

MEDICINAS COMPLEMENTARES E ALTERNATIVAS

Uma reflexão sobre definições, designações e demarcações sociais

Elsa Pegado

Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia
(Cies_Iscte), Lisboa, Portugal

Resumo O termo “medicinas complementares e alternativas” (MCA), não sendo o único, tem sido frequentemente usado para designar um conjunto de medicinas, terapias ou práticas terapêuticas que têm em comum o facto de, nas sociedades ocidentais contemporâneas, se situarem à margem da chamada medicina convencional e de gozarem de visibilidade social crescente. A pretexto da necessidade de delimitação do campo das MCA, e a partir de uma revisão bibliográfica dos estudos sobre o fenómeno, neste artigo procede-se a uma reflexão sociológica sobre as classificações sociais, organizada em torno de três eixos: (i) definições — o que cabe nas MCA; (ii) designações — o significado dos termos utilizados; (iii) demarcações — as fronteiras estabelecidas com outras práticas terapêuticas.

Palavras-chave: medicinas complementares e alternativas, medicina, saúde.

Complementary and alternative medicines: a reflection on definitions, designations and social demarcations

Abstract “Complementary and alternative medicines” (CAMs) is one of the more common terms used to designate a range of medicines, therapies and therapeutic practices that both find themselves on the margins of so-called “conventional medicine” and are enjoying a growing social visibility in contemporary western societies. Based on a bibliographical review of the existing studies on this subject, the author responds to the need to delimit this field by offering a sociological reflection on the relevant social classifications. The article is organised along three lines: (i) definitions – what CAMs encompass; (ii) designations – the meanings of the terms; (iii) demarcations – the boundaries between these and other therapeutic practices.

Keywords: complementary and alternative medicines, medicine, health.

Médecines alternatives et complémentaires: une réflexion sur les définitions, les désignations et les démarcations sociales

Résumé L’expression “médecines alternatives et complémentaires” (MAC) est souvent utilisée pour désigner un ensemble de médecines, de thérapies ou de pratiques thérapeutiques ayant en commun le fait de se situer en marge de la médecine conventionnelle et de jouir d’une visibilité sociale croissante dans les sociétés occidentales contemporaines. Répondant au besoin de délimitation du champ des MAC, et à partir d’une révision bibliographique des études sur le phénomène, cet article propose une réflexion sociologique sur les classifications sociales, autour de trois axes : (i) définitions – ce que regroupent les MAC; (ii) désignations – le sens des termes utilisés; (iii) démarcations – les frontières établies avec d’autres pratiques thérapeutiques.

Mots-clés: médecines alternatives et complémentaires, médecine, santé.

Medicinas complementarias y alternativas: una reflexión sobre definiciones, designaciones y delimitaciones sociales

Resumen El término “medicinas complementarias y alternativas” (MCA), sin ser el único, ha sido frecuentemente utilizado para designar a un conjunto de medicinas, terapias o prácticas terapéuticas que tienen en común el hecho de que, en las sociedades occidentales contemporáneas, se sitúan al margen de la llamada medicina convencional y gozan de visibilidad social en ascenso. Como pretexto de la necesidad de delimitación del campo de las MCA, y a partir de una revisión bibliográfica de los estudios sobre el fenómeno, en este artículo se procede a una reflexión sociológica sobre las clasificaciones sociales organizadas en torno a tres ejes: (i) definiciones — lo que cabe en las MCA; (ii) designaciones — el significado de los términos utilizados; (iii) delimitaciones — las fronteras establecidas con otras prácticas terapéuticas.

Palabras-clave: medicinas complementarias y alternativas, medicina, salud.

Introdução

As medicinas complementares e alternativas (MCA) têm vindo a assumir, nas últimas décadas, nas sociedades ocidentais, uma visibilidade social crescente. Vários fatores testemunham a visibilidade do fenómeno, designadamente: o crescimento de um sistema de produção e comercialização dos produtos vulgarmente designados como 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 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, ao contrário do que acontece em outros países, nomeadamente da Europa, e nos Estados Unidos, onde abundam os estudos sociológicos sobre a matéria (por exemplo, Siahpush, 1999; Gale, 2014).

Qualquer pesquisa que se debruce sobre este objeto confronta-se necessariamente com um conjunto de questões que remetem para a delimitação do campo, mas que constituem, igualmente, uma oportunidade para refletir sobre o estatuto da linguagem e o significado social das classificações substantivado neste campo de análise. É este o propósito do presente artigo.¹

De que falamos quando falamos de medicinas complementares e alternativas? 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 as designar? Que demarcações face a outras práticas terapêuticas?

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 da prestação de 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 socioespaciais particulares (Doel e Segrott, 2004).

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

1 O presente artigo resulta da pesquisa desenvolvida no âmbito da tese de doutoramento sobre o recurso às medicinas complementares e alternativas, realizada no ISCTE-IUL (Pegado, 2017).

evidenciada nos estudos que desenvolvem análises comparativas em diversos países (CAMbrella, 2012).

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 CAMbrella,² 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 adotadas ou adaptadas pelos cuidados de saúde convencionais” (CAMbrella, 2012: 9).

Clarificando o alcance semântico do termo MCA, consideramos que 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 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.

2 CAMbrella é um projeto financiado pela UE, no âmbito do 7.º 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.

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

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 sido desenvolvidos diferentes sistemas de classificação, 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 são novos, 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 acupuntura); (5) aquelas que entraram nos países ocidentais com grupos imigrantes (como a medicina ayurvédica, originária da Índia, ou curas espirituais) (Cant e Sharma, 1999).

Retomando a questão que tem norteado este ponto, sem pretensões de exaustividade, identificamos de seguida o conjunto de terapias/medicinas que teoricamente são abrangidas pelas MCA. 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 convencionais:³ (i) acupuntura, (ii) fitoterapia, (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.

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 MCA terá de ser, pois, a que se refere à terminologia utilizada, reflexão passível de ser sistematizada em três questionamentos: (i) a utilização do

3 Lei n.º 71/2013, de 2 de setembro.

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 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 terapêuticos 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. Um caso paradigmático é o da 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 sistemas. Em outros casos, porém, o que está em causa não são os atributos do próprio sistema terapêutico, mas as reivindicações em torno das designações.

Na legislação portuguesa, a terminologia adotada foi a de “terapêuticas não convencionais”,⁴ 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”.

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, 1999; Kelner e Wellman, 2000), com bases filosóficas e científicas muitas vezes completamente diferentes.

Quanto aos qualificativos “complementares e alternativas”, sendo os mais comumente utilizados na literatura anglo-saxónica — e aqueles que dão título ao presente artigo — 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,

4 Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais (Lei n.º 45/2003, de 22 de agosto).

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 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 medicinas 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 perspectiva diacrónica, reconstruindo o processo da sua constituição como sistema terapêutico dominante, quer privilegiando uma perspectiva relacional, analisando a sua posição face a outros sistemas terapêuticos.

Alguns autores 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 sociopolíticos — dá indicações sobre diferentes tipos de abordagens e 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) e associada a objetivos políticos, económicos e profissionais (Bombardieri e Easthope, 2000). Nessa medida, os termos utilizados 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 heteroatribuição 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 normativa de atuação da medicina ocidental ortodoxa. O autor questiona o facto de 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), 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, 2006).

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 termo *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.

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).

Nem sempre, porém, o termo *complementar* é conotado com uma posição de subordinação das MCA (e dos respetivos terapeutas) à profissão médica. Admitindo 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 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, 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 concepções tão centrais como as de doença, de sintomas e de tratamentos.

No segundo, destaca-se a abordagem de Saks no campo da sociologia das profissões, uma das mais consistentes na reconstrução do processo de profissionalização da medicina convencional e das estratégias de profissionalização das MCA, em que o conceito de profissionalização é entendido, no sentido neoweberiano, como o estabelecimento de padrões, legalmente subscritos, de fechamento social exclusionário, obtido por algumas ocupações nas políticas do trabalho. O autor 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, nomeadamente para a sua marginalização política (Saks, 2001).

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 esta designação 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). 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 interdiversidade (entre as várias terapias), mas também de uma intradiversidade (no interior da mesma terapia). 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: 159-160). 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 (Quéniart, 1990).

O termo *tradicional* também tem vindo a ser utilizado, quer em documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde, 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 novamente 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 àquela, e cuja expressão sofreu decréscimos pouco significativos com a sua expansão. 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.

Se boa parte dos termos utilizados remete 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* (*douces* no original) (Lalli, 1986; Quéniart e Saillant, 1990; Thompson, 2003).

O termo *natural* é polissémico, 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”. “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). Na modernidade, a simbologia do natural está investida de uma ideologia de inocuidade (Lopes *et al.*, 2012) e 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.

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 exemplo, a osteopatia, que acaba por estar confinada ao tratamento dos problemas de coluna (Saks, 2005). Numa crítica convergente, Siahpush (1999) 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. 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 por nós adotado retomando a assunção colocada no início deste artigo. As fronteiras entre a medicina ortodoxa e as MCA não são estanques nem fixas, à medida que determinadas terapias conquistam a aceitação da ortodoxia

(como atesta, por exemplo, o caso da acupuntura, que em Portugal foi reconhecida, pela Ordem dos Médicos, como competência médica, em 2002). 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).

Fronteiras e demarcações

“O que não cabe dentro das MCA?” 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. Importa, pois, 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 (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 dos dois últimos sectores revela-se útil para o questionamento da aplicabilidade deste esquema classificatório à condição das MCA nas sociedades modernas. Segundo Kleinman (1980), aquilo que distingue o sector profissional do tradicional é a profissionalização. O sector tradicional corresponde 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, correspondendo ao que aqui designamos *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 as *medicinas populares* é estabelecida a vários níveis. Um dos principais respeita, pois, à *profissionalização*. As primeiras são praticadas por terapeutas que reclamam para si um estatuto de profissionais, enquanto nas segundas os *curandeiros* — expressão mais comumente utilizada 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: 195-196).

Estabelecer diferenciações não equivale, porém, a negar o carácter fluido e contestável das fronteiras, verificando-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, implicando o 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). 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” (Pereira, 1993: 170).

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.

Para citar apenas um exemplo, veja-se o caso da naturopatia, ilustrativo da dificuldade em estabelecer de forma absoluta a *identidade* de cada terapia. “[...] 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: 1772-1773). 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.

Considerações finais

Discutir os termos mobilizados para designar as práticas terapêuticas inscritas nas MCA passa por perspectivá-los como classificações sociais. Esta reflexão não se limita, pois, 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.

Rejeitando concepções essencialistas traduzidas no reconhecimento de atributos ontológicos dos sistemas terapêuticos, adotamos o termo medicinas complementares e alternativas, por considerar que este é o que melhor reflete a perspectiva 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.

Fazemo-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 espaciotemporalmente delimitados (aquilo que é alternativo num contexto é a norma em outro); (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 concepções 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.

Referências bibliográficas

Andrews, Gavin, Joshua Evans, e Seraphina McAlister (2013), “ ‘Creating the right therapy vibe’: relational performances in holistic medicine”, *Social Science & Medicine*, 83 (abril), pp. 99-109.

- Baer, Hans A. (2006), "The drive for legitimation in Australian naturopathy: successes and dilemmas", *Social Science & Medicine*, 63 (7), pp. 1771-1783.
- Bakx, Keith (1991), "The 'eclipse' of folk medicine in western society", *Sociology of Health & Illness*, 13 (1), pp. 20-38.
- Barry, Christine Ann (2006), "The role of evidence in alternative medicine: contrasting biomedical and anthropological approaches", *Social Science & Medicine*, 62 (11), pp. 2646-2657.
- 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 (1984), "Quelques propriétés des champs", em Pierre Bourdieu, *Questions de Sociologie*, Paris, Les Editions de Minuit, pp. 113-120.
- 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*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- CAMBrella (2012), *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> (última consulta em fevereiro de 2020).
- Cant, Sarah, e Ursula Sharma (1999), *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*, Londres, Routledge.
- Clamote, Telmo (2006), "Pluralismo médico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sociais", em Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé-de-Página, pp. 197-240.
- 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.
- Costa, António Firmino da (1998), "Classificações sociais", *Leituras: Revista da Biblioteca Nacional*, 3 (2), pp. 65-75.
- Coulter, Ian, e Evan Willis (2007), "Explaining the growth of complementary and alternative medicine", *Health Sociology Review*, 16 (3-4), pp. 214-225.
- 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.
- Frohock, Fred M. (2002), "Moving lines and variable criteria: differences/connections between allopathic and alternative medicine", *Annals, AAPSS*, 583, pp. 214-232.
- Gale, Nicola (2014), "The sociology of traditional, complementary and alternative medicine", *Sociology Compass*, 8 (6), pp. 805-822.
- Giddens, Anthony (1992), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta Editora.
- 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.
- 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, e Beverly Wellman (2000), "Introduction", em Merrijoy Kelner e Beverly Wellman, *Complementary and Alternative Medicine. Challenge and Change*, Londres, Routledge, pp. 1-24.
- Kleinman, Arthur (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.
- 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> (última consulta em fevereiro de 2020).
- Lalli, Pina (1986), "Les réseaux de médecines douces", *Sociétés*, II (10), pp. 16-17.
- Lopes, Noémia, et al. (2012), "O natural e o farmacológico: padrões de consumo terapêutico na população portuguesa", *Saúde & Tecnologia*, 8, pp. 5-17.
- McClellan, 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.
- 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.
- 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.
- Pegado, Elsa (1998), *As Medicinas Complementares em Portugal. Processo de Constituição e Legitimação de Um Campo*, Lisboa, ISCTE-IUL, dissertação de mestrado.
- Pegado, Elsa (2017), *O Recurso às Medicinas Complementares e Alternativas. Padrões Sociais e Trajetórias Terapêuticas*, Lisboa, ISCTE-IUL, tese de doutoramento.
- 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.
- Quénart, Anne (1990), "Parcours thérapeutiques en médecines alternatives", *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 24, pp. 43-50.
- Quénart, Anne, e Francine Saillant (1990), "Médecines douces: quêtes, trajectoires, contrôles", *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 24, pp. 5-10.
- 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 (2005), "Political and historical perspectives", em Tom Heller et al. (orgs.), *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, Abingdon, Routledge, pp. 59-82.
- 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.
- 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.
- Stone, Julie, e Jeanne Katz (2005), "Can complementary and alternative medicine be classified?", em Helle Johannessen e Imre Lázár (orgs.), *Multiple Medical Realities. Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine*, Oxford e Nova Iorque, Berghahn Books, pp. 33-57.
- Thompson, Craig J. (2003), "Natural health discourses and the therapeutic production of consumer resistance", *The Sociological Quarterly*, 44 (1), pp. 81-107.
- Vickers, Andrew, e Tom Heller (2005), "Traditional, folk and cultural perspectives of CAM", em Tom Heller et al. (orgs.), *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, Abingdon, Routledge, pp. 293-323.
- Villanueva-Russel, Yvonne (2005), "Evidence-based medicine and its implications for the profession of chiropractic", *Social Science & Medicine*, 60 (3), pp. 545-561.
- WHO — World Health Organization (2013), *WHO Traditional Medicine Strategy, 2014-2023*, Genebra, WHO.

Elsa Pegado. Investigadora no Iscte - Instituto Universitário de Lisboa, Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (Cies_Iscte), Lisboa, Portugal. Docente na Escola de Sociologia e Políticas Públicas, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa. E-mail: elsa.pegado@iscte-iul.pt

Receção: 03 de setembro de 2018 Aprovação: 12 de novembro de 2018