. Iniciado em 2003, com a aprovação da Lei de Enquadramento Base das Terapêuticas Não Convencionais, à data de redação desta tese não estava ainda completamente concluído. A regulamentação da lei só viria a ser efetivada em 2013 e constituiu um marco decisivo no estabelecimento de fronteiras institucionais entre medicinas/terapias legítimas e ilegítimas. Contemplando a acupunctura, a medicina tradicional chinesa, a homeopatia, a fitoterapia, a osteopatia, a naturopatia e a quiropráxia, relegou, por exclusão, outras terapias para um estatuto de marginalidade mais forte do que gozavam até então. Foram legalmente definidos os conteúdos das profissões e os ciclos de estudos – de nível superior – que habilitam para a respetiva prática (respetivamente em 2014 e 2015), circunscrita ao setor privado. Nesta data, encontrava-se ainda em curso um processo de atribuição de cédulas profissionais para os terapeutas em exercício, mediante apreciação curricular.

O caráter recente da regulamentação das MCA invalida que, no momento presente, possamos perceber quais os seus impactos a nível da procura destas medicinas, a propósito dos quais várias questões se colocam, merecedoras de explorações futuras: que consequências na expressão quantitativa do recurso às terapias regulamentadas e não regulamentadas? Que mudanças nas formas de acesso às MCA e nos critérios de construção da confiança? Que envolvimento dos agentes económicos (como a indústria farmacêutica ou as seguradoras) e suas repercussões na procura?

Num outro plano dos padrões sociais, o trabalho agora apresentado produz conhecimento sobre a estrutura social do recurso às MCA e sobre os padrões específicos

que o caracterizam (cf. capítulo 6). Concretamente, para além de quantificar o fenómeno em Portugal (3,7%) e no conjunto dos países da Europa⁷¹, efetua-se uma sociografia dos *utilizadores*, comparando-os de forma sistemática com os *não utilizadores*, com base nos resultados de um inquérito por questionário aplicado a uma amostra de conveniência no país, em Lisboa e na Guarda (n=400). São categorias que não mobilizamos acriticamente. Porém, se parecem ter implícita a ideia de uma homogeneidade interna e de contrastes na sua comparação, premissa que não partilhamos, têm o mérito de permitir pôr à prova esses mesmos atributos.

Um dos achados empíricos deste trabalho é a constatação da diversidade de perfis sociais dos utilizadores de MCA, ou seja, o recurso não é circunscrito a indivíduos de grupos sociais específicos, mas sim transversal. Tal não obsta a que se verifiquem regularidades, traduzidas numa ligeira prevalência das mulheres, dos mais velhos, dos mais escolarizados e dos que residem em contexto urbano, e que já têm sido identificadas em outras pesquisas extensivas (Sharma, 1992; Astin, 1998; Cant e Sharma, 1999; Wiles e Rosenberg, 2001; Frank e Stolberg, 2002; Cant, 2005; Baer, 2006; Hildreth, 2007).

Esta diversidade estende-se aos padrões de recurso, aferidos a partir do tipo de terapias eleitas, às finalidades, razões e questões de saúde que motivam o recurso, às temporalidades, à avaliação dos resultados e à relação com a medicina convencional. Neste ponto, salientamos como principais conclusões: i) o recurso às MCA concentra-se num espectro restrito de terapias, nomeadamente aquelas que gozam de maior visibilidade social, como é o caso da acupunctura; ii) desenham-se dois padrões distintos de recurso, um regular e frequente e outro de carácter pontual e descontinuado; iii) o tratamento, sobretudo de condições associadas à doença crónica, constitui a principal finalidade do recurso, que, na maioria dos casos, é encarado como coadjuvante das terapêuticas da medicina convencional, designadamente os medicamentos; iv) o grau de satisfação com os resultados é elevado.

Quarto, as trajetórias terapêuticas...

Dimensão central e mais desafiante, a partir de uma abordagem que tem estado ausente dos estudos de carácter intensivo sobre o recurso às MCA. Por isso, antes dos resultados, impõe-se uma reflexão sobre a relação entre procedimentos metodológicos e objetivos teóricos. Posto de outro modo, importa explicitar como um aparente constrangimento no início da pesquisa se revelou como uma mais valia à medida que a reflexão sobre a construção do objeto de estudo se ia consolidando. Como ficou claro na introdução desta

⁷¹ Percentagens variáveis em função dos indicadores utilizados.

tese, uma parte dos dados empíricos que a sustentam resulta de um projeto de pesquisa sobre o consumo de medicamentos e produtos naturais em Portugal, cuja equipa de investigação integrei. A informação convocada para a análise das trajetórias terapêuticas provém de entrevistas semi-estruturadas realizadas no âmbito do projeto, a um conjunto de indivíduos selecionados a partir do inquérito por questionário, independentemente da existência de experiências com as MCA, seguindo um guião que não contempla questões específicas sobre estas medicinas. Como o foco das entrevistas era os consumos terapêuticos, quer em termos de práticas, quer em termos de lógicas subjacentes, as referências às MCA foram emergindo de forma espontânea – leia-se, não diretamente suscitada pelos entrevistadores – no discurso dos entrevistados. Em 75 entrevistas, 29⁷² correspondem a situações de recurso às MCA, cuja exploração foi ocorrendo no momento da realização da entrevista.

As primeiras leituras das entrevistas transcritas vieram revelar que, apesar dos receios de insuficiência da informação sobre as MCA, a riqueza do material sobre o tema era consonante com os objetivos de uma pesquisa centrada no recurso a estas medicinas. À medida que a imersão nesse material prosseguia, que se definiam categorias analíticas e se procedia à classificação da informação, as primeiras impressões foram-se consolidando. Mas, além disso, ficaram demonstradas as potencialidades deste tipo de abordagem. Ao contrário de pesquisas exclusivamente centradas no recurso às MCA, o facto de este surgir no quadro das narrativas de consumos terapêuticos tem a vantagem de não o isolar, mas, em vez disso, de o situar no desenrolar de uma trajetória terapêutica, designadamente por relação a outras escolhas terapêuticas que se vão fazendo. Possibilitou assim verificar como é que as diversas opções, em particular as que se enquadram na medicina convencional (consulta dos médicos ou consumo de fármacos), num campo de oferta de cuidados de saúde cada vez mais plural, se vão articulando ou excluindo nas trajetórias dos indivíduos.

Os resultados alcançados com a análise das trajetórias terapêuticas (cf. capítulos 7 e 8) podem ser sistematizados em duas grandes conclusões. A primeira é que ficou demonstrada a diversidade, quer em termos de práticas, quer em termos de lógicas que lhes estão subjacentes, que caracteriza o recurso às MCA, contrariando as análises que tendem a qualificar os utilizadores das MCA como um grupo social e culturalmente homogéneo. Um dos produtos desta tese foi a construção de uma tipologia de *modos de relação com as MCA*, onde se procede ao mapeamento dessa diversidade. Ao contrário de outras tipologias que têm sido elaboradas para classificar os diferentes padrões de utilização destas medicinas (por exemplo, Sharma, 1996; Barry, 2006b), que se centram exclusivamente nessa utilização, a tipologia aqui proposta tem o carácter inovador de incorporar como um

⁷² Proporção muito superior à real dimensão do fenómeno, devido aos critérios de seleção dos entrevistados, explicitados na introdução e retomados no capítulo 7.

dos seus eixos estruturantes o recurso à medicina convencional. Fá-lo na assunção, já mencionada acima, de que uma análise sociologicamente relevante e heurísticamente profícua acerca do recurso às MCA, não deve elidir o facto de este se situar num contexto de dominância da biomedicina como sistema terapêutico e como instituição que possui o controlo socialmente legitimado e estatalmente sancionado sobre as questões de saúde e de doença.

Integram a tipologia quatro modos de relação com as MCA: *convicção*, *eclétismo*, *experimentalismo* e *complacência*. A *convicção* corresponde a trajetórias de recurso regular e continuado às MCA, com adesão ideológica. O recurso às MCA prevalece face ao recurso à medicina convencional, numa lógica de tendencial substituição da segunda pelas primeiras. No entanto, não há abandono total da medicina convencional. O *eclétismo* inclui situações de recurso regular e continuado às MCA e à medicina convencional, em lógicas de simultaneidade ou sequencialidade. Pode existir conjugação de ambas as medicinas para o mesmo problema de saúde/finalidade ou segmentação segundo a diversidade de problemas/finalidades. O *experimentalismo* é um modo de relação caracterizado pelo recurso ocasional, pontual e circunstancial às MCA numa lógica de experimentação, sendo a medicina convencional prevalecente. O recurso às MCA ocorreu esporadicamente no passado ou vai ocorrendo ocasionalmente ao longo das trajetórias terapêuticas. A *complacência* corresponde a situações de recurso ocasional, pontual e circunstancial às MCA para evitar o recurso à medicina convencional, que é igualmente ocasional, numa lógica de “mal menor”. Verifica-se uma tendencial resistência ao recurso à pericialidade ortodoxa ou heterodoxa e a valorização de investimentos de saúde e de formas de gerir a doença de carácter higienista, autonomamente empreendidos.

Se a tipologia de modos de relação com as MCA representa um contributo para evidenciar a pluralidade das experiências de recurso, o seu alcance é potenciado através do cruzamento com a análise das trajetórias terapêuticas, cuja finalidade foi avançar do retrato para o processo. Ou seja, o foco nas trajetórias, ao introduzir uma dimensão temporal e sequencial, permitiu reconstruir o processo através do qual os modos de relação que se captam num determinado momento vão sendo construídos. Tal não equivale a estabelecer uma correspondência direta entre um modo de relação e um tipo de trajetória. Apesar da consistência interna de cada modo de relação, há diferentes caminhos que levam ao seu alcance. Um outro produto desta tese foi precisamente a exploração desses caminhos, mobilizando as práticas e os sentidos associados ao recurso às MCA e à medicina convencional, numa lógica de reciprocidade em que se condicionam mutuamente.

Como se tornou evidente, os modos de relação com as MCA não são estanques e definitivos, mas sim, necessariamente, dinâmicos e transitórios. É importante reforçar que não são classificações individualmente atribuídas a utilizadores, que teriam o risco de

reificar um envolvimento com estas medicinas que é, muitas vezes, volátil. Há hipóteses de transições várias, embora não sejam aleatórias. Dada a centralidade que a (falta de) saúde assume na vida dos indivíduos, o surgimento de doenças graves, pelo seu potencial de disrupção biográfica (Bury, 1982), constitui um fator que condiciona fortemente as trajetórias terapêuticas. Por exemplo, uma doença que implique uma forte dependência pericial da biomedicina pode ter como consequência uma transição da *convicção* ou da *complacência* – modos de relação em que o recurso à medicina convencional é escasso – para o *ecletismo*. Do mesmo modo, a experiência de resultados favoráveis com as terapêuticas das MCA numa doença grave pode alimentar percursos de aprofundamento do envolvimento com estas medicinas e conduzir a um afastamento da medicina convencional, expressos numa transição do *ecletismo* ou do *experimentalismo* para a *convicção*.

Para além da diversidade na utilização das MCA, a segunda conclusão que destacamos é a da dominância do pluralismo médico (Cant e Sharma, 1999; Clamote, 2006) ou dos regimes terapêuticos mistos (Connor, 2004) nas trajetórias terapêuticas. Em nenhum dos modos de relação há uma completa ausência de recurso à medicina convencional, mesmo que o evitamento seja discursivamente enunciado. Aliás, salvo raras exceções, a medicina convencional é o ponto de partida das opções terapêuticas que se vão fazendo. Embora com a ressalva de que o número de entrevistas invalida qualquer ambição de representatividade, o modo de relação que implica um recurso regular às MCA e ocasional à medicina convencional – a *convicção* – é dos que envolve um menor número de entrevistados.

Em todos os casos, os indivíduos incorporam, de formas diferenciadas, elementos dos dois sistemas terapêuticos, combinando-os com maior ou menor reflexividade, nas suas trajetórias terapêuticas. Mas os estatutos de ambos os sistemas não se equivalem. Enquanto a medicina convencional surge, na maioria das trajetórias, como o caminho “natural”, não questionado, o envolvimento com as MCA, nas situações em que se caracteriza por uma relativa solidez, implica processos de adesão. Raramente essa adesão é ideológica – apenas na *convicção* –, sendo sobretudo pragmática, assente em experiências de eficácia sentida (Connor, 2004), sem que se verifique sequer conhecimento sobre os paradigmas conceptuais em que se inscrevem as práticas terapêuticas (Quah, 2008) que possibilitem uma adesão ideológica. Mesmo nas trajetórias de fidelização às MCA com tendencial adesão ideológica, esta não extravasa a experiência subjetiva e não se constitui em formas de ativismo na sua defesa, como constatado em outros contextos, em que o fenómeno das MCA chega a ser classificado como movimento social (cf. Goldner, 2004, nos EUA).

A principal ilação a retirar desta conclusão é que o recurso às MCA não se traduz no decréscimo da procura da medicina convencional, pelo que parecem ser prematuras as

teses de que representa uma ameaça à dominação médica e ao poder da profissão. A ausência de homologias de valores entre os fundamentos das terapias e parte considerável dos utilizadores, que se constatou nesta pesquisa, coloca em causa as teses da pós-modernidade que justificam a crescente popularidade das MCA a partir da emergência de valores pós-modernos (Siahpush, 1998). Se não se nega a emergência destes valores, o que aqui se demonstrou é que eles estão confinados a um pequeno nicho de utilizadores. Por sua vez, as teses que enfatizam a insatisfação com a medicina convencional a partir das experiências subjetivas, ou de ineficácia na resposta a problemas de saúde com que a biomedicina tem tido dificuldade em lidar (por exemplo, sintomas associados a doenças crónicas), ou de avaliações negativas da relação terapêutica (McGregor e Peay, 1996), encontram eco nos resultados desta pesquisa. Concomitantemente, o facto de termos verificado a existência de elevados níveis de satisfação associados às experiências de consulta das MCA precisamente nesses dois domínios pode alimentar um crescimento da sua procura.

Aplicabilidade dos resultados e explorações futuras

Duas ordens de considerações finais, interrelacionadas. Uma sobre a aplicabilidade da tipologia dos modos de relação com as MCA e outra sobre questões merecedoras de futura exploração.

Sendo uma ferramenta conceptual e analítica concebida para evidenciar as diversas formas como os “utilizadores” se relacionam com as MCA, consideramos que a sua utilidade não se esgota necessariamente na sua aplicação a este objeto. Efetivamente, cremos que pode ser mobilizada, quer como ponto de partida para a exploração da relação com outros recursos terapêuticos (por exemplo, as medicinas populares), quer para aferição da sua adequação em contextos caracterizados por uma relação de forças entre as MCA e a medicina convencional menos desvantajosa para as primeiras, designadamente em países da Europa em que algumas terapias gozam de uma legitimidade social semelhante à da biomedicina (por exemplo, a homeopatia no Reino Unido). Num e noutro caso, será necessário proceder a adaptações conceptuais e operatórias que as especificidades de outras ofertas terapêuticas e de outros contextos exijam.

Além disso, a exploração sistemática de cada modo de relação mostrou que, embora haja afinidades nas trajetórias terapêuticas que conferem coerência interna a cada um desses modos, existe pluralidade no interior de cada um deles. O número de entrevistados que, na presente pesquisa, foram incluídos em modos de relação minoritários – *convicção* e *complacência* – invalida a tipificação sistemática das trajetórias terapêuticas e, por essa via, a complexificação da tipologia e o eventual desdobramento dos tipos de modos de relação

considerados. Mas não é uma impossibilidade futura, o que nos remete para a segunda ordem de considerações.

A pesquisa sociológica sobre o recurso às MCA raramente extravasa o âmbito nacional. É certo que, como salientado desde o início desta dissertação, estas medicinas só têm existência na sua localização em contextos socio-espacio-temporais específicos, assim como as decisões de a elas recorrer se constroem na intersecção da agência dos indivíduos e das condicionantes da estrutura social. Nessa medida, esse recurso é sempre contextualmente situado. Porém, tal não implica cair na absolutização do relativismo que invalidaria qualquer comparação dos modos de relação com as MCA em diferentes espaços sociogeográficos. A comparação, incluindo a possibilidade de aplicação da tipologia de modos de relação com as MCA tem, no entanto, limites, desenhados a partir do posicionamento destas medicinas nos vários tipos de sociedades do sistema-mundo. Não se adequa, pois, a sociedades em que a medicina moderna coexiste com outras práticas terapêuticas sedimentadas, de âmbito comunitário, nem a sociedades em que o processo de disseminação da medicina moderna é mais matizado, partilhando esta a legitimidade com tradições médicas ancestrais sistematizadas (como é o caso da medicina tradicional chinesa na China) (Clamote, 2006).

As comparações internacionais são possíveis e desejáveis em sociedades ocidentais em que vigoram *sistemas exclusivos* – o estado tem o controlo sobre quem exerce a prática médica, limitada aos médicos, excluindo quem não cumpre os critérios – ou *sistemas tolerantes* – os terapeutas das MCA não estão proibidos de exercer, mas geralmente estão fora do sistema nacional de saúde e não têm o mesmo estatuto que os médicos (Cant e Sharma, 1999; Stone e Katz, 2005).

É importante quantificar o recurso a nível internacional. Os inquéritos do *European Social Survey*, em duas das suas edições (2004/2005 e 2014), ao integrarem indicadores sobre a procura das MCA, produziram resultados pioneiros nesta matéria. Independentemente de os indicadores utilizados merecerem uma reflexão conducente ao seu aperfeiçoamento, a continuidade deste tipo de recolha de informação é uma forma de aferir as dinâmicas de procura das MCA e de o fazer numa perspetiva diacrónica e comparada.

Mas é também importante ir para além da quantificação. As comparações internacionais podem igualmente passar pela realização de pesquisas que explorem os modos de relação com as MCA em diversos países da Europa, procurando perceber como é que estes são moldados por diferentes estatutos institucionais e diferentes graus de aceitação cultural destas medicinas. Em termos metodológicos, essa comparação pode ser feita com recurso a técnicas de recolha de informação associadas a estratégias intensivas-qualitativas (Costa, 1999), como foi o caso da presente pesquisa, com amostras que

garantam uma densidade analítica adequada. Mas nada obsta a que possa ser realizada, embora conducente a outro tipo de resultados, ensaiando a operacionalização dos modos de relação com as MCA através da construção de indicadores passíveis de recolha com base em instrumentos de carácter quantitativo, como o inquérito por questionário.

Outro aspeto a explorar é a questão da articulação entre modos de relação com as MCA e estruturas sociais. O número de entrevistas com que trabalhamos nesta tese não permite a deteção de regularidades sociais, ou seja, a dimensão não é suficiente para se poderem estabelecer correlações entre formas de relacionamento com as MCA e atributos sociodemográficos dos entrevistados. Novamente, este objetivo, cuja pertinência sociológica é evidente, pode ser alcançado através do aumento do número de unidades de observação, privilegiando procedimento de tipo comparativo-tipológico, de média intensidade (Costa, 1999), através a realização de entrevistas, ou recorrendo a metodologias quantitativas.

Por fim, a questão da diversidade de medicinas/terapias. Assumimos essa diversidade desde o início desta tese e assumimos também que a sua exploração não era nosso objetivo. Centrámos-nos nas afinidades, naquilo que é comum às várias terapias, tomando como ponto de partida (e de chegada), a sua posição face à medicina convencional. Não privilegiámos as diferenças e os contrastes. Consideramos que o avanço do conhecimento sociológico sobre o recurso às MCA deve passar também por aqui. Tal implica equacionar o desigual estatuto institucional das várias terapias, aferir da dimensão da sua procura, mas, sobretudo, verificar como a heterogeneidade dos padrões e lógicas sociais de recurso está ancorada em perceções de legitimidade e de eficácia, que se vão (re)configurando no curso das trajetórias terapêuticas.

Bibliografia

- Abbot, A. (1988), *The System of Professions: an Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Abraham, John e Graham Lewis (2002), "Citizenship, medical expertise and the capitalist regulatory state in Europe", *Sociology*, 36 (1), pp. 67-88.
- Adams, Glyn (2002), "Shiatsu in Britain and Japan: personhood, holism and embodied aesthetics", *Anthropology & Medicine*, 9 (3), pp. 245-265.
- Adams, Jon (2004), "Exploring the interface between complementary and alternative medicine (CAM) and rural general practice: a call for research", *Health & Place*, 10, pp. 285-287.
- Adams, Vincanne (2002), "Randomized controlled crime: postcolonial sciences in alternative medicine research", *Social Studies of Science*, 32 (5-6), pp. 659-690.
- Adib, Salim M. (2004), "From the biomedical model to the Islamic alternative: a brief overview of medical practices in the contemporary Arab world", *Social Science & Medicine*, 58 (4), pp. 697-702.
- Adler, Shelley R. (2002), "Integrative medicine and culture: toward an anthropology of CAM", *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (4), pp. 412-414.
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2016), "Terapêuticas Não Convencionais", dados apresentados em Audição Parlamentar, Comissão de Saúde, a 21 de dezembro de 2016. Disponível em:
<https://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetalheAudicao.aspx?BID=103598>
- Allsop, Judith (2006), "Regaining trust in Medicine: professional and state strategies", *Current Sociology*, 54 (4), pp. 621-636.
- Almeida, Joana (2008), "O debate político e o conflito inter-profissional em redor da regulamentação das medicinas alternativas e complementares em Portugal", *Actas do VI Congresso Português de Sociologia*, Lisboa.
- Almeida, Joana (2012a), *Towards the Camisation of Health? The Countervailing Power of CAM in Relation to the Portuguese Mainstream Healthcare System*, Tese de Doutoramento em Filosofia, London, Centre for Criminology & Sociology, Royal Holloway, University of London.
- Almeida, Joana (2012b), "The differential incorporation of CAM into the medical establishment: the case of acupuncture and homeopathy in Portugal", *Health Sociology Review*, 21 (1), pp. 5-22.
- Almeida, Joana (2016), "Complementary and alternative medicine's occupational closure in Portuguese healthcare: Contradictions and challenges", *Health*, 20 (5), pp. 447-464.
- Almeida, Joana e Jonathan Gabe (2016), "CAM within a field force of countervailing powers: the case of Portugal", *Social Science & Medicine*, 155 (April), pp. 73-81.
- Andrews, Gavin, Joshua Evans e Seraphina McAlister (2013), "'Creating the right therapy vibe': relational performances in holistic medicine", *Social Science & Medicine*, 83 (April), pp. 99-109.
- Armstrong, David (2002), "Clinical autonomy, individual and collective: the problem of changing doctors' behaviour", *Social Science & Medicine*, 55 (10), pp. 1771-1777.
- Armstrong, David (2011), "The invention of patient-centred medicine", *Social Theory & Health*, 9 (4), pp. 410-418.
- Astin, John A. (1998), "Why patients use alternative medicine: results of a national study", *JAMA*, 279 (19), pp. 1548-1553.

- Augusto, Amélia (2015), “Comentário: da medicalização à biomedicalização da vida”, in Graça Carapinheiro e Tiago Correia (orgs.), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais*, Lisboa, Mundos Sociais, pp. 83-96.
- Ávila, Patrícia, Paula Gravito e Jorge Vala (2000), “Cultura científica e crenças sobre a ciência”, in Eduarda Gonçalves (org.), *Cultura Científica e Participação Pública*, Oeiras, Celta Editora, pp. 19-31.
- Baarts, Charlotte e Inge Kryger Pedersen (2009), “Derivative benefits: exploring the body through complementary and alternative medicine”, *Sociology of Health & Illness*, 31 (5), pp. 719-733.
- Badone, Ellen (2008), “Illness, biomedicine, and alternative healing in Brittany, France”, *Medical Anthropology*, 27 (2), pp.190-218.
- Baer, Hans A. *et al.* (1998a), “The drive for professionalization in acupuncture: a preliminary view from the San Francisco Bay Area”, *Social Science & Medicine*, 46 (4-5), pp. 533-537.
- Baer, Hans A. *et al.*, (1998b), “The holistic health movement in the San Francisco Bay Area: some preliminary observations”, *Social Science & Medicine*, 47 (10), pp. 1495-1501.
- Baer, Hans A. (2001), “The sociopolitical status of U.S. naturopathy at the dawn of the 21st century”, *Medical Anthropology Quarterly*, 15 (3), pp. 329-346.
- Baer, Hans A. (2006), “The drive for legitimation in Australian naturopathy: successes and dilemmas”, *Social Science & Medicine*, 63 (7), pp. 1771-1783.
- Baer, Hans A. (2008), “The emergence of integrative medicine in Australia”, *Medical Anthropology Quarterly*, 22 (1), pp. 52-66.
- Bakx, Keith (1991), “The ‘eclipse’ of folk medicine in western society”, *Sociology of Health & Illness*, 13 (1), pp. 20-38.
- Barnes, Linda L. (2003), “The acupuncture wars: the professionalizing of American acupuncture – a view from Massachusetts”, *Medical Anthropology*, 22 (3), pp. 261-301.
- Barnes, Linda L. (2005), “American acupuncture and efficacy: meanings and their points of insertion”, *Medical Anthropology Quarterly*, 19 (3), pp. 239-266.
- Barry, Christine Ann (2006a), “The role of evidence in alternative medicine: contrasting biomedical and anthropological approaches”, *Social Science & Medicine*, 62 (11), pp. 2646-2657.
- Barry, Christine Ann (2006b), “Pluralism of provision, use and ideology”, in Helle Johannessen e Imre Lázár (eds), *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*, Oxford/New York, Berghahn Books, pp. 89-106.
- Baszanger, Isabelle (1986), “Les maladies chroniques et leur ordre négocié”, *Revue Française de Sociologie*, xxvii, pp. 3-27.
- Beck, Ulrich (1992), *Risk Society, Towards a New Modernity*, Londres, Sage Publications.
- Bombardieri, D. e G. Easthope (2000), “Convergence between orthodox and alternative medicine: a theoretical elaboration and empirical test”, *Health*, 4 (4), pp. 479-494.
- Bourdieu, Pierre (1976), “Le champ scientifique”, *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*. Vol. 2, n°2-3, pp. 88-104.
- Bourdieu, Pierre (1984), “Quelques propriétés des champs”, in Pierre Bourdieu, *Questions de Sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, pp. 113-120.
- Bourdieu, Pierre (1989), *O Poder Simbólico*, Lisboa, Difel.
- British Medical Association (1993), *Complementary Medicine: New Approaches to Good Practice*, Oxford, Oxford University Press.

- Broom, Alex (2009), "'I'd forgotten about me in all of this': Discourses of self-healing, positivity and vulnerability in cancer patients' experiences of complementary and alternative medicine", *Journal of Sociology*, 45 (1), pp. 71-87.
- Broom, Alex e Philip Tovey (2007), "The dialectic tension between individuation and depersonalization in cancer patient's mediation of complementary, alternative and biomedical cancer treatments", *Sociology*, 41 (6), pp. 1021-1039.
- Broom, Alex e Philip Tovey (2008), *Therapeutic Pluralism. Exploring the experiences of cancer patients and professionals*, London and New York, Routledge.
- Brosnan, Caragh (2015), "'Quackery in the Academy? Professional knowledge, autonomy and the debate over complementary medicine degrees", *Sociology*, 49 (6), pp. 1047-1064.
- Bryman, Alan (2006). "Integrating quantitative and qualitative research: how is it done?" *Qualitative Research*, 6 (1), pp. 97-113.
- Bryman, Alan (2012). "Mixed methods research: combining quantitative and qualitative research", in Alan Bryman, *Social Research Methods* (4th ed.), Oxford, Oxford University Press, pp. 627-652.
- Bunton, Robin e Roger Burrows (1995), "Consumption and health in the 'epidemiological' clinic of late modern medicine", in Robin Bunton, Sarah Nettleton e Roger Burrows, *The Sociology of Health Promotion*, Londres, Routledge, pp. 206-222.
- Bury, Michael (1982), "Chronic illness as biographical disruption", *Sociology of Health & Illness*, 4 (2), pp. 167-182.
- Bury, Mike (1997), *Health and Illness in a Changing Society*, Londres, Routledge.
- Bury, Mike (2001), "Illness narratives: fact or fiction?", *Sociology of Health & Illness*, 23 (3), pp. 263-285.
- Bury, Michael e David Taylor (2008), "Towards a theory of care transition: from medical dominance to managed consumerism", *Social Theory & Health*, 6 (3), pp. 201-219.
- CAMBrella (2012a), *The Roadmap for European CAM Research. An Explanation of the CAMbrella Project and its Key Findings*. Disponível em: <http://www.cambrella.eu/aduploads/cambrellaroadmap.pdf>
- CAMBrella (2012b), *Legal Status and Regulation of CAM in Europe. Part I - CAM Regulations in the European Countries*. Disponível em: <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:291583/bdef:Content/get>
- CAMBrella (2012c), *Legal Status and Regulation of CAM in Europe. Part II - Herbal and Homeopathic Medicinal Products*. Disponível em: <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:291682/bdef:Content/get>
- CAMBrella (2012d), *Legal Status and Regulation of CAM in Europe. Part III - CAM regulations in EU/EFTA/EEA*. Disponível em: <https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:291585/bdef:Content/get>
- Campos, Luís (2007), "Modos de relação com a música", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 53, pp. 91-115.
- Cant, Sarah (1996), "From charismatic teaching to professional training: the legitimation of knowledge and the creation of trust in homeopathy and chiropractic", in Sarah Cant e Ursula Sharma (eds.), *Complementary and Alternative Medicines: Knowledge in Practice*, Londres, Free Association Books, pp. 44-65.

- Cant, Sarah (2005) "Understanding why people use complementary and alternative medicine", in Tom Heller *et al.*, *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, Abingdon, Routledge, pp. 173-203.
- Cant, Sarah e Ursula Sharma (1995), "The reluctant profession: homeopathy and the search for legitimacy", *Work, Employment and Society*, 9 (4), pp. 743-762.
- Cant, Sarah e Ursula Sharma (eds.) (1996a), *Complementary and Alternative Medicines: Knowledge in Practice*, Londres, Free Association Books.
- Cant, Sarah e Ursula Sharma (1996b), "Introduction", in Sarah Cant e Ursula Sharma (eds.), *Complementary and Alternative Medicines: Knowledge in Practice*, Londres, Free Association Books, pp. 1-24.
- Cant, Sarah e Ursula Sharma (1996c), "Demarcation and transformation within homeopathic knowledge: a strategy of professionalization", *Social Science & Medicine*, 42 (4), pp. 579-588.
- Cant, Sarah e Ursula Sharma (1999), *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*, Londres, Routledge.
- Carapinheiro, Graça (1991), "Médicos e representações da medicina: humanismo e tecnicismo nas práticas médicas hospitalares", *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº 9, pp. 27-41.
- Carapinheiro, Graça (1993), *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares*, Porto, Afrontamento.
- Carapinheiro, Graça (2001), "Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais", *Etnográfica*, V (2), pp. 335-358.
- Chatwin, John (2008), "Pre-empting 'trouble' in the homeopathic consultation", *Journal of Pragmatics*, 40 (2), pp. 244-256.
- Chatwin, John (2009), "Activity transitions in the homeopathic therapeutic encounter", *The Sociological Review*, 57 (1), pp. 163-185.
- Chrysanthou, Marc (2002), "Transparency and selfhood: Utopia and the informed body", *Social Science & Medicine*, 54 (3), pp. 469-479.
- Clamote, Telmo (2006), "Pluralismo Médico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sociais", in Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé-de-Página, pp. 197-240.
- Clamote, Telmo Costa (2010), "Consumos terapêuticos e fontes de informação", in Noémia Lopes (org.), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, Porto, Afrontamento, pp. 87-157.
- Clarke, David B., Marcus A. Doel e Jeremy Segrott (2004), "No alternative? The regulation and professionalization of complementary and alternative medicine in the United Kingdom", *Health & Place*, 10 (4), pp. 329-338.
- Collin, Johanne (2007), "Du silence des organes au souci de soi. Médicament et reconfiguration de la notion de prévention", in Ilario Rossi (ed.), *Prévoir et Prédire la Maladie*, Éditions Aux lieux d'être, pp. 139-151.
- Collyer, Fran (2004), "The corporatisation and commercialisation of CAM", in Philip Tovey, Gary Easthope e Jon Adams (eds.), *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine. Studies in Social Context*, Londres, Routledge, pp. 81-99.
- Connor, Linda H. (2004), "Relief, risk and renewal: mixed therapy regimens in an Australian suburb", *Social Science & Medicine*, 59 (8), pp. 1695-1705.

- Conrad, Peter (1992), "Medicalization and social control", *Annual Review of Sociology*, 18, pp. 209-232.
- Costa, António Firmino da (1998), "Classificações sociais", *Leituras: Revista da Biblioteca Nacional*, 3 (2), pp. 65-75.
- Costa, António Firmino da (1999), *Sociedade de Bairro*, Oeiras, Celta Editora.
- Costa, António Firmino da, Patrícia Ávila e Sandra Mateus (2002), *Públicos da Ciência em Portugal*, Lisboa, Gradiva.
- Coulter, Ian (2004), "Integration and paradigm clash", in Philip Tovey, Gary Easthope e Jon Adams (eds.), *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine. Studies in Social Context*, Londres, Routledge, pp. 103-122.
- Coulter, Ian e Evan Willis (2007), "Explaining the growth of complementary and alternative medicine", *Health Sociology Review*, 16 (3-4), pp. 214-225.
- Crawford, Robert (1980), "Healthism and the medicalization of everyday life", *International Journal of Health Services*, 10 (3), pp. 365-388.
- Crawford, Robert (2006), "Health as a meaningful social practice", *Health*, 10 (4), pp. 401-420.
- Degele, Nina (2005), "On the margins of everything: doing, performing and staging science in homeopathy", *Science, Technology & Human Values*, 30 (1), pp. 111-136.
- Doel, Marcus A. e Jeremy Segrott (2003), "Self, health and gender: complementary and alternative medicine in the British mass media", *Gender, Place and Culture*, 10 (2), pp. 131-144.
- Doel, Marcus A. e Jeremy Segrott (2004), "Materializing complementary and alternative medicine: aromatherapy, chiropractic, and Chinese herbal medicine in the UK", *Geoforum*, 35, pp. 727-738.
- Ersdal, Gerd (on behalf of the CAM-CANCER Consortium) (2005), *How are European patients safeguarded when using complementary and alternative medicine (CAM)? Jurisdiction, supervision and reimbursement status in the EEA area (EU and EFTA) and Switzerland*, Norway.
- Easthope, Gary (1993), "The response of orthodox medicine to the challenge of alternative medicine in Australia", *Journal of Sociology*, 29 (3), pp. 289-301.
- Eastwood, Heather (2000), "Why are Australian GP using alternative medicine? Postmodernisation, consumerism and the shift towards holistic health", *Journal of Sociology*, 36, (2), pp. 133-156.
- Espanha, Rita (2009), *Saúde e Comunicação numa Sociedade em Rede. O caso português*, Lisboa, Monitor Projectos e Edições.
- Fadlon, Judith (2004), "Meridians, chakras and psycho-neuro-immunology: the dematerializing body and the domestication of alternative medicine", *Body and Society*, 10 (4), pp. 69-86.
- Fainzang, Sylvie (2002), "Lying, secrecy and power within the doctor-patient relationship", *Anthropology & Medicine*, 9 (2), pp. 117-133.
- Featherstone, Mike (1982), "The body in consumer culture", *Theory, Culture and Society*, n.º 1, pp. 18-33.
- Featherstone, Mike (1987), "Lifestyle and consumer culture", *Theory, Culture and Society*, 4, pp. 55-70.
- Featherstone, Mike (1990), "Perspectives on consumer culture", *Sociology*, 24 (1), pp. 5-22.
- Foucault, Michel (1977) [1963], *O Nascimento da Clínica*, Rio de Janeiro, Editora Forense-Universitária.
- Foucault, Michel (1994) [1976], *A História da Sexualidade – Vol. I: A Vontade de Saber*, Lisboa, Relógio d'Água.

- Fox, Nick e Katie Ward (2006), "Health identities: from expert patient to resisting consumer", *Health*, 10 (4), pp. 461-479.
- Fox, Nick e Katie Ward (2008), "You are what you eat? Vegetarianism, health and identity", *Social Science & Medicine*, Vol. 66 (12), pp. 2585-2595.
- Franco, Luísa (2010), *O Processo de Institucionalização das Medicinas Alternativas e Complementares. O Caso da Acupuntura em Portugal*, Lisboa, Tese de Doutoramento em Sociologia, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- Frank, Robert (2002), "Homeopath & patient – a dyad of harmony?", *Social Science & Medicine*, 55 (8), pp. 1285-1296.
- Frank, Robert e Gunnar Stolberg (2002), "Ayurvedic patients in Germany", *Anthropology & Medicine*, Vol. 9 (3), pp. 223-244.
- Frank, Robert e Gunnar Stolberg (2004), "Medical acupuncture in Germany: patterns of consumerism among physicians and patients", *Sociology of Health & Illness*, 26 (3), pp. 351-372.
- Freidson, Eliot (1984), *La Profession Médicale*, Paris, Payot.
- Frohock, Fred M. (2002), "Moving lines and variable criteria: differences/connections between allopathic and alternative medicine", *ANNALS, AAPSS*, 583, pp. 214-232.
- Furnham, Adrian e Rachel Beard (1995), "Health, just world beliefs and coping style preferences in patients of complementary and orthodox medicine", *Social Science & Medicine*, 40 (10), pp. 1425-1432.
- Furnham, Adrian e Charles Vincent (2000), "Reasons for using CAM", in Merrijoy Kelner e Beverly Wellman, *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change*, Londres, Routledge, pp. 61-78.
- Gale, Nicola (2014), "The sociology of traditional, complementary and alternative medicine", *Sociology Compass*, 8 (6), pp. 805-822.
- Germond, Paul e James R. Cochrane (2010), "Healthworlds: conceptualizing landscapes of health and healing", *Sociology*, 44 (2), pp. 307-324.
- Giddens, Anthony (1992), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta Editora.
- Giddens, Anthony (1994), *Modernidade e Identidade Pessoal*, Oeiras, Celta Editora.
- Goldner, Melinda (2004), "The dynamic interplay between Western medicine and the complementary and alternative medicine movement: how activists perceive a range of responses from physicians and hospitals", *Sociology of Health & Illness*, 26 (6), pp. 710-736.
- Goldstein, Michael S. (2002), "The emerging socioeconomic and political support for alternative medicine in the United States", *ANNALS, AAPSS*, 583, pp. 44-63.
- Gómez, Maria Beatriz Duarte (2003), "Medicina occidental y otras alternativas: es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales", *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (2), pp. 635-643.
- Gonçalves, Carlos (2007/2008), "Análise sociológica das profissões: principais eixos de desenvolvimento", *Sociologia*, XVII/XVIII, pp. 177-223.
- Gürsoy, Akile (1996), "Beyond the orthodox: heresy in medicine and the social sciences from a cross-cultural perspective", *Social Science & Medicine*, 43 (5), pp. 577-599.
- Hamilton, Malcolm *et al.* (1995), "Eat, drink and be saved: the spiritual significance of alternative diets", *Social Compass*, 42 (4), pp. 497-511.

- Harris, P. E. *et al.* (2012), "Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update", *International Journal of Clinical Practice*, 66 (10), pp. 924-939.
- Heller, Tom e Julie Stone (2005) "Information sources and complementary and alternative medicine", in Tom Heller *et al.* (eds), *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, Abingdon, Routledge, pp. 379-407.
- Heller, Tom, Dick Heller and Gavin Yamey (2005), "A critical look at orthodox medical approaches", in Geraldine Lee Treweek *et al.* (eds.), *Complementary and Alternative Medicine: Structures and Safeguards*, Abingdon, Routledge, pp. 129-154.
- Henriques, Susana (2007), *Imagem Mediática dos Consumos: Mediação do Jornalismo de Mercado na Construção Social dos Estilos de Vida*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, Departamento de Sociologia, ISCTE-IUL.
- Hildreth, Kristen D. (2007), "Alternative worldviews and the utilization of conventional and complementary medicine", *Sociological Inquiry*, 77 (1), pp. 76-103.
- Hollenberg, Daniel (2006), "Uncharted ground: patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings", *Social Science & Medicine*, 62 (3), pp. 731-744.
- Hsiao, An-Fu *et al.* (2006), "Variations in provider conceptions of integrative medicine", *Social Science & Medicine*, 62 (12), pp. 2973-2987.
- Hughes, Kahryn (2004), "Health as individual responsibility: possibilities and personal struggle", in Philip Tovey, Gary Easthope e Jon Adams (eds.), *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine. Studies in Social Context*, Londres, Routledge, pp. 25-46.
- Hughes, Kate (2015), "Anthony Giddens: the reflexive self and the consumption of alternative medicine", in Fran Collyer (ed.), *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine*, Hampshire and New York, Palgrave Macmillan, pp. 439-454.
- Hyden, Lars-Crister (1997), "Illness and narrative", *Sociology of Health & Illness*, 19 (1), pp. 48-69.
- Illich, Ivan (1975), *Medical Nemesis. The expropriation of Health*, London, Calder & Boyars.
- Janes, Craig R. (1999), "The health transition, global modernity and the crisis of traditional medicine: the Tibetan case", *Social Science & Medicine*, 48 (12), pp. 1803-1820.
- Jones, R. Kenneth (2004), "Schism and heresy in the development of orthodox medicine: the threat to medical hegemony", *Social Science & Medicine*, 58 (4), pp. 703-712.
- Kelner, Merrijoy (2000), "The therapeutic relationship under fire", in Merrijoy Kelner e Beverly Wellman, *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change*, Londres, Routledge, pp. 79-97.
- Kelner, Merrijoy e Beverly Wellman (1997), "Health care and consumer choice: medical and alternative therapies", *Social Science & Medicine*, 45 (2), pp. 203-212.
- Kelner, Merrijoy e Beverly Wellman (2000), "Introduction", in Kelner, Merrijoy e Beverly Wellman, *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change*, Londres, Routledge, pp. 1-24.
- Kelner, Merrijoy *et al.* (2006), "How far can complementary and alternative medicine go? The case of chiropractic and homeopathy", *Social Science & Medicine*, 63 (10), pp. 2617-2627.
- Keshet, Yael (2011), "Energy medicine and hybrid knowledge construction: the formation of new cultural-epistemological rules of discourse", *Cultural Sociology*, 5 (4), pp. 501-518.

- Kim, Jongyoung (2006), "Beyond paradigm: making transcultural connections in a scientific translation of acupuncture", *Social Science & Medicine*, 62 (12), pp. 2960-2972.
- Kleinman, Arthur (1978), "Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems", *Social Science & Medicine*, 12, pp. 85-93.
- Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, California University Press.
- Kleinman, Arthur (1988), *The Illness Narratives. Suffering, Healing And The Human Condition*, New York, Basic Books.
- Kuhlmann, Ellen (2006), "Traces of doubt and sources of trust. Health professions in an uncertain society", *Current Sociology*, 54 (4), pp. 607-620.
- Kuhn, Thomas S. (1970), *The Structure of Scientific Revolution*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Kumar, Ashwin (2003), "The use of complementary therapies in Western Sydney", *Sociological Research Online*, 8 (1). Disponível em: <http://www.socresonline.org.uk/8/1/kumar.html>.
- Lalli, Pina (1986), "Les réseaux de médecines douces", *Sociétés*, II (10), pp. 16-17.
- Lalli, Pina (1990), "La 'communication' écologique des médecines douces", *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 24, pp. 51-56.
- Lopes, Noémia (2003), *Automedicação: Práticas e Racionalidades Sociais*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Lisboa, Departamento de Sociologia, ISCTE-IUL.
- Lopes, Noémia (2006), "Tecnologias da saúde e novas dinâmicas de profissionalização", in Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página, pp. 107-136.
- Lopes, Noémia (2007), "Automedicação, saberes e racionalidades leigas em mudança", *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 78, pp. 119-138.
- Lopes, Noémia (org.) (2010a), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, Porto, Afrontamento.
- Lopes, Noémia (2010b), "Consumos terapêuticos e pluralismo terapêutico", in Noémia Lopes (org.), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, Porto, Afrontamento, pp. 19-85.
- Lopes, Noémia et al. (2012), "O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa", *Saúde & Tecnologia*, 8, pp. 5-17.
- Lupton, Deborah (1995), *The Imperative of Health – Public Health and the Regulated Body*, Londres, Sage Publications.
- Lupton, Deborah (1997), "Consumerism, reflexivity and the medical encounter", *Social Science & Medicine*, 45 (3), pp. 373-381.
- MacQueen, Hilary, Sheena Murdoch and Andrew Vickers (2005), "Understanding research", in Geraldine Lee Treweek et al. (eds.), *Complementary and Alternative Medicine: Structures and Safeguards*, Abingdon, Routledge, pp. 155-190.
- Maroy, Christian (1997), "A análise qualitativa de entrevistas", in Luc Albarello et al., *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- McClellan, Stuart (2003), "Doctoring the spirit: exploring the use and meaning of mimicry and parody at a healing centre in the north of England", *Health*, 7 (4), pp. 483-500.

- McClean, Stuart e Ronnie Moore (2013), "Money, commodification and complementary health care: theorising personalised medicine within depersonalised systems of exchange", *Social Theory & Health*, 11 (2), pp.194-214.
- McGregor, Katherine e Edmund R. Peay (1996), "The choice of alternative therapy for health care: testing some propositions", *Social Science & Medicine*, 43 (9), pp. 1317-1327.
- McGuire, Meredith B. (2002), "Not all alternatives are complementary", *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (4), pp. 409-411.
- Merton, Robert K. (1973), *The Sociology of Science: Theoretical and Empirical Investigations*, Chicago, University of Chicago Press.
- Micozzi, Marc S. (2002), "Culture, anthropology and the return of 'complementary medicine'", *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (4), pp. 398-403.
- Miles, Ann (1998), "Science, nature, and tradition: the mass-marketing of natural medicine in urban Ecuador", *Medical Anthropology Quarterly*, 12 (2), pp. 206-225.
- Mizrachi, Nissim e Judith T. Shuval (2005), "Between formal and enacted policy: changing the contours of boundaries", *Social Science & Medicine*, 60 (7), pp. 1649-1660.
- Monteiro, Paulo (2015), "Novos consumos terapêuticos. Contextos e determinantes", in Graça Carapinheiro e Tiago Correia (orgs.), *Novos Temas de Saúde, Novas Questões Sociais*, Lisboa, Mundos Sociais, pp. 129-137.
- Morgan, M. (2003); "The doctor-patient relationship", in, Graham Scambler (ed.), *Sociology as Applied to Medicine*, Londres, Saunders, pp. 49-65.
- Nettleton, Sarah (2006), *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge, Polity Press.
- Nigenda, G. L. Lockett, C. Manca e G. Mora (2001), "Non-biomedical health care practices in the State of Morelos, Mexico: analysis of an emergent phenomenon", *Sociology of Health & Illness*, 23 (1), pp. 3-23.
- Nissen, Nina e Lenore Manderson (2013), "Researching alternative and complementary therapies: mapping the field", *Medical Anthropology*, 32, pp. 1-7.
- O'Connor, Bonnie B. (2000), "Conceptions of the body in Complementary and Alternative Medicine", in Merrijoy Kelner e Beverly Wellman, *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change*, Londres, Routledge, pp. 39-60.
- O'Connor, Bonnie B. et al. (1997), "Defining and describing complementary and alternative medicine", *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 3 (2), pp. 49-57.
- Parkin, F. (1974), "Strategies of social closure in class formation", in Frank Parkin (ed.) *The Social Analysis of Class Structure*, Londres, Tavistock, pp. 1-18.
- Parsons, Talcott (1991 [1951]), *The Social System*, Londres, Routledge.
- Pegado, Elsa (1998), *As Medicinas Complementares em Portugal: Processo de Constituição e Legitimação de um Campo*, Dissertação de Mestrado em Comunicação, Cultura e Tecnologias de Informação, Lisboa, Departamento de Sociologia, ISCTE-IUL.
- Pegado, Elsa (2010), "Consumos terapêuticos e investimentos de saúde", in Noémia Lopes (org.), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, Porto, Afrontamento, pp. 223-266.
- Pereira, Luís Silva (1993), "Medicinas paralelas e prática social", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 14, pp. 159-175.

- Pizzorno Jr., Joseph E. (2002), "CAM Differentiated", *Medical Anthropology Quarterly*, 16 (4), pp. 405-407.
- Quah, Stella R. (2003), "Traditional healing systems and the ethos of science", *Social Science & Medicine*, 57 (10), pp. 1997-2012.
- Quah, Stella R. (2008), "Epilogue. In pursuit of health: pragmatic acculturation in everyday life", *Health Sociology Review*, 17 (4), pp. 419-422.
- Quéniart, Anne e Francine Saillant (1990), "Médecines douces. Quêtes, trajectoires, contrôles", *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 24, pp. 5-10.
- Quéniart, Anne (1990), "Parcours thérapeutiques en médecines alternatives", *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 24, pp. 43-50.
- Raposo, Hélder (2009), "Risco e incerteza no pensamento biomédico: notas teóricas sobre o advento da quantificação e da prova experimental na medicina moderna", *Análise Social*, XLIV (193), pp. 747-765.
- Raposo, Hélder (2010), "Consumos terapêuticos, percepção e gestão do risco", in Noémia Lopes (org.), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, Porto, Afrontamento, pp. 159-222.
- Rayner, Lisa e Gary Easthope (2001), "Postmodern consumption and alternative medications", *Journal of Sociology*, 37 (2), pp. 157-176.
- Riessman, Catherine Kohler (1990), "Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: A research note", *Social Science & Medicine*, 30 (11), pp. 1195-200.
- Rodrigues, Carla Ferreira (2010), "Consumos terapêuticos: notas e reflexões metodológicas", in Noémia Lopes (org.), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas Sociais em Mudança*, Porto, Afrontamento, pp. 267-282.
- Roszack, Theodore (1970), *The Making of a Counter Culture*, Londres, Faber & Faber.
- Ruquoy, Danielle (1997), "Situação de entrevista e estratégia do investigador", in Luc Albarello *et al.*, *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- Saks, Mike (1995), *Professions and the Public Interest: Medical Power, Altruism and Alternative Medicine*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- Saks, Mike (2000), "Professionalization, politics and CAM", in Kelner, Merrijoy e Beverly Wellman, *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change*, Londres, Routledge, pp. 223-238.
- Saks, Mike (2001), "Alternative medicine and the health care division of labour: present trends and future prospects", *Current Sociology*, 49 (3), pp. 119-143.
- Saks, Mike (2003), *Orthodox and Alternative Medicine. Politics, Professionalization and Health Care*, Londres, Sage Publications.
- Saks, Mike (2005) "Political and historical perspectives", in Tom Heller *et al.* (eds), *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, Abingdon, Routledge, pp. 59-82.
- Saks, Mike and Geraldine Lee-Treweek (2005), "Political power and professionalisation", in Geraldine Lee Treweek *et al.*, *Complementary and Alternative Medicine: Structures and Safeguards*, Abingdon, Routledge, pp. 75-100.
- Schepers, R. M. J. e H. E. J. M. Hermans (1999), "The medical profession and alternative medicine in the Netherlands: its history and recent developments", *Social Science & Medicine*, 48 (3), pp. 343-351.

- Scott, Anne L. (1998), "The symbolizing body and the metaphysics of alternative medicine", *Body & Society*, 4 (3), pp. 21-37.
- Sharma, Ursula (1992), *Complementary Medicine Today: Practitioners and Patients*, Londres, Routledge.
- Sharma, Ursula (1996), "Using complementary therapies: a challenge to orthodox medicine?", in Simon Williams e Michael Calnan (eds.), *Modern Medicine. Lay Perspectives and Experiences*, Londres, UCL Press, pp. 230-255.
- Sharma, Ursula (2000), "Medical pluralism and the future of CAM", in Merrijoy Kelner e Beverly Wellman, *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change*, Londres, Routledge, pp. 211-222.
- Shilling, Chris (1993), *The Body and Social Theory*, Londres, Sage Publications.
- Shilling, Chris (2002), "Culture, the 'sick role' and the consumption of health", *British Journal of Sociology*, 53 (4), pp. 621-638.
- Shuval, Judith T., Nissim Mizrahi e Emma Smetannikov (2002), "Entering the well-guarded fortress: alternative practitioners in hospital settings", *Social Science & Medicine*, 55 (10), pp. 1745-1755.
- Siahpush, Mohammad (1998), "Postmodern values, dissatisfaction with conventional medicine and popularity of alternative therapies", *Journal of Sociology*, 34 (1), pp. 58-70.
- Siahpush, Mohammad (1999), "A critical review of the sociology of alternative medicine: research on users, practitioners and the orthodoxy", *Health*, 4 (2), pp. 159-178.
- Silva, Luísa Ferreira da (2006), "A saúde e o saudável nas racionalidades leigas: o caso da alimentação", in Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página, pp. 165-195.
- Sirois, Fuschia M. e Mary L. Gick (2002), "An investigation of the health beliefs and motivations of complementary medicine clients", *Social Science & Medicine*, 55 (6), pp. 1025-1037.
- Small, Mario Luis (2011), "How to conduct a mixed methods study: recent trends in a rapidly growing literature", *Annual Review of Sociology*, 37, pp. 57-86.
- Sointu, Eeva (2006a), "The search for wellbeing in alternative and complementary health practices", *Sociology of Health & Illness*, 28 (3), pp. 330-49.
- Sointu, Eeva (2006b), "Recognition and the creation of wellbeing", *Sociology*, 40 (3), pp. 493-510.
- Sontag, Susan (1978), *Illness as Metaphor*, Nova Iorque, Farrar, Straus and Giroux.
- Stambolovic, Vuk (1996), "Medical heresy – The view of a heretic", *Social Science & Medicine*, 43 (5), pp. 601-604.
- Stevenson, Fiona (2004), "Images of nature in relation to mood modifying medicines: a user perspective", *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8 (2), pp. 241-262.
- Stevenson, Fiona et al. (2003), "Self-treatment and its discussion in medical consultations: how is medical pluralism managed in practice?", *Social Science & Medicine*, 57 (3), pp. 513-527.
- Stevenson, Fiona e Graham Scambler (2005), "The relationship between medicine and the public: the challenge of concordance", *Health*, 9 (1), pp. 5-21.
- Stone, Julie e Jeanne Katz (2005) "Can complementary and alternative medicine be classified?", in Helle Johannessen e Imre Lázár (eds), *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*, Oxford/New York, Berghahn Books, pp. 33-57.

- Tavares, David (2013), "Tendências dos processos de profissionalização no campo da saúde", *Saúde & Tecnologia*, Julho de 2013, pp. 11-15. Disponível em:
http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_02_estesl_suplemento_2013.pdf
- Thompson, Craig J. (2003), "Natural health discourses and the therapeutic production of consumer resistance", *The Sociological Quarterly*, 44 (1), pp. 81-107.
- Tovey, Philip e Alex Broom (2007), "Oncologists' and specialist cancer nurses' approaches to complementary and alternative medicine and their impact on patient action", *Social Science & Medicine*, 64 (12), pp. 2550-2564.
- Turner, Bryan S. (1987), *Medical Power and Social Knowledge*, Londres, Sage Publications.
- Van der Geest, Sjaak e Susan Reynolds Whyte (1989), "The charm of medicines: metaphors and metonyms", *Medical Anthropology Quarterly*, 3 (4), pp. 345-367.
- Velho, Gilberto (1994), *Projecto e Metamorfose: Antropologia das Sociedades Complexas*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- Verhoef, Marja J., Heather Boon e Donatus R. Mutasingwa (2006), "The scope of naturopathic medicine in Canada: an emerging profession", *Social Science & Medicine*, 63 (2), pp. 409-417.
- Vickers, Andrew e Tom Heller (2005) "Traditional, folk and cultural perspectives of CAM", in Tom Heller *et al.* (eds), *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, Abingdon, Routledge, pp. 293-323.
- Vickers, Andrew, Tom Heller e Julie Stone (2005) "Investigating patterns of provision and use of CAM", in Tom Heller *et al.* (eds), *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, Abingdon, Routledge, pp. 325-352.
- Villanueva-Russel, Yvonne (2005), "Evidence-based medicine and its implications for the profession of chiropractic", *Social Science & Medicine*, 60 (3), pp. 545-561.
- Wayland, Coral (2004), "The failure of pharmaceuticals and the power of plants: medicinal discourse as a critique of modernity in the Amazon", *Social Science & Medicine*, 58 (12), pp. 2409-2419.
- Welsh, Sandy *et al.* (2004), "Moving forward? Complementary and alternative practitioners seeking self-regulation", *Sociology of Health & Illness*, 26 (2), pp. 216-241.
- Whiteford, Michael B. (1999), "Homeopathic medicine in the City of Oaxaca, Mexico: patients' perspectives and observations", *Medical Anthropology Quarterly*, 13 (1), pp. 69-78.
- Wiese, Marlene, Candice Oster e Jan Pincombe (2010), "Understanding the emerging relationship between complementary medicine and mainstream health care: a review of the literature", *Health*, 14 (3), pp. 326-342.
- Wiles, Janine e Mark W. Rosenberg (2001), "'Gentle caring experience'. Seeking alternative health in Canada", *Health & Place*, 7 (2), pp. 209-224.
- Williams, Simon J. e Michael Calnan (1996), "The 'limits' of medicalization?: Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity", *Social Science & Medicine*, 42 (12), pp. 1609-1620.
- Williams, Simon J., Paul Martin e Jonathan Gabe (2011), "The pharmaceuticalization of society? A framework for analysis", *Sociology of Health & Illness*, 33 (5), pp. 710-725.
- Winnick, Terri A. (2005), "From quackery to 'complementary' medicine: the american medical profession confronts alternative therapies", *Social Problems*, 52 (1), pp. 38-61.
- WHO Congress on Traditional Medicine (2008), *Beijing Declaration*. Disponível em:
http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationEN.pdf?ua=1

World Health Organization (WHO) (2002), *Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, Geneva.

World Health Organization (WHO) (2013), *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*, Geneva.

Zhang, Everett Yuehong (2007), "Switching between Traditional Chinese Medicine and Viagra: cosmopolitanism and medical pluralism today", *Medical Anthropology*, 26 (1), pp. 53-96.

ANEXOS

Medicamentos e Pluralismo Terapêutico
(PTDC/SDE/64216/2006)

**Inquérito por Questionário
Anónimo**

Investigadora Responsável: *Noémia Mendes Lopes*

CIES-ISCTE | Edifício ISCTE, Av. das Forças Armadas | 1649-026 Lisboa
tel: +351 217 903 077 ou +351 217 941 404 | fax: +351 217 940 074 | e-mail: cies@iscte.pt

L	G
---	---

CS	L	C
----	---	---

N.º Quest.

A - Controlo da Saúde

1. Indique como classifica o seu estado global de saúde (*comparativamente com as pessoas da sua idade*):

- | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Muito bom | Bom | Razoável | Fraco | Mau |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> |

2. Indique o cuidado que geralmente tem com a sua saúde:

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Muito cuidado | Algum cuidado | Pouco cuidado | Nenhum cuidado |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> |

3. Indique qual a frequência com que consulta o médico para controlar o seu estado de saúde:

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Com muita frequência | Com alguma frequência | Com pouca frequência | Nunca ou Quase Nunca |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> |

4. Indique qual a frequência com que faz exames médicos para controlar o seu estado de saúde:

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Com muita frequência | Com alguma frequência | Com pouca frequência | Nunca ou Quase Nunca |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> |

5. Indique quantas vezes foi a uma consulta médica nos últimos seis meses (*incluindo clínica geral, consultas de especialidade e urgências hospitalares*):

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

6. Indique se pratica alguma actividade física/desportiva:

- (1) Sim
(2) Não **(passar à pergunta 7)**

6.1. Se respondeu **sim**, indique com que frequência:

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Mais do que uma vez por semana | Cerca de uma vez por semana | Cerca de duas vezes por mês | Cerca de uma vez por mês ou menos |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> |

6.2. Indique qual o principal motivo porque pratica actividade física/desportiva (*assinalar apenas uma opção*):

- (1) Por aconselhamento médico
(2) Por decisão própria para emagrecer/manter ou melhorar a forma física
(3) Por decisão própria para se sentir mais saudável
(4) Para ocupar o tempo e/ou conviver
(5) Outro. Qual? _____

7. Indique se está a fazer alguma dieta, ou algum regime alimentar específico:

- (1) Sim
(2) Não **(passar à pergunta 8)**

7.1. Se respondeu **sim**, indique qual o principal motivo (*assinalar apenas uma opção*):

- (1) Por aconselhamento médico, devido a problemas de saúde
(2) Por decisão própria para emagrecer ou manter a forma física
(3) Por decisão própria para se sentir mais saudável
(4) Outro. Qual? _____

8. Indique o principal critério que, geralmente, orienta a escolha da sua alimentação (*assinalar apenas uma opção*):

- (1) Ser económica
- (2) Ser rápida de confeccionar
- (3) Não fazer engordar
- (4) Ser variada
- (5) Ser apetitosa
- (6) Outro. Qual? _____

9. Indique se costuma consultar a informação que vem nas embalagens, sobre os ingredientes dos produtos alimentares:

- | | |
|--|--------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> Sempre | (passar à pergunta 9.1) |
| (2) <input type="checkbox"/> Com muita frequência | |
| (3) <input type="checkbox"/> Com alguma frequência | |
| (4) <input type="checkbox"/> Com pouca frequência | |
| (5) <input type="checkbox"/> Nunca | (passar à pergunta 9.2) |

9.1. Se consulta, indique qual o principal motivo (*assinalar apenas uma opção*):

- | | |
|---|-------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> Porque acha necessário estar informado sobre o que consome | (passar à pergunta 10) |
| (2) <input type="checkbox"/> Porque quer evitar consumir substâncias prejudiciais à saúde | |
| (3) <input type="checkbox"/> Porque, por motivos de saúde, não pode consumir determinadas substâncias | |
| (4) <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ | |

9.2. Se não consulta, indique qual o principal motivo (*assinalar apenas uma opção*):

- (1) Porque não se preocupa com isso
- (2) Porque os produtos alimentares não têm riscos para a saúde
- (3) Porque mesmo havendo riscos, eles são muito reduzidos
- (4) Outro. Qual? _____

10. Indique se já deixou de comprar algum produto alimentar devido à sua composição:

- (1) Sim, muitas vezes
- (2) Sim, algumas vezes
- (3) Sim, mas poucas vezes
- (4) Não, nunca

11. Indique qual a sua opinião acerca de cada uma das seguintes afirmações sobre saúde e doença:

	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
11.1. A maior parte das doenças resulta da falta de cuidado no modo como as pessoas vivem as suas vidas.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
11.2. Por mais cuidado que se tenha em viver uma vida saudável, não se pode evitar as doenças que aparecem com a idade.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
11.3. Ter ou não ter saúde é sobretudo uma questão de sorte.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
11.4. Manter uma boa saúde implica fazer alguns sacrifícios nos hábitos quotidianos das pessoas.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
11.5. A maior parte das doenças resulta de factores que escapam ao controlo das pessoas.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
11.6. Se a vida for vivida de forma saudável, há grandes hipóteses de evitar muitas doenças na velhice.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

B – Consumos Terapêuticos

Referem-se seguidamente diversos tipos de medicamentos sobre os quais se solicitam alguns dados.

Vitaminas ou Fortificantes

12. Qual a última vez que usou vitaminas ou fortificantes:

- (1) Há 1 semana ou menos
- (2) Há menos de 1 mês
- (3) Há menos de 6 meses
- (4) Há menos de 1 ano
- (5) Há mais de 1 ano
- (6) Não se lembra
- (7) Nunca usou..... (se nunca usou passar à pergunta 13)

Relativamente à última vez que usou vitaminas ou fortificantes, indique:

12.1. Nome das vitaminas ou fortificantes (se se lembrar): _____

12.2. Questão de saúde a que se destinou: _____

12.3. Onde adquiriu:

- (1) Farmácia
- (2) Parafarmácia
- (3) Ervanária/Loja de produtos naturais
- (4) Internet
- (5) Outra. Qual? _____
- (6) Não se lembra

12.4. Quem indicou (assinalar apenas uma opção):

- (1) Médico
- (2) Farmacêutico
- (3) Empregado/técnico de ervanária ou loja de produtos naturais
- (4) Terapeuta de medicinas alternativas
- (5) Familiar ou pessoa conhecida
- (6) Iniciativa própria (tomou conhecimento através de publicidade)
- (7) Iniciativa própria (após ter lido em revista ou jornal)
- (8) Iniciativa própria (após ter ouvido na tv ou rádio)
- (9) Iniciativa própria (após pesquisa na Internet)
- (10) Iniciativa própria (já conhecia)
- (11) Outra. Qual? _____
- (12) Não se lembra

12.5. Indique como avalia os resultados que obteve com as vitaminas ou fortificantes, da última vez que os usou:

- | Muito bons | Bons | Razoáveis | Fracos | Nulos | Não sabe |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

Analgésicos (ou outros medicamentos para as dores)

13. Qual a última vez que usou analgésicos (ou outros medicamentos para as dores):

- (1) Há 1 semana ou menos
- (2) Há menos de 1 mês
- (3) Há menos de 6 meses
- (4) Há menos de 1 ano
- (5) Há mais de 1 ano
- (6) Não se lembra
- (7) Nunca usou..... (se nunca usou passar à pergunta 14)

Relativamente à última vez que usou analgésicos (ou outros medicamentos para as dores), indique:

13.1. Nome dos analgésicos (ou outros medicamentos para as dores) (se se lembrar): _____

13.2. Questão de saúde a que se destinou: _____

13.3. Onde adquiriu:

- (1) Farmácia
- (2) Parafarmácia
- (3) Ervanária/Loja de produtos naturais
- (4) Internet
- (5) Outra. Qual? _____
- (6) Não se lembra

13.4. Quem indicou (assinalar apenas uma opção):

- (1) Médico
- (2) Farmacêutico
- (3) Empregado/técnico de ervanária ou loja de produtos naturais
- (4) Terapeuta de medicina alternativa
- (5) Familiar ou pessoa conhecida
- (6) Iniciativa própria (tomou conhecimento através de publicidade)
- (7) Iniciativa própria (após ter lido em revista ou jornal)
- (8) Iniciativa própria (após ter ouvido na tv ou rádio)
- (9) Iniciativa própria (após pesquisa na Internet)
- (10) Iniciativa própria (já conhecia)
- (11) Outra. Qual? _____
- (12) Não se lembra

13.5. Indique como avalia os resultados que obteve com os analgésicos (ou outros medicamentos para as dores), da última vez que os usou:

- | Muito bons | Bons | Razoáveis | Fracos | Nulos | Não sabe |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

Calmanantes

14. Qual a última vez que usou calmanantes (mc) :

- (1) Há 1 semana ou menos
- (2) Há menos de 1 mês
- (3) Há menos de 6 meses
- (4) Há menos de 1 ano
- (5) Há mais de 1 ano
- (6) Não se lembra
- (7) Nunca usou..... (se nunca usou passar à pergunta 15)

Relativamente à última vez que usou calmanantes, indique:

14.1. Nome dos calmanantes (se se lembrar): _____

14.2. Questão de saúde a que se destinou: _____

14.3. Onde adquiriu:

- (1) Farmácia
- (2) Parafarmácia
- (3) Ervanária/Loja de produtos naturais
- (4) Internet
- (5) Outra. Qual? _____
- (6) Não se lembra

14.4. Quem indicou (*assinalar apenas uma opção*):

- (1) Médico
- (2) Farmacêutico
- (3) Empregado/técnico de ervanária ou loja de produtos naturais
- (4) Terapeuta de medicinas alternativas
- (5) Familiar ou pessoa conhecida
- (6) Iniciativa própria (tomou conhecimento através de publicidade)
- (7) Iniciativa própria (após ter lido em revista ou jornal)
- (8) Iniciativa própria (após ter ouvido na tv ou rádio)
- (9) Iniciativa própria (após pesquisa na Internet)
- (10) Iniciativa própria (já conhecia)
- (11) Outra. Qual? _____
- (12) Não se lembra

14.5. Indique como avalia os resultados que obteve com os calmantes, da última vez que os usou:

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Muito bons | Bons | Razoáveis | Fracos | Nulos | Não sabe |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

Antibióticos

15. Qual a última vez que usou antibióticos:

- (1) Há 1 semana ou menos
- (2) Há menos de 1 mês
- (3) Há menos de 6 meses
- (4) Há menos de 1 ano
- (5) Há mais de 1 ano
- (6) Não se lembra
- (7) Nunca usou..... (se nunca usou passar à pergunta 16)

Relativamente à última vez que usou antibióticos, indique:

15.1. Nome dos antibióticos (*se se lembrar*): _____

15.2. Questão de saúde a que se destinou: _____

15.3. Onde adquiriu:

- (1) Farmácia
- (2) Parafarmácia
- (3) Ervanária/Loja de produtos naturais
- (4) Internet
- (5) Outra. Qual? _____
- (6) Não se lembra

15.4. Quem indicou (*assinalar apenas uma opção*):

- (1) Médico
- (2) Farmacêutico
- (3) Empregado/técnico de ervanária ou loja de produtos naturais
- (4) Terapeuta de medicinas alternativas
- (5) Familiar ou pessoa conhecida
- (6) Iniciativa própria (tomou conhecimento através de publicidade)
- (7) Iniciativa própria (após ter lido em revista ou jornal)
- (8) Iniciativa própria (após ter ouvido na tv ou rádio)
- (9) Iniciativa própria (após pesquisa na Internet)
- (10) Iniciativa própria (já conhecia)
- (11) Outra. Qual? _____
- (12) Não se lembra

15.5. Indique como avalia os resultados que obteve com os antibióticos, da última vez que os usou:

Muito bons Bons Razoáveis Fracos Nulos Não sabe
 (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Outros medicamentos usados na última semana

16. Se durante a última semana tomou outro(s) medicamento(s), para além dos atrás assinalados, indique quais:

	Nome do medicamento	Questão de saúde a que se destinou	Quem indicou	Onde adquiriu
16.1.				
16.2.				
16.3.				
16.4.				
16.5.				

(se necessário continue no verso da folha)

Sintomas e Tratamentos

17. Da última vez que teve algum dos problemas de saúde a seguir assinalados, indique a solução que procurou (se tiver procurado mais do que uma solução, considere apenas a mais importante):

	Não fez nada/ esperou que passasse	Usou produtos de ervanária ou de loja de produtos naturais	Usou medicamentos que já conhecia	Pediu conselho numa farmácia	Foi ao médico	Nenhuma das soluções anteriores	Nunca teve esse problema (ou há muitos anos que não o tem)
17.1. Dores de cabeça	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
17.2. Dores de dentes	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
17.3. Problemas digestivos/intestinais	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
17.4. Irritações de pele	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
17.5. Insónias	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
17.6. Cansaço excessivo	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
17.7. Gripe / constipação	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

Alimentos com fins terapêuticos

18. Indique se já usou alimentos com fins terapêuticos (ex. iogurtes para controlar o colesterol, fibras para regularizar os intestinos, leite com suplementos de cálcio ou de vitaminas, águas para controlar o apetite, etc.):

- (1) Sim (passar à pergunta 18.2)
(2) Não (passar à pergunta 18.1)

18.1. Se respondeu **não**, indique qual(ais) o(s) motivo(s) porque nunca usou esse tipo de alimentos (assinalar no máximo duas opções):

- (1) Desconhece que tipo de alimentos são esses
(2) Não acredita nas suas vantagens
(3) São muito caros
(4) Podem ter riscos para a saúde
(5) Em questões de saúde prefere os medicamentos
(6) Acha que não precisa desse tipo de alimentos
(7) Outra. Qual? _____

(passar à pergunta 19)

18.2. Se respondeu **sim**, considere o produto alimentar que tem usado (ou usou) durante mais tempo, e indique:

18.2.1. Qual o tipo de produto alimentar:

- (1) Iogurtes
(2) Cereais
(3) Águas
(4) Outro. Qual? _____

18.2.2. Finalidade terapêutica do seu uso:

- (1) Prevenção
(2) Tratamento

18.2.3. Questão de saúde a que se destina/destinou: _____

18.2.4. Indique se também toma/tomou medicamentos ou outros produtos terapêuticos para essa questão de saúde:

- (1) Sim
(2) Não (passar à pergunta 18.2.5.)

18.2.4.1. Se respondeu **sim**, indique qual(ais) (se se lembrar): _____

18.2.5. Quem lhe recomendou o produto alimentar que tem usado (assinalar apenas uma opção):

- (1) Médico
(2) Farmacêutico
(3) Empregado/técnico de ervanária ou loja de produtos naturais
(4) Terapeuta de medicina alternativa
(5) Familiar ou pessoa conhecida
(6) Iniciativa própria (tomou conhecimento através de publicidade)
(7) Iniciativa própria (após ter lido em revista ou jornal)
(8) Iniciativa própria (após ter ouvido na tv ou rádio)
(9) Iniciativa própria (após pesquisa na Internet)
(10) Iniciativa própria (por o ter visto à venda)
(11) Outra. Qual? _____
(12) Não se lembra

18.2.6. Indique qual a regularidade com que usa/usou esse produto alimentar:

- (1) Diariamente
(2) 2 a 3 vezes por semana
(3) Ocasionalmente
(4) Outra. Qual? _____

18.2.7. Há quanto tempo começou a usar esse produto alimentar:

- (1) Há 1 semana ou menos
- (2) Há menos de 1 mês
- (3) Há menos de 6 meses
- (4) Há menos de 1 ano
- (5) Há mais de 1 ano
- (6) Não se lembra

18.2.8. Indique se ainda usa esse produto alimentar:

- (1) Sim **(passar à pergunta 18.2.8.2.)**
- (2) Não **(passar à pergunta 18.2.8.1.)**

18.2.8.1. Se respondeu **não**, indique qual a razão *(assinalar apenas uma opção)*:

- (1) Porque já resolveu o problema
- (2) Porque não sentiu melhoras
- (3) Por ser muito caro
- (4) Porque lhe estava a fazer mal
- (5) Porque duvida que tenha algum efeito terapêutico
- (6) Outra. Qual? _____

(passar à pergunta 19)

18.2.8.2. Se respondeu **sim**, indique qual a razão *(assinalar apenas uma opção)* :

- (1) Porque é necessário um uso continuado para ter resultados
- (2) Porque sente que lhe está a fazer bem
- (3) Porque se não fizer bem, mal também não faz
- (4) Porque assim evita tomar medicamentos
- (5) Outra. Qual? _____

18.3. Indique como avalia os resultados que obteve com esse produto alimentar, da última vez que o usou (mc):

- | Muito bons | Bons | Razoáveis | Fracos | Nulos | Não sabe |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

Produtos terapêuticos/medicamentos “naturais” (comprados em ervanária, lojas de produtos naturais ou hipermercados)

19. Indique se alguma vez usou, para tratamento ou prevenção, produtos terapêuticos/medicamentos “naturais” comprados em ervanárias, loja de produtos naturais ou hipermercados *(excluindo os alimentos terapêuticos referidos nas perguntas anteriores)*:

- (1) Sim **(passar à pergunta 19.2)**
- (2) Não **(passar à pergunta 19.1)**

19.1. Se respondeu **não**, indique qual(ais) o(s) motivo(s) porque nunca usou esses produtos terapêuticos/medicamentos “naturais” *(assinalar no máximo duas opções)*:

- (1) Não acredita nas suas vantagens
- (2) Podem ser prejudiciais à saúde
- (3) São muito caros
- (4) Em questões de saúde, confia mais nos medicamentos “químicos”
- (5) Outra. Qual? _____

(passar à pergunta 20)

19.2. Se respondeu **sim**, indique relativamente ao último produto terapêutico/medicamento “natural” que usou:

19.2.1. Há quanto tempo o usou:

- (1) Há 1 semana ou menos
- (2) Há menos de 1 mês
- (3) Há menos de 6 meses
- (4) Há menos de 1 ano
- (5) Há mais de 1 ano
- (6) Não se lembra

19.2.2. Finalidade terapêutica do seu uso:

- (1) Prevenção
(2) Tratamento

19.2.3. Questão de saúde a que se destinou: _____

19.2.4. Qual o tipo de produto terapêutico/medicamento "natural" que usou:

- (1) Chá
(2) Pomada
(3) Xarope
(4) Comprimidos
(5) Outro. Qual? _____

19.2.5. Indique o nome do produto terapêutico/medicamento "natural" (se se lembrar): _____

19.2.6. Onde adquiriu:

- (1) Ervanária/Loja de produtos naturais
(2) Hipermercado
(3) Internet
(4) Outro. Qual? _____
(5) Não se lembra

19.2.7. Quem indicou (*assinalar apenas uma opção*):

- (1) Médico
(2) Farmacêutico
(3) Empregado/técnico de ervanária ou loja de produtos naturais
(4) Terapeuta de medicina alternativa
(5) Familiar ou pessoa conhecida
(6) Iniciativa própria (tomou conhecimento através de publicidade)
(7) Iniciativa própria (após ter lido em revista ou jornal)
(8) Iniciativa própria (após ter ouvido na tv ou rádio)
(9) Iniciativa própria (após pesquisa na Internet)
(10) Iniciativa própria (por o ter visto à venda)
(11) Outro. Qual? _____
(12) Não se lembra

19.2.8. Indique como avalia os resultados que obteve com o produto terapêutico/medicamento "natural", da última vez que o usou:

- | Muito bons | Bons | Razoáveis | Fracos | Nulos | Não sabe |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

19.2.9. Indique qual(ais) a(s) razão(ões) porque recorreu a um produto terapêutico/medicamento "natural" em lugar de um medicamento "químico" (*assinalar no máximo duas opções*):

- (1) Por ser mais eficaz
(2) Por ter menos efeitos secundários
(3) Por ser menos prejudicial para a saúde
(4) Por se tratar de uma questão de saúde sem gravidade
(5) Para tentar resolver a situação sem ter de recorrer a medicamentos "químicos"
(6) Outra razão. Qual? _____

19.2.10. Qual a regularidade com que costuma recorrer a produtos terapêuticos/medicamentos "naturais":

- | Muito Frequentemente | Frequentemente | Com alguma frequência | Raramente |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> |

19.2.11. Indique se tem o hábito de ler os folhetos informativos desses produtos:

- (1) Sim
(2) Não (passar à pergunta 19.2.13)

19.2.12. Se respondeu **sim**, indique qual(ais) a(s) razão(ões) (assinalar no máximo duas opções):

- (1) Para poder comparar com a informação dada por quem lho aconselhou
(2) Porque faz questão de estar informado(a) sobre o que consome
(3) Para saber como os tomar
(4) Para saber quais os riscos que podem ter
(5) Outra. Qual? _____

(passar à pergunta 20)

19.2.13. Se respondeu **não**, indique qual(ais) a(s) razão(ões) (assinalar no máximo duas opções):

- (1) Porque se são naturais nunca farão mal
(2) Porque não trazem folhetos
(3) Porque tem confiança em quem lho aconselhou
(4) Porque não trazem informação útil
(5) Outra. Qual? _____

Produtos terapêuticos/medicamentos “naturais” comprados em farmácias

20. Indique se alguma vez comprou numa **farmácia** produtos terapêuticos/medicamentos “naturais” por sua **própria iniciativa**:

- (1) Sim
(2) Não (passar à pergunta 21)

20.1. Se respondeu **sim**, indique relativamente ao último produto terapêutico/medicamento “natural” que comprou:

20.1.1. Há quanto tempo o comprou:

- (1) Há 1 semana ou menos
(2) Há menos de 1 mês
(3) Há menos de 6 meses
(4) Há menos de 1 ano
(5) Há mais de 1 ano
(6) Não se lembra

20.1.2. Finalidade terapêutica do seu uso:

- (1) Prevenção
(2) Tratamento

20.1.3. Questão de saúde a que se destinou: _____

20.1.4. Qual o tipo de produto terapêutico/medicamento “natural” que comprou:

- (1) Chá
(2) Pomada
(3) Xarope
(4) Comprimidos
(5) Outro. Qual? _____

20.1.5. Indique o nome do produto terapêutico/medicamento “natural” (se se lembrar):

20.1.6. Como tomou conhecimento desse produto terapêutico/medicamento “natural” (assinalar apenas uma opção):

- (1) Através de familiar ou pessoa conhecida
- (2) Através da tv ou da rádio
- (3) Através de publicidade
- (4) Através de revista ou jornal
- (5) Através da Internet
- (6) Através de terapeuta de medicinas alternativas
- (7) Através do farmacêutico
- (8) Através do médico
- (9) Outra. Qual? _____
- (10) Não se lembra

20.1.7. Indique porque razão comprou o produto terapêutico/medicamento “natural” numa farmácia e não numa ervanária ou loja de produtos naturais (assinalar apenas uma opção):

- (1) Porque foi na própria farmácia que aconselharam o produto/medicamento
- (2) Porque tem mais confiança nos produtos vendidos em farmácia
- (3) Porque era o estabelecimento mais próximo
- (4) Outra. Qual? _____

20.1.8. Qual a regularidade com que compra em farmácias produtos terapêuticos/medicamentos “naturais”:

- | Muito Frequentemente | Frequentemente | Com alguma frequência | Raramente |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> |

20.1.9. Indique como avalia os resultados que obteve com o produto terapêutico/medicamento “natural” comprado em farmácia, da última vez que o usou:

- | Muito bons | Bons | Razoáveis | Fracos | Nulos | Não sabe |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

Produtos terapêuticos/medicamentos “naturais” e medicamentos “químicos”

21. Indique se já teve algum problema de saúde para cujo tratamento tenha recorrido, simultaneamente, tanto a produtos terapêuticos/medicamentos “naturais” como a medicamentos “químicos”:

- (1) Sim
- (2) Não (passar à pergunta 22)

21.1. Se respondeu **sim**, indique:

21.1.1. Qual o problema de saúde: _____

21.1.2. Qual a última vez que recorreu ao tratamento com os dois tipos de produtos/medicamentos:

- (1) Há 1 semana ou menos
- (2) Há menos de 1 mês
- (3) Há menos de 6 meses
- (4) Há menos de 1 ano
- (5) Há mais de 1 ano
- (6) Não se lembra

21.1.3. Quem indicou o(s) produto(s) terapêutico(s)/medicamento(s) "natural"(ais) que usou (assinalar apenas uma opção):

- (1) Médico
- (2) Farmacêutico
- (3) Empregado/técnico de ervanária ou loja de produtos naturais
- (4) Terapeuta de medicinas alternativas
- (5) Familiar ou pessoa conhecida
- (6) Iniciativa própria (tomou conhecimento através de publicidade)
- (7) Iniciativa própria (após ter lido em revista ou jornal)
- (8) Iniciativa própria (após ter ouvido na tv ou rádio)
- (9) Iniciativa própria (após pesquisa na Internet)
- (10) Iniciativa própria (por o ter visto à venda)
- (11) Outra. Qual? _____
- (12) Não se lembra

21.1.4 Quem indicou o(s) medicamento(s) "químico"(s) que usou (assinalar apenas uma opção):

- (1) Médico
- (2) Farmacêutico
- (3) Empregado/técnico de ervanária ou loja de produtos naturais
- (4) Terapeuta de medicinas alternativas
- (5) Familiar ou pessoa conhecida
- (6) Iniciativa própria (tomou conhecimento através de publicidade)
- (7) Iniciativa própria (após ter lido em revista ou jornal)
- (8) Iniciativa própria (após ter ouvido na tv ou rádio)
- (9) Iniciativa própria (após pesquisa na Internet)
- (10) Outra. Qual? _____
- (11) Não se lembra

Se se lembrar, indique:

21.1.5. O nome(s) do(s) produtos(s) terapêutico(s)/medicamento(s) "natural"(ais) que usou: _____

21.1.6. O nome(s) do(s) medicamento(s) "químico"(s) que usou: _____

21.1.7. Indique qual a regularidade com que tem usado, para o mesmo problema de saúde, produto(s)terapêutico(s)/medicamento(s) "natural"(ais) e medicamentos "químicos":

- | Muito Frequentemente | Frequentemente | Com alguma frequência | Raramente |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> |

21.1.8. Indique como avalia os resultados que obteve com o tratamento com os dois tipos de produtos/medicamentos, da última vez que a eles recorreu:

- | Muito bons | Bons | Razoáveis | Fracos | Nulos | Não sabe |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

Outros produtos terapêuticos/medicamentos “naturais” usados na última semana

22. Se durante a última semana tomou outro(s) produto(s) terapêuticos/medicamento(s) “natural”(ais), para além dos atrás assinalados, indique quais:

	Nome do produto terapêutico/medicamento “natural”	Questão de saúde a que se destinou	Quem indicou	Onde adquiriu
22.1.				
22.2.				
22.3.				

(se necessário continue no verso da folha)

Tratamentos não medicamentosos

23. Indique se alguma vez recorreu a tratamentos (não medicamentosos) de medicinas alternativas (ex. *acupuncture, técnicas de relaxamento, osteopatia, massagens terapêuticas, etc.*):

- (1) Sim (passar à pergunta 23.2)
(2) Não (passar à pergunta 23.1)

23.1. Se respondeu **não**, indique qual(ais) a(s) razão(ões) (assinalar no máximo duas opções):

- (1) Não está muito informado sobre esse tipo de tratamentos
(2) Não acredita na eficácia desse tipo de tratamentos
(3) São muito caros
(4) Nunca precisou
(5) Outra. Qual? _____

(passar à pergunta 24)

23.2. Se respondeu **sim**, indique:

23.2.1. Qual a última vez que realizou algum desses tratamentos:

- (1) Há menos de 1 mês
(2) Há menos de 1 ano
(3) Há mais de 1 ano

23.2.2. Qual o tipo de tratamento que realizou: _____

23.2.3. Qual a finalidade terapêutica:

- (1) Prevenção
(2) Tratamento (coadjuvante/complementar de medicamentos)
(3) Tratamento (substitutivo de medicamentos)

23.2.4. Qual a questão de saúde a que se destinou o tratamento: _____

23.2.5. Razão(ões) porque recorreu a esse tipo de tratamento (assinalar no máximo duas opções):

- (1) Porque o médico aconselhou
(2) Por não estar a melhorar com os medicamentos “químicos”
(3) Por não estar a melhorar com os medicamentos “naturais”
(4) Por ter menos efeitos secundários do que os medicamentos “químicos”
(5) Por ter menos efeitos secundários do que os medicamentos “naturais”
(6) Porque acha que é eficaz
(7) Outra. Qual? _____

23.2.6. Indique como avalia os resultados que obteve com o tratamento, da última vez que a ele recorreu:

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Muito Bons | Bons | Razoáveis | Fracos | Nulos | Não sabe |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

23.2.7. Indique qual a regularidade com que costuma recorrer a tratamentos (não medicamentosos) de medicinas alternativas:

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Muito Frequentemente | Frequentemente | Com alguma frequência | Raramente |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> |

Tratamentos caseiros

24. Indique se costuma recorrer a tratamentos caseiros (ex. xaropes caseiros, inalações com produtos caseiros, mezinhas tradicionais, etc.):

- (1) Sim (passar à pergunta 24.2)
(2) Não (passar à pergunta 24.1)

24.1. Se respondeu **não**, indique qual o motivo (assinalar apenas uma opção):

- (1) Porque não são eficazes
(2) Porque não tem tempo para os preparar
(3) Porque desconhece quais os tratamentos caseiros mais indicados para cada sintoma
(4) Outro. Qual? _____

(passar à pergunta 25)

24.2. Se respondeu **sim**, indique:

24.2.1. Qual a última vez que recorreu a um tratamento caseiro:

- (1) Há 1 semana ou menos
(2) Há menos de 1 mês
(3) Há menos de 6 meses
(4) Há menos de 1 ano
(5) Há mais de 1 ano
(6) Não se lembra

24.2.2. Qual o tratamento caseiro que usou: _____

24.2.3. Questão de saúde a que se destinou: _____

24.2.4. Quem indicou (assinalar apenas uma opção):

- (1) Médico
(2) Terapeuta de medicinas alternativas
(3) Farmacêutico
(4) Empregado de ervanária ou de loja de produtos naturais
(5) Familiar ou pessoa conhecida
(6) Iniciativa própria (após pesquisa na Internet)
(7) Iniciativa própria (após ter lido em revista ou jornal)
(8) Iniciativa própria (já conhecia)
(9) Outra. Qual? _____

Atitudes face aos medicamentos “químicos” e produtos terapêuticos/medicamentos “naturais”

25. Considere a sua atitude habitual face aos medicamentos, e assinale como se posiciona em relação às seguintes afirmações:

	Concorda totalmente	Concorda parcialmente	Discorda parcialmente	Discorda totalmente	Não sabe
25.1. Deve evitar-se ao máximo tomar qualquer tipo de medicamento, seja ele “natural” ou “químico”.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
25.2. Sempre que possível deve evitar-se os medicamentos “químicos” e optar pelos “naturais”.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
25.3. Os medicamentos “naturais” não são adequados para a resolução de problemas graves.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
25.4. Os medicamentos “químicos” são mais eficazes do que os “naturais”.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
25.5. É preferível suportar algumas formas de mal-estar do que recorrer de imediato a medicamentos, sejam eles “naturais” ou “químicos”.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
25.6. Em geral, os medicamentos “naturais” são mais benéficos para a saúde do que os medicamentos “químicos”.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

Quantificação dos medicamentos

26. Indique o total de medicamentos “químicos” que tomou ontem:

27. Indique o total de medicamentos “químicos” que, geralmente, toma por dia (*use como referência o último mês*):

28. Indique o total de medicamentos “naturais” que tomou ontem:

29. Indique o total de medicamentos “naturais” que, geralmente, toma por dia (*use como referência o último mês*):

C - Recursos Terapêuticos e Riscos

30. Indique se alguma vez teve, ou conhece alguém que tenha tido, problemas graves associados ao uso de medicamentos “químicos” ou de outros produtos terapêuticos/medicamentos “naturais”:

- (1) Sim
(2) Não (**passar à pergunta 31**)

30.1. Se respondeu **sim**, indique:

30.1.1. Quem teve tais problemas (*se conhecer mais do que uma situação, refira apenas aquela que considera ter sido a mais grave*):

- (1) O próprio
(2) Familiar
(3) Amigo/conhecido

30.1.2. Indique o nome do medicamento ou produto terapêutico em causa (*se se lembrar*): _____

30.1.3. Indique a questão de saúde a que se destinou (*se se lembrar*): _____

30.1.4. Indique o problema grave que provocou: _____

30.1.5. Onde foi adquirido:

- (1) Não sabe
(2) Farmácia
(3) Parafarmácia
(4) Ervanária/Loja de produtos naturais
(5) Internet
(6) Outra. Qual? _____

30.1.6. Quem indicou (assinalar apenas uma opção):

- (1) Não sabe
(2) Médico
(3) Farmacêutico
(4) Empregado/técnico de ervanária ou loja de produtos naturais
(5) Terapeuta de medicinas alternativas
(6) Familiar ou pessoa conhecida
(7) Iniciativa própria
(8) Outra. Qual? _____

Percepções do Risco

31. Quando toma um produto terapêutico/medicamento “natural” costuma pensar nos seus riscos:

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Sempre | Muitas vezes | Algumas vezes | Raramente | Nunca | Não toma |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

32. Quando toma um medicamento “químico” costuma pensar nos seus riscos:

- | | | | | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Sempre | Muitas vezes | Algumas vezes | Raramente | Nunca | Não toma |
| (1) <input type="checkbox"/> | (2) <input type="checkbox"/> | (3) <input type="checkbox"/> | (4) <input type="checkbox"/> | (5) <input type="checkbox"/> | (6) <input type="checkbox"/> |

33. Dos seguintes produtos terapêuticos, diga em que grau considera existir um risco associado a cada um deles :

	Muito elevado	Elevado	Moderado	Reduzido	Nulo	Não sabe
33.1. Vitaminas ou Fortificantes	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
33.2. Calmantes	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
33.3. Analgésicos (ou outros medicamentos para as dores)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
33.4. Antibióticos	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
33.5. Anti-inflamatórios	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
33.6. Chás (com fins terapêuticos)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
33.7. Produtos terapêuticos/medicamentos “naturais”	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
33.8. Alimentos com fins terapêuticos	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
33.9. Remédios caseiros	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

34. Indique qual a sua opinião em relação a cada uma das seguintes afirmações:

	Concorda totalmente	Concorda parcialmente	Discorda parcialmente	Discorda totalmente	Não sabe
34.1. Os medicamentos “químicos” têm cada vez menos riscos.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
34.2. Os medicamentos “naturais” têm riscos quase nulos.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
34.3. Os alimentos com fins terapêuticos não têm riscos.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
34.4. Os riscos dos medicamentos “químicos” são mais difíceis de resolver do que os riscos dos medicamentos “naturais”.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
34.5. Os alimentos com fins terapêuticos não envolvem riscos, mesmo se usados em conjunto com medicamentos “químicos”.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
34.6. Os medicamentos “naturais”, se tomados sem orientação de um especialista, podem ter muitos riscos.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
34.7. Os alimentos com fins terapêuticos, se usados sem orientação de um especialista, podem ter muitos riscos.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
34.8. Os medicamentos “naturais” podem envolver riscos se usados em conjunto com medicamentos “químicos”.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

D - Fontes de Informação

35. Indique qual o grau de importância que têm tido **para si** cada uma das seguintes fontes de informação, enquanto meio de aquisição de conhecimentos sobre saúde:

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Não sabe
35.1. Conversas com pessoas próximas (<i>familiares, vizinhos, amigos</i>)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.2. Publicidade a medicamentos	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.3. Imprensa generalista (<i>televisão, rádio, jornais</i>)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.4. Revistas e programas especializados sobre saúde	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.5. Pesquisa na Internet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.6. A sua experiência pessoal (<i>de doenças passadas</i>)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.7. Terapeutas de medicinas alternativas	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.8. Linhas telefónicas de saúde	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.9. Informações dadas no atendimento em lojas de produtos naturais	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.10. Jornais e panfletos disponibilizados em lojas de produtos naturais	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.11. Jornais e panfletos disponibilizados em farmácias	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.12. Avisos e panfletos nos centros de saúde e hospitais	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.13. Informações dadas pelo farmacêutico	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.14. Folhetos informativos que trazem os medicamentos	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>
35.15. Informações dadas pelo médico nas consultas	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>

36. Indique qual a sua opinião relativamente a cada uma das seguintes afirmações:

	Concorda totalmente	Concorda parcialmente	Discorda parcialmente	Discorda totalmente
36.1. Só os profissionais médicos têm competência para dar resposta a questões de saúde e doença.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
36.2. Cada um é que sabe o que é melhor para si no que respeita à sua saúde.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
36.3. Deve-se confiar apenas nas informações de saúde dadas por profissionais médicos e farmacêuticos.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
36.4. As medicinas alternativas e produtos naturais são a melhor opção para resolver quase todos os nossos problemas de saúde.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
36.5. O melhor conselho para lidar com problemas de saúde é a experiência de quem já passou por eles.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>
36.6. Em questões de saúde, uma pessoa só se pode sentir segura se recorrer a todas as fontes de informação disponíveis.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>

37. Indique se costuma ler os folhetos informativos que vêm com os medicamentos:

- (1) Sim
 (2) Não (passar à pergunta 37.2)

37.1. Se respondeu **sim**, indique qual(ais) a(s) razão(ões) (assinalar no máximo duas opções):

- (1) Para poder comparar com a informação dada pelo médico ou farmacêutico
 (2) Porque faz questão de estar informado sobre os medicamentos que toma
 (3) Por se poder esquecer da forma de os tomar
 (4) Porque se preocupa com os efeitos secundários dos medicamentos
 (5) Outra. Qual? _____

(passar à pergunta 38)

37.2. Se respondeu **não**, indique qual(ais) a(s) razão(ões) (assinalar no máximo duas opções):

- (1) Porque confia no que dizem os profissionais de saúde
 (2) Porque não tem receio de que haja risco em tomar os medicamentos
 (3) Porque a informação dos folhetos confunde mais do que esclarece
 (4) Porque tem dificuldade em ler
 (5) Outra. Qual? _____

38. Das seguintes informações contidas nos folhetos informativos dos medicamentos, indique qual(ais) aquela(s) que lhe interessa(m) mais (assinalar no máximo duas opções):

- (1) Modo de tomar o medicamento
 (2) Finalidade do medicamento
 (3) Composição do medicamento
 (4) Precauções especiais de utilização para determinados doentes
 (5) Riscos de interacção com outros medicamentos
 (6) Riscos de sobredosagem
 (7) Alterações do estado físico e/ou psicológico durante a toma do medicamento
 (8) Efeitos secundários do medicamento
 (9) Outra. Qual? _____

E - Caracterização Sócio-Demográfica

39. Sexo:

- (1) Masculino
 (2) Feminino

40. Idade: |__|

41. Nível de escolaridade (*indique o mais elevado que completou*):

- (1) Não sabe ler nem escrever
- (2) Sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino
- (3) 1º ciclo do ensino básico (4ª classe)
- (4) 2º ciclo do ensino básico (ciclo preparatório, 6º ano de escolaridade)
- (5) 3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade, antigo 5º ano do liceu)
- (6) Ensino secundário (12º ano de escolaridade, antigo 7º ano do liceu)
- (7) Curso superior (bacharelato ou licenciatura)
- (8) Mestrado ou pós-graduação
- (9) Doutoramento

42. Condição perante o trabalho:

- (1) Empregado(a)
- (2) Estudante
- (3) Desempregado(a)
- (4) Doméstico(a)
- (5) Reformado(a)
- (6) Outra. Qual? _____

43. Se exerce ou já exerceu profissão, indique a actual ou a última que exerceu: _____

44. Situação na profissão (*actual ou última que exerceu*):

- (1) Patrão
- (2) Trabalhador por conta de outrem/assalariado
- (3) Trabalhador por conta própria/independente
- (4) Trabalhador familiar não remunerado
- (5) Outra. Qual? _____

45. Indique se tem alguma doença crónica:

- (1) Sim (**passar à pergunta 45.1**)
- (2) Não (**TERMINOU o QUESTIONÁRIO**)

45.1. Se respondeu **sim**, indique qual(ais): _____

45.2. Indique há quanto tempo tem uma doença crónica (*se tiver mais do que uma doença crónica, considere apenas aquela que foi diagnosticada há mais tempo*):

- (1) Há menos de 1 ano
- (2) Há menos de 3 anos
- (3) Há menos de 10 anos
- (4) Há mais de 10 anos

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO B. Guião de Entrevista

Medicamentos e Pluralismo Terapêutico: consumos, lógicas e racionalidades sociais

Guião de Entrevista

1. O que pensa acerca do consumo dos chamados “alimentos terapêuticos”.

- Qual a vantagem de usar o alimento com uma substância adicionada em lugar de tomar a substância através de um medicamento (natural ou químico).
- Se conhece alguém que use algum/alguns desses alimentos:
 - quais os alimentos;
 - com que finalidade;
 - em substituição ou em complementariedade de medicamentos (naturais ou químicos).
- Se o próprio usa/usou:
 - quais os alimentos;
 - com que finalidade;
 - em substituição ou em complementariedade de medicamentos (naturais ou químicos);
 - resultados esperados / benefícios;
 - o que usou antes (ou depois) para a mesma finalidade; porque mudou;
 - quando começou a usar; regularidade do uso;
 - pessoas/ profissionais/ ou outras fontes com quem se aconselhou / informou;
 - se existem perigos associados ao uso desses produtos durante muito tempo;
 - possibilidade de interacção com outros medicamentos, ou efeitos indesejáveis;
 - fontes de informação sobre os perigos.
- Se nunca usou:
 - qual a razão;
- Sobre a possibilidade de interacções:
 - no consumo simultâneo de alimentos terapêuticos e medicamentos químicos, para o mesmo problema de saúde;
 - no consumo simultâneo de alimentos terapêuticos e medicamentos naturais, para o mesmo problema de saúde.

2. O que pensa acerca do consumo de “medicamentos naturais”.

- Se existem diferenças entre um medicamento natural e um medicamento químico
- Vantagens / desvantagens (em termos de eficácia e risco) dos medicamentos naturais relativamente aos químicos (e aos alimentos)
- Eventuais riscos do uso de medicamentos naturais
- “Credibilidade” da informação junta ao produto.

- Se já usou:
 - em que situações tem usado;
 - qual a primeira vez que usou (há quanto tempo; finalidade; e razão de optar por medicamento natural);
 - onde comprou;
 - com quem se aconselhou;
 - se informou o médico e porquê;
 - se usou outros medicamentos em simultâneo (para a mesma situação ou para situação diferente).
- Relativamente à última vez que usou:
 - questão de saúde a que se destinou e finalidade (prevenção/tratamento/codjuvante);
 - tipo de medicamento (comprimidos; pó, etc);
 - onde comprou;
 - quem indicou/ com quem se aconselhou; outras fontes de informação que usou (qual das fontes foi mais decisiva, porquê); sequencialidade das fontes; convergência / dissonância das fontes;
 - se antes de optar pelo medicamento natural, já tinha usado outro recurso; se durante o seu uso recorreu a outros medicamentos ou alimentos terapêuticos;
 - porque não optou por medicamentos “químicos”;
 - se conseguiu os resultados que desejava; quais eram esses resultados;
- Se nunca usou:
 - qual a razão;
 - se conhece alguém que os use regularmente, e porque o faz;

3. O que pensa acerca do consumo de analgésicos (químico) /medicamentos para as dores.

- Opinião sobre se há, ou não, um recurso excessivo a analgésicos.
- No caso pessoal se considera ter um consumo elevado ou diminuto de analgésicos.
- Qual a vantagem / desvantagem dos analgésicos químicos em relação aos naturais.
- Sobre a última vez que tomou algum tipo de analgésico
 - qual o medicamento (nome);
 - há quanto tempo foi;
 - qual o problema (agudo; crónico; causa conhecida/desconhecida);
 - quem indicou (fontes periciais /leiga, etc); sequencialidade das fontes; convergência / dissonância das fontes;
 - se conhece outro tipo de medicamentos para as dores; porque não preferiu algum desses;
 - se antes de optar pelo medicamento químico, já tinha usado outros recursos terapêuticos;
 - porque não optou por um medicamento natural;
 - eventuais riscos do uso de analgésicos (consequências imediatas/ longo prazo); em geral e no caso do próprio .

4. O que pensa acerca do consumo de calmantes (para dormir; tranquilizar; etc.).

- Opinião sobre os benefícios ou desvantagens deste tipo de medicamentos.
- Qual a vantagem / desvantagem deste tipo de medicamentos químicos em relação aos naturais.
- No círculo de relações próximas se tem alguém que costume usar; se tem tido benefícios.

- Sobre a última vez que tomou algum tipo de calmante:

qual o medicamento (nome);
há quanto tempo usou;
qual o problema (agudo; crónico; causa conhecida/desconhecida);
quem indicou (fontes periciais /leiga, etc); sequencialidade das fontes; convergência / dissonância das fontes;
se antes de optar pelo medicamento químico, já tinha usado outros recursos terapêuticos;
porque não optou por um medicamento natural ;
eventuais riscos do uso de calmantes (consequências imediatas/ longo prazo); em geral e no caso do próprio;
usa regularmente ou esporadicamente os calmantes;
qual a primeira vez que os usou (há quanto tempo, finalidade, e a conselho de quem).

- Se nunca usou:

Qual a razão

- Opinião sobre se há, ou não, um recurso excessivo a calmantes.

5. Se alguma vez deixou de tomar um medicamento prescrito pelo médico, por achar que não estava a ter melhoras ou que lhe estava a fazer mal.

Qual o medicamento (nome); qual a finalidade;
Porque deixou de o tomar;
Se se aconselhou com alguém para tomar a decisão de deixar de o tomar;
Se substituiu o medicamento por algum outro; e quem lho indicou.

6. Se alguma vez aconteceu não chegar a usar um medicamento prescrito pelo médico.

Qual o medicamento (nome); qual a finalidade;
Chegou ou não a comprá-lo;
Razão para não o usar;
Aconselhou-se com alguém para tomar a decisão de não o usar;
Se substituiu o medicamento por algum outro; e quem lho indicou.

7. idem 5 para um medicamento natural, aconselhado numa loja dietética, ou aconselhado por outra pessoa.

8. idem 6 para um medicamento natural, aconselhado numa loja dietética, ou aconselhado por outra pessoa

9. Sobre a saúde pessoal

Se tem algum problema de saúde que o preocupe;
Se sim, como está a geri-lo;
Se não, qual o problema de saúde que já teve que mais o preocupou; como foi gerido;
Qual o problema de saúde menos sério; como foi gerido;
Se tem alguma/s doença crónica;
Se sim, como é gerida.

10. Outro tipo de medicamentos químicos que costume tomar / ou tenha tomado com alguma regularidade recentemente, para além dos já referidos:

qual/quais os medicamentos e finalidades;
quem o/os indicou;
em alguma circunstância pensou em os substituir por medicamentos naturais; porquê.

11. Se usa, ou já usou, a Internet para procurar informação sobre medicamentos (químicos ou naturais) ou alimentos terapêuticos, ou para comprar algum destes produtos

- Se usa/usou:
 - em que circunstâncias o fez;
 - .se procurou confirmar a informação com algum profissional de saúde e/ou alguém conhecido.
- Se conhece alguém que costume usar (se sim: circunstâncias em que o faz/fez).
- Se não usa:
 - razão porque não usa;

12. Se costuma ler as bulas (folhetos informativos) dos medicamentos

- Principal informação que procura.
- Se alguma vez deixou de tomar um medicamento devido ao que leu na bula.

13. Se costuma ler os folhetos informativos dos medicamentos/produtos naturais

- Principal informação que procura;
- Se alguma vez deixou de tomar um medicamento/produto natural devido ao que leu no folheto.

14. Medicamentos/ produtos terapêuticos que tem na farmácia caseira

- Produtos/medicamentos que o/a próprio/ consome.

15. Se considera ser uma pessoa cuidadosa com a sua saúde

- Em que é que se concretiza esse cuidado/ ou falta dele.

16. Se considera que as doenças são preveníveis

- Se não, porquê;
- Se sim, se o são todas;
- Quais as que podem ser prevenidas e que não o podem;
- O que pode ser feito para prevenir as doenças.

ANEXO C. Caracterização dos entrevistados

Entrevistado	Região	Sexo	Idade	Escolaridade	Profissão	Doença crónica	Terapia(s)
Convicção							
E1L	Lisboa	Feminino	44	12º ano	Diretora de lar	Não	Homeopatia Acupunctura
E18L	Lisboa	Feminino	33	Mestrado	Formadora de artes plásticas e de yoga	Sim Amenorreia	Naturopatia Homeopatia Florais de Bach Acupunctura Fitoterapia Massagem Moxabustão
E21L	Lisboa	Feminino	52	9º ano	Diretora de serviços em pastelaria	Sim Lipoma	Homeopatia Acupunctura
E23L	Lisboa	Feminino	50	Curso superior	Educadora de infância	Não	Naturopatia Homeopatia
Ecletismo							
E3G	Guarda	Feminino	28	Curso superior	Bancária	Sim Úlcera no estômago	Acupunctura
E4G	Guarda	Feminino	42	6º ano	Comerciante	Sim Fibromialgia	Naturopatia Acupunctura
E3L	Lisboa	Masculino	58	Mestrado	Engenheiro	Sim Doença no sistema imunitário (auto-imune)	Acupunctura
E9L	Lisboa	Masculino	58	6º ano	Empregado em supermercado	Sim Tumor na próstata Fibromialgia	Homeopatia

Entrevistado	Região	Sexo	Idade	Escolaridade	Profissão	Doença crónica	Terapia(s)
E11L	Lisboa	Masculino	53	12º ano	Técnico oficial de contas	Sim Deficiência no fígado Sinusite	Homeopatia Osteopatia
E13L	Lisboa	Feminino	41	Curso superior	Gestora financeira	Não	Homeopatia Naturopatia
E15L	Lisboa	Masculino	30	Curso superior	Economista	Não	Acupunctura Fitoterapia Quiropráxia Reiki
E17L	Lisboa	Masculino	33	12º ano	Vendedor de peças de automóveis	Sim Lesões recorrentes associadas à prática desportiva	Osteopatia
E19L	Lisboa	Feminino	64	Curso superior	Assistente Direção-Geral	Sim Diabetes	Homeopatia Naturopatia Osteopatia
Experimentalismo							
E1G	Guarda	Feminino	49	Curso superior	Educadora de infância	Não	Acupunctura
E2G	Guarda	Feminino	59	Curso superior	Professora do ensino secundário	Sim Úlcera no estômago	Reiki
E5G	Guarda	Feminino	42	12º ano	Proprietária de pastelaria	Não	Acupunctura
E6G	Guarda	Feminino	53	9º ano	Operadora em hipermercado	Sim Síndrome vertiginoso Depressão	Acupunctura Medicina tradicional chinesa
E2L	Lisboa	Feminino	38	Curso superior	Monitora de educação	Não	Homeopatia Massagem ayurvédica
E4L	Lisboa	Feminino	58	Curso superior	Secretária de direção	Sim Doença gastrointestinal Problemas na coluna (hérnias)	Acupunctura Quiropráxia

Entrevistado	Região	Sexo	Idade	Escolaridade	Profissão	Doença crónica	Terapia(s)
E5L	Lisboa	Feminino	42	Curso superior	Advogada	Sim Asma	Homeopatia
E10L	Lisboa	Masculino	65	12º ano	Diretor de publicidade	Não	Naturopatia
E12L	Lisboa	Masculino	56	9º ano	Perito em companhia de seguros	Sim Psoríase	Homeopatia
E16L	Lisboa	Masculino	42	Curso superior	Gestor de empresas	Sim Enxaquecas Insónias	Acupunctura
E20L	Lisboa	Feminino	40	9º ano	Técnica administrativa	Sim Asma	Reiki Florais de Bach
E22L	Lisboa	Masculino	52	Curso superior	Gestor	Sim Diabetes Hemocromatose	Homeopatia
Complacência							
E6L	Lisboa	Feminino	57	Curso superior	Engenheira química	Sim Problemas gastrointestinais	Acupunctura Homeopatia (e outras não especificadas)
E7L	Lisboa	Masculino	75	Curso superior	Oficial da marinha e aviação	Sim Problemas nos joelhos	Acupunctura
E8L	Lisboa	Feminino	27	Doutoramento	Gestora de projetos	Sim Infertilidade	Homeopatia
E14L	Lisboa	Masculino	55	Mestrado	Professor do ensino básico e secundário	Não	Medicina tradicional chinesa Massagem ayurvédica (e outras não especificadas)