

INTEGRAÇÃO DAS MEDICINAS ALTERNATIVAS E
COMPLEMENTARES NO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Mónica Caldeira Policarpo

Dissertação de Mestrado
em Gestão

Orientador:

Prof. Doutor Abílio Oliveira, Prof. Auxiliar, ISCTE-IUL, Departamento de Ciências e
Tecnologias de Informação

Maio 2012

“Possamos nós, cada vez mais, pensar, sentir e agir, em consciência, não por qualquer interesse mas, por dever, por querermos dar tudo o que estiver ao nosso alcance e contribuir para um mundo melhor!”

(Oliveira, 2011: 27)

Agradecimentos

Tenho a extrema felicidade de ter a meu lado o apoio incondicional das pessoas que amo e que me deram uma ajuda fundamental. Obrigado por tudo!

Ao meu avô Raul Caldeira por ser um exemplo de vida tão notável e por ter sempre apoiado e valorizado cada momento da minha aprendizagem acadêmica.

Gostaria também de agradecer ao Abílio Oliveira, um orientador com uma extrema capacidade de simplificar e de inspirar fazendo com esta investigação tenha sido de conhecimento, aprendizagem e de muita vontade em continuar a crescer e a melhorar.

Às professoras da ESEL (Maria dos Anjos Pereira Lopes, Célia Oliveira e Paula Mègre) agradeço a disponibilidade concedida para aplicar os questionários e aos 150 alunos de Enfermagem desta faculdade por nos darem a conhecer a sua perspectiva sobre as Medicinas Alternativas e Complementares.

A todas as tese de mestrado e estudos científicos que me inspiraram.

Como já dizia Fernando Pessoa e uma eterna amiga do coração:

“Tudo vale a pena quando a alma não é pequena.”

Resumo

As Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) são uma possível solução para alargar a oferta dos cuidados de saúde. Neste trabalho investigamos as representações de uma população de estudantes de Enfermagem sobre as MAC, e em que medida a sua utilização e a recomendação de integração no Plano Nacional de Saúde (PNS) diferem consoante o ano de licenciatura e a idade. Assim, desenvolvemos e aplicámos um questionário a 150 alunos de um curso de Enfermagem, do primeiro e do quarto ano, de ambos os sexos, entre os 18 e os 38 anos. Os resultados evidenciaram a recomendação da inclusão das MAC no PNS, e que aproximadamente um terço dos futuros enfermeiros está satisfeito com o PNS. Mediante a integração, estes seriam utentes da medicina Tradicional Chinesa, Acupunctura, Massagem e a Meditação, sendo estas as MAC mais abordadas em Enfermagem. Enquanto disciplinas seriam aceites a Acuncuptura, Aromoterapia, Hidroterapia, Massagem, Meditação e Reflexologia. Porém, revelaram poucos conhecimentos sobre as MAC, excepto na Massagem, a única eventual escolha profissional. O nível de conhecimentos entre os participantes mais velhos e nos alunos do 4º ano, é superior em relação aos mais novos. Embora exista interesse em obter formação em algumas MAC, a maioria tem pouca formação. Como pacientes, destacam a Massagem. As MAC são representadas como úteis, promotoras da saúde, do bem-estar, da qualidade de vida e de uma boa relação entre o terapeuta e o cliente. Consideram igualmente que estas práticas geram dúvidas, desconhecendo se têm efeitos secundários ou se estão bem definidas.

PALAVRAS-CHAVE: Medicinas Alternativas e Complementares, Medicina Convencional, Plano Nacional de Saúde, Representações Sociais

Abstract

Complementary and Alternative Medicine (CAM) are a possible solution to provide more health care. This research was developed to understand how a population of nursery students represented CAM and if their use and recommendation of integration in the National Health Plan (NHP) differs with the year of grade and age. To accomplish these goals, a questionnaire was completed by 150 students of the 1st and 4th year of the Nursery graduation, male and female, between 18 and 38 years old. The findings showed that the future nurses recommend the integration of CAM in the NHP and about one third are satisfied with the NHP. Within the integration, they would choose to be patients of Traditional Chinese Medicine, Acupuncture, Massage and Meditation, that are the most referred MAC in their graduation. As graduation disciplines they would choose Acupuncture, Aromatherapy, Hydrotherapy, Massage, Meditation and Reflexology would be chosen as disciplines. Meanwhile, the students have lower knowledge of CAM, except for Massage. However, older participants and students of the 4th year showed a higher level of knowledge than the younger ones. There's interest to have additional training in some CAM practices, although most part has none or less training. Professionally they would choose Massage. As patients, CAM's few used, except for Massage. CAM is represented as useful, promoting health, life quality and a good relationship between the therapist and the client. They also consider that CAM generates big doubts and don't know if it has secondary effects and if it's well defined.

KEY WORDS: Complementary and Alternative Medicine, Conventional Medicine, National Health Plan, Social Representations

Índice

INTRODUÇÃO GERAL	9
ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	11
1. SAÚDE EM PORTUGAL	11
1.1 Introdução ao capítulo	11
1.2 Breve descrição do Serviço Nacional de Saúde	11
1.3 Enquadramento, definição e objectivos do Plano Nacional de Saúde.	14
1.4 Mudança do paradigma na prestação de cuidados de saúde.....	16
2. MEDICINAS ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES.....	18
2.1 Introdução ao capítulo	18
2.2 Definição das MAC	18
2.3 Classificação das MAC	19
2.4 Será possível um Plano Nacional de Saúde integrado?.....	22
2.4.1 O que é a medicina integrada?.....	22
2.4.2 Benefícios e riscos das MAC	23
2.4.3 Motivos associados ao crescimento das MAC	25
2.4.4 Regulamentação actual das MAC em Portugal	26
3. A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	30
3.1 Introdução ao capítulo	30
3.2 Conceito das representações sociais	30
3.3 Funções das representações sociais	31
3.4 Aplicabilidade da teoria das Representações Sociais nas MAC.....	31

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	33
4. APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	33
4.1 Introdução à investigação empírica	33
4.2 Objectivos principais	33
4.3 Hipóteses gerais	33
4.4 Método.....	34
4.4.1 Participantes	35
4.4.2 Variáveis	35
4.4.3 Procedimento prévio.....	35
4.4.4 Instrumento de medida	36
4.4.5 Procedimento	36
4.5 Tratamento dos dados	37
4.6 Resultados.....	37
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
6. CONCLUSÕES	55
REFERÊNCIAS	58
ANEXOS	66
1. ACP – Soluções iniciais das variáveis.....	66
2. Quadros de análise descritiva	68
3. Quadros de análise de variância relativos ao conhecimento das MAC e das dimensões das terapias das MAC	69
4. Instrumento de medida	70
5. Dicionário das MAC.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS

ACP	Análise de Componentes Principais
ACS	Alto Comissariado de Saúde
ANOVA	Análises de Variância
EICCAM	European Information Center for Complementary and Alternative Medicine
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Ciências
ICBAS	Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar
ISLA	Instituto Superior de Línguas e Administração
MAC	Medicinas Alternativas e Complementares
MC	Medicina Convencional
MT	Medicina Tradicional
NCCAM	National Center for Complementary and Alternative Medicine
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
RS	Representações Sociais
SNS	Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribuição dos participantes por sexo, grupo etário e ano de curso	35
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Grau de satisfação como paciente das MAC	46
Gráfico 2 Grau de avaliação do Plano Nacional de Saúde	47
Gráfico 3 Recomendação da integração das MAC no PNS	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Média e Desvio-Padrão referente ao conhecimento das MAC.....	38
Quadro 2 Média e Desvio-Padrão referente ao conhecimento das terapias das MAC	38
Quadro 3 Estrutura factorial das dimensões significantes do Conhecimento das terapias das MAC.....	40
Quadro 4 Média e Desvio-Padrão relativa à RS das MAC.....	41
Quadro 5 Estrutura factorial das dimensões significantes do Conhecimento das terapias das MAC.....	42
Quadro 6 Correlações entre os itens do Factor Bem-estar das MAC	68
Quadro 7 Correlações entre os itens do Factor Insegurança na MAC	68
Quadro 8 Correlações entre os itens do Factor Desconhecimento da MAC.....	68
Quadro 9 Percentagem sobre a Formação e utilização das MAC.....	43
Quadro 10 Média relativa à inclusão da MAC no curso, como utente e na vida profissional	45
Quadro 11 Frequência sobre o grau de satisfação como paciente das MAC.....	46
Quadro 12 Resultados das análises de variância sobre o conhecimento das MAC	69
Quadro 13 Resultados das análises de variância sobre as dimensões das terapias conhecidas da MAC	69
Quadro 14 Correlações entre o conhecimento das dimensões terapias da MAC e o conhecimento das MAC	49
Quadro 15 Correlações entre as RS das MAC e o conhecimento das MAC e dimensões das terapias	50

INTRODUÇÃO GERAL

O crescimento acelerado da população mundial e a necessidade de acompanhar este ritmo tem aberto as portas às Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) como uma possível solução para alargar a oferta dos cuidados de saúde nos países ocidentais. A tal tem correspondido um aumento da sua procura e à formação de mais profissionais nestas áreas.

Com um diagnóstico holístico, isto é, olhando cada pessoa como um todo, em que as suas realidades a nível físico, emocional e mental estão intimamente relacionadas e em interacção constante, e recorrendo a técnicas e terapias simples e com custos mais baixos, as MAC são conhecidas pela prevenção e promoção da saúde. Através de uma relação de proximidade com a pessoa ou utentes, ela é incentivada a ser autónoma e responsável na gestão da sua saúde. Contudo, a falta de regulamentação, de comunicação e de informação sobre estas medicinas e práticas não garante a segurança e qualidade dos serviços prestados pelos profissionais destas áreas.

Acompanhando esta realidade, encontra-se o Serviço Nacional de Saúde em Portugal, com uma lista de espera que continua a crescer, que por não ter total capacidade de resposta à procura de consultas e de tratamentos para os seus pacientes, acaba por ver a qualidade do seu serviço afectada (Sousa, 1998). Esta situação enfatiza a necessidade de estratégias de saúde que saibam equilibrar este panorama no sector da saúde nacional, apostando num Plano Nacional de Saúde (PNS) mais sustentável e eficaz.

Muitos são os estudos que têm sido realizados noutros países sobre as MAC como possível fornecedor na área da saúde (e.g. Bann *et al.*, 2010; Coulter, 2004; Holliday, 2003; Giordano, J. *et al.*, 2002), o que faz com que esta temática ganhe toda a relevância enquanto objecto de estudo social. De uma outra perspectiva, os profissionais de saúde da medicina convencional poderão vir a lidar mais directamente com as MAC, caso estas sejam integradas no Plano Nacional de Saúde sendo crucial saber o que pensam e conhecem sobre estas práticas. Por outro lado, estes profissionais de saúde eventualmente já interagem de alguma forma com os terapeutas da MAC devido aos utentes que recorrem a estas práticas, fora do âmbito do Sistema Nacional de Saúde, sendo por isso importante perceber que contacto existe entre estes intervenientes.

Mediante este cenário de mudanças no sector da saúde, o estudo das MAC e o modo como é representada permitirá conhecer como é que estas práticas são percepcionadas e como se posicionam na realidade dos futuros profissionais de Enfermagem. Sabendo que as MAC

poderão vir a ser mais um recurso na área de saúde, o que pensam eles sobre algo que tem impacto na saúde pública?

Obter as representações dos alunos de Enfermagem sobre as MAC torna-se um contributo valioso para compreendermos como é que estas práticas se enquadram nas suas vidas. Poderemos igualmente compreender como é que estes estudantes avaliam o PNS, a ferramenta que gere a estratégia da saúde portuguesa.

Estes factores suscitaram a grande questão de investigação que orienta esta investigação. Pretendemos verificar em que medida as representações das MAC e a recomendação da inserção das MAC no Plano Nacional de Saúde (PNS), entre estudantes de Enfermagem (e futuros profissionais de saúde), varia conforme o ano de licenciatura (1º e 4º ano) e o grupo etário (18-21 anos e maiores que 21 anos).

Deste modo, como objectivos gerais neste estudo procuraremos compreender como é que os estudantes de Enfermagem representam as MAC e se a recomendação de integração destas práticas no Plano Nacional de Saúde e a sua utilização enquanto pacientes está relacionada ou não com o seu ano de curso e o escalão etário a que pertencem.

Esperamos que esta investigação contribua para um maior conhecimento sobre o posicionamento das MAC na vida destes futuros enfermeiros, o que este grupo pensa sobre estas práticas, especialmente sobre a inclusão das MAC no PNS. Pretendemos ainda fornecer informações que colaborem para a melhoria da comunicação, segurança e eficácia das MAC no sector de saúde português.

A estrutura deste trabalho está dividida em duas partes. A primeira parte é alusiva ao enquadramento teórico e abrange três capítulos. O capítulo 1 descreve sucintamente a evolução do Serviço Nacional de Saúde português nos últimos 30 anos. No capítulo 2, referimo-nos ao nosso objecto de estudo, onde procuramos definir, classificar e contextualizar as MAC, apontando os seus principais benefícios e riscos, razões do seu crescimento e a sua presente regulamentação em Portugal. O capítulo 3 diz respeito à teoria das Representações Sociais, qual o seu conceito, funções e como se aplica no estudo empírico das MAC. A segunda parte é constituída pelo capítulo da investigação empírica que releva a metodologia adoptada, os objectivos e hipóteses gerais, os resultados da investigação e a sua discussão. Por último, apresentamos as conclusões finais.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1

A SAÚDE EM PORTUGAL

1.1. Introdução ao capítulo

De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2003a), durante mais de três décadas, tem havido um claro esforço em Portugal no sentido de melhorar todo o sistema de saúde, apesar de algumas limitações por parte da gestão, dos obstáculos à mudança e da descontinuidade política.

Neste capítulo iremos abordar, de forma sintetizada, os principais eventos no sector da saúde português relativos a este período de tempo, designadamente, como surgiu o Serviço Nacional de Saúde, qual a sua evolução e principais consequências, bem como, a importância da planificação e a avaliação do mesmo. Por fim, apresentaremos alguns dos recentes paradigmas que têm surgido na prestação de cuidados da saúde.

1.2 Breve descrição da evolução do Serviço Nacional de Saúde

O acesso aos cuidados de saúde em Portugal para todos os cidadãos já data mais de trinta anos. O sistema de saúde português tem como base o Serviço Nacional de Saúde (SNS). De acordo com o Ministério da Saúde (2010a), a Lei nº 56/79, de 15 de Setembro criou o SNS possibilitando que cada cidadão português ou estrangeiro, independentemente do seu estado socioeconómico, pudesse aceder à prestação de cuidados de saúde. Com esta lei, os cuidados integrados de saúde tornaram-se gratuitos podendo, eventualmente, contemplar-se o pagamento de taxas moderadoras, com o intuito de racionalizar o uso das prestações. A estrutura descentralizada e autónoma a nível administrativo e financeiro do SNS passou a ser constituída por órgãos centrais, regionais e locais e a disponibilizar serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e os serviços prestadores de cuidados diferenciados, como é o caso dos hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas.

Porém, a segunda revisão da Constituição em 1989 estabeleceu uma nova alteração determinando que o Serviço Nacional de Saúde passa de um carácter universal e geral, a tendencialmente gratuito, considerando as condições económicas e sociais de cada cidadão (Ministério da Saúde, 2010c). Consequentemente, o SNS passou a cobrar taxas moderadoras aos cidadãos exceptuando os grupos de risco e economicamente desfavorecidos.

A adesão de Portugal em 1986 à Comunidade Económica Europeia (actual União Europeia) e o conseqüente financiamento europeu proporcionou uma rápida melhoria das condições de vida de toda a população portuguesa (Campos, 2008), devido a uma maior aposta no crescimento das infra-estruturas económicas e sociais, nomeadamente no sector da saúde (Baganha *et al.*, 2002). Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2003a), o financiamento europeu contribuiu para que o foco político apontasse para uma prestação de cuidados de saúde mais eficiente. Uma das medidas mais relevantes foi a Lei de bases da saúde de 1990 que redefiniu o Sistema Nacional de Saúde para um contexto mais alargado determinando que a protecção da saúde não é apenas um direito mas, igualmente um responsabilidade de todos os cidadãos, da sociedade e do Estado (Ministério da Saúde, 2010c).

Em 1993 deu-se a criação do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2010b). Como resultado desta medida foram criadas cinco Administrações Regionais de Saúde e, com a finalidade de se obter uma maior integração entre os cuidados primários, secundários e terciários, foram designadas unidades funcionais entre os hospitais e os centros de saúde. Em relação aos profissionais de saúde (OPSS, 2003a) procurou-se estabelecer uma maior separação entre a prática de saúde em estabelecimentos públicos e a prática privada, em troca de uma melhor remuneração. Apesar das greves médicas, as contrapartidas foram poucas, resultando apenas em melhorias salariais. Esta legislação também deu maior estímulo ao sector privado da saúde, ao qual foi permitido a gestão privada de instituições de saúde, bem como, o apoio e fiscalização à actividade deste sector (OPSS, 2003a).

Até ao final da década de 90, as reformas no SNS foram orientadas para o desenvolvimento de uma nova gestão pública com o objectivo de haver uma transformação do serviço público adaptado ao funcionamento característico do mercado (Bardouille, 2000). Foi nesta fase que surgiram os Sistemas Locais de Saúde (Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio) que, através da formação de grupos hospitalares ou centros de saúde pertencentes à mesma região pretendiam promover a saúde, racionalizar os recursos e obter uma maior participação dos cidadãos e das comunidades no cumprimento dos projectos e programas de saúde (Ministério da Saúde, 2010c).

Na entrada do século XXI, o Serviço Nacional de Saúde português necessitava de estruturar novas mudanças. Os outros países europeus iniciaram processos de reforma no sector da saúde. Para Portugal, também se tornou urgente a reforma do SNS, no sentido de colmatar as fragilidades de um sistema pouco flexível, com o poder decisivo demasiado centralizado, uma gestão pouco profissionalizada e com pouca comunicação entre cuidados primários e cuidados diferenciados (e.g. Antunes 2001; Da Silva, Bugio e Silva, 2002). Consequentemente, uma das decisões tomadas foi a criação da Entidade Reguladora da Saúde através do Decreto-Lei nº 309/2003, sendo esta entidade responsável pela supervisão da actividade e funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde e dos direitos dos utentes, pelo cumprimento legal e contratual do acesso dos utentes aos cuidados de saúde, bem como, dos níveis de qualidade e de segurança (Eira, 2010).

Apesar da evolução da prestação de cuidados de saúde nas últimas décadas, o actual SNS ainda terá de se tornar mais eficiente pois a “...*sua principal preocupação reside em promover o acesso facilitado e adequado aos cuidados de saúde*” (OPSS, 2009:25). Um estudo/comparação sobre o índice europeu do consumidor e dos cuidados de saúde realizado pelo *Health Consumer Powerhouse* (Jornal de Notícias, 2009) revelou que o sistema de saúde português encontrava-se numa das piores qualificações, estando na 25ª posição entre 33 países europeus. Neste estudo foram avaliados 38 indicadores entre bom, médio ou insuficiente, repartidos por seis categorias, tais como os direitos dos utentes e a informação disponibilizada, e-Saúde, o tempo de espera e resultados do tratamento, a diversidade e capacidade dos serviços prestados e o acesso à medicação. Portugal recebeu boa nota pela diminuição da taxa de mortalidade infantil e pela possibilidade de quatro milhões de utentes poderem marcar consultas pela internet. O SNS recebeu má classificação no que diz respeito ao acesso ao médico de família no próprio dia, nas cirurgias agendadas e no acesso a medicamentos oncológicos recentes. Para o OPSS (2003b), os resultados alcançados pelo SNS provêm de algumas dificuldades na implementação das reformas de saúde estando associados essencialmente a cinco factores: decisões baseadas em poucos documentos precedentes de análise que poderiam efectivamente dar solidez e conhecimento às medidas a serem tomadas; a tradição normativa que, em vez de ser uma ferramenta dinamizadora tende a colocar em segundo plano a cultura, a educação e a gestão no processo de mudança; uma administração “*comando e controlo*” que recorre de forma limitada aos sistemas de informação na gestão; a descontinuidade política que tem vigorado nas últimas duas décadas que causa fortes interrupções nas políticas de saúde e, por fim, as limitações vigentes na governação e os entraves à mudança.

A OMS (2010) através da publicação do seu estudo *Portugal Health System Performance Assessment* apresentou várias recomendações para que o governo português possa melhorar o desempenho do seu SNS. Destacamos, entre estas, a necessidade de promover políticas de saúde focadas nos ganhos em saúde e na redução das desigualdades no sector da saúde; incentivar uma crescente participação dos pacientes e do público em geral nos processos de tomada de decisão do SNS; investir mais na saúde dando prioridade aos cuidados primários e à saúde pública; clarificar o papel do sector privado através de um esquema de políticas coerentes; reduzir as barreiras no acesso à prestação de cuidados de saúde e assegurar a capacidade da informação na saúde na promoção de fortes políticas transparentes e responsáveis.

1.3. Enquadramento, definição e objectivos do Plano Nacional de Saúde

Um sistema de saúde eficiente passa por uma estratégia bem delineada. Nos países europeus, o reporte no sector da saúde iniciou apenas nas últimas décadas (OPSS, 2004). A história do planeamento de saúde em Portugal é bastante recente.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) foi desenhado no princípio desta década. A partir de 2004, de acordo com Alto Comissariado de Saúde (ACS, 2010a) deram início ao desenvolvimento do PNS com metas definidas para 2010, englobando três objectivos estratégicos que pretendem obter ganhos em saúde, centralizar a mudança no cidadão e garantir os mecanismos ajustados para o seu cumprimento. Assim, segundo o Alto Comissariado de Saúde o PNS “...*é um instrumento estratégico, adoptado por número cada vez maior de países, que permite o alinhamento das políticas de saúde de forma coerente e fundamentada, com o objectivo da maximização dos ganhos em saúde*” (ACS, 2010d:3). Este instrumento de gestão da saúde, sustentado com um carácter integrador, facilitador da coordenação e colaboração das diversas entidades pertencentes ao sector da saúde (PNS, 2004-2010:21), surgiu com a principal finalidade de orientar estrategicamente o Sistema Nacional de Saúde nas dimensões políticas, técnicas e financeiras. O PNS 2004-2010 possibilitou a identificação do estado de saúde inicial, quais seriam as prioridades estratégicas, o panorama actual, programas de intervenção, indicadores e as metas a atingir (ACS, 2010b). Devido às suas funções, o PNS é um instrumento dinâmico que necessita de constante actualização para se adaptar às mudanças vigentes no panorama da saúde nacional.

Estrategicamente, não basta que o PNS 2004-2010 seja elaborado e implementado. É igualmente necessário que este plano seja monitorizado e avaliado periodicamente para que se

detectar e corrigir os desvios encontrados. A avaliação dos diversos indicadores do PNS é que permite efectivamente avaliar o desempenho da prestação dos serviços de saúde como é o caso da acessibilidade e equidade, da competência e efectividade e da segurança e sustentabilidade (ACS, 2010a). Com efeito, o PNS 2004-2010 foi sujeito a uma apreciação por parte da Organização Mundial de Saúde – Região Europeia (OMS-Euro). Em relação à avaliação da definição, implementação e ganhos alcançados verificou-se que, com base nos indicadores comparativos internacionais, cerca de 80% dos indicadores registaram um crescimento muito favorável em relação à média do grupo dos 15 países da União Europeia. Adicionalmente, em 11 indicadores, os valores de Portugal apresentam-se melhores do que os da média de 15 países da União Europeia (Ministério da Saúde, 2010d). Para além desta avaliação, a OMS-Euro também disponibilizou algumas recomendações com o intuito de apoiar o governo português na melhoria do seu sistema de saúde. De forma resumida, a apreciação da OMS-Euro reforça que apesar do compromisso político, do acordo consensual no que diz respeito às prioridades e à elevada participação, o próximo Plano Nacional de Saúde terá de se focar mais nas determinantes sociais e nos resultados em saúde, bem como, criar um maior suporte à sustentabilidade, definir uma hierarquização dos indicadores e das metas e um método de atribuição de ganhos (ACS, 2010a).

No recente PNS 2011-2016 foram desenhados quatro objectivos para o desenvolvimento do Sistema Nacional de Saúde, designadamente a obtenção de ganhos em saúde; a promoção de um contexto propício à saúde ao longo do ciclo de vida; o reforço ao apoio social e económico na saúde e na doença e, finalmente o reforço da participação portuguesa na saúde global (ACS, 2010c). Os objectivos criados para este novo PNS 2011-2016 procuram não cometer os erros anteriores, proporcionando uma prestação de cuidados de saúde descentrada do médico e tornando o paciente mais activo na adopção de comportamentos saudáveis (ACS, 2010c). Por outro lado, no momento da apresentação à imprensa do PNS 2011-2016, a então Ministra da Saúde, Maria do Céu Machado confirmou que o Ministério da Saúde está decidido a seguir as recomendações da OMS-Euro para que seja possível a obtenção de mais ganhos em saúde para os portugueses, garantir a sustentabilidade do sistema de saúde e uma maior redução das desigualdades em saúde (Jornal Público, 2010).

1.4 Mudança do paradigma na prestação de cuidados de saúde

A evolução do sistema de saúde português e a sua planificação implica uma prestação de serviços de saúde de qualidade para cada cidadão. Numa época em que os diagnósticos e as terapias têm por base uma tecnologia extremamente avançada, esta tecnologia contribuiu para uma maior distanciação entre o paciente e o médico, sendo o paciente visto mais como um objecto de intervenção tecnológica (Luz, 2005). Por conseguinte, Alves (2007) defende que é imprescindível responder às necessidades e expectativas dos utentes e, igualmente garantir um elevado grau de satisfação nos cuidados de saúde prestados aos mesmos.

Presentemente, quer pelo serviço público de saúde quer privado, um paciente pode optar pelo seu tratamento de saúde, mediante as características que cada tratamento disponibiliza. Com efeito, cada vez mais, as pessoas querem participar activamente sobre o seu tratamento, saber quais são as opções e aceder a toda informação necessária (Parsons, 1982). O Ministério da Saúde (2009) encontra-se em consonância com este papel mais participativo dos utentes, considerando que o facto de os utentes estarem mais cientes dos serviços de saúde disponíveis, das regras de utilização em vigor e dos seus direitos e deveres, permite uma participação mais eficaz no processo de melhoria do sistema de saúde.

Decorrente do papel mais activo do paciente perante o processo de tratamento, a abordagem da prestação de cuidados de saúde centrada no paciente tem sido progressivamente adoptada ao invés do modelo biomédico tradicional, centrado no médico. A abordagem centrada no paciente está associada ao cuidado da pessoa e à identificação de objectivos comuns entre o médico e o paciente sobre a sua doença e o seu tratamento, na qual existe partilha das decisões e das responsabilidades envolvidas (Stewart, 2001).

Em resumo, a abordagem centrada no paciente abrange a comunicação com os pacientes, parcerias, a promoção da saúde e o tratamento físico, como é o caso da medicação e do tratamento (Irwin & Richardson, 2006). Esta abordagem oferece algumas vantagens em relação ao modelo biomédico tradicional centrado no médico, particularmente, numa maior satisfação do paciente e do médico, maior adesão ao tratamento e melhor resposta à terapêutica, redução do erro médico e dos exames complementares, maior eficiência do cuidado, menor taxa de encaminhamento a médicos especialistas, resultando num custo menor para o sistema de saúde e para o paciente (Stewart *et al.*, 2000; Epstein, 2000).

Segundo a agência de notícias LUSA (Jornal Público, 2010), a alta comissária da saúde, Maria do Céu Machado concordou com esta abordagem centrada no paciente defendendo a promoção de uma “medicina de proximidade”, em que o profissional de saúde está focado no

paciente, e uma “medicina oportunista”, que no momento em que o doente está no centro de saúde é-lhe disponibilizada informação para enriquecer os seus conhecimentos e sensibilizá-lo para a criação de comportamentos saudáveis. Podemos assim afirmar que estamos progressivamente a caminhar para uma prestação de cuidados mais centrada no paciente e na sua autonomia, dando ênfase à adopção de comportamentos saudáveis.

Uma das características no campo da saúde que temos vindo a constatar é o surgimento de novos métodos terapêuticos em Portugal em relação à actual oferta na prestação de cuidados de saúde, através das Medicinas e Alternativas ou Complementares (MAC). É sobre a temática destas medicinas que nos vamos debruçar no próximo capítulo.

Capítulo 2

MEDICINAS E ALTERNATIVAS E COMPLEMENTARES

2.1 Introdução ao capítulo

A população mundial aumentou visivelmente nas últimas décadas, tornando-se fundamental o desenvolvimento de sistemas de saúde com qualidade e eficazes em todos os países. Por outro lado, tem-se verificado um rápido crescimento da procura dos tratamentos das Medicinas Alternativas e Complementares em todo o mundo (OMS, 2002), o que traz para cada sociedade uma maior oferta no âmbito da prestação de cuidados de saúde.

No capítulo seguinte vamos abordar a temática das Medicinas Alternativas e Complementares, apresentando a definição e classificação divulgada por alguns autores, bem como, as suas características, posicionamento e regulamentação actual no sistema de saúde português.

2.2 Definição das MAC

As Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) englobam um vasto número de filosofias, abordagens e de terapias. Por conseguinte, quando procuramos definir as MAC verificamos que ainda não existe uma definição consensual para este conceito. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) reforça esta afirmação pelo facto da utilização dos termos “medicina complementar” e “medicina alternativa” variarem nalguns países pois, frequentemente, as MAC estão associadas à Medicina Tradicional (MT). Todavia, as MAC são práticas aplicadas num país mas que não pertencem às suas tradições. Por este motivo, a OMS (2002) considera que as MAC estão relacionadas com uma prestação de cuidados de saúde não pertence nem aos sistemas nacionais de saúde, nem à tradição do país.

Nos Estados Unidos, a definição das MAC apresentada pelo *Office of Alternative Medicine* (Silva, 2007) refere ainda que a participação das MAC nos sistemas de saúde depende essencialmente da gestão política. Se estas práticas forem consideradas em conjunto com a Medicina Convencional (MC), nem sempre as definições criadas irão de encontro com a visão dos terapeutas das MAC, pelo facto da MC ser predominante no sector de saúde e do processo

de integração de uma terapia da MAC no sistema de saúde ser determinado pelos critérios da MC.

Para o *National Center for Complementary and Alternative Medicine* as MAC são vistas como “... a group of diverse medical and health care systems, practices, and products that are not generally considered part of conventional medicine. (...) The boundaries between CAM and conventional medicine are not absolute, and specific CAM practices may, over time, become widely accepted” (NCCAM, 2008:1).

O NCCAM (2008) ainda distingue a medicina complementar da alternativa afirmando que, enquanto a primeira diz respeito ao uso das MAC em conjunto com a medicina convencional, a medicina alternativa refere-se à utilização das MAC em substituição à medicina convencional. Portanto, a medicina complementar e a alternativa diferenciam-se na forma como o profissional de saúde a aplica no tratamento do indivíduo.

De acordo com as definições acima mencionadas, verificamos que todas partilham uma característica em comum, ou seja, as MAC não pertencem às práticas da Medicina Convencional (MC) inseridas nos sistemas nacionais de saúde. A definição do NCCAM ainda alerta para o facto de não haver uma linha definida que separe as fronteiras entre as MAC e a MC, o que significa que progressivamente poderá haver uma maior aceitação de algumas práticas das MAC.

2.3 Classificação das MAC

Tendo em conta a dificuldade em definir as MAC, desde o final da década de 80 muitos estudos procuraram resolver esta questão propondo sistemas classificativos que pudessem organizar e descrever estas práticas (e.g., Furnham, 2000; House of Lords, 2000; Jones, 2005; Kaptchuk *et al.*, 2001; NCCAM, 2006; Stone, 2002; Stone and Katz, 2005; Tataryn, 2002). Contudo, têm sido apontadas diversas críticas a todos os modelos classificativos apresentados até hoje, especialmente, por serem modelos incompletos (Porcino *et al.*, 2009). Existem diversos factores que podem influenciar a categorização das MAC, designadamente, o país, o aparecimento de novas terapias e os critérios estabelecidos pelas comunidades científicas. O critério mais utilizado para categorizar as MAC é o tipo de intervenção (Silva, 2007).

A classificação e hierarquização das MAC sugerida pela *House of Lords* em Inglaterra (2000) pretendia, particularmente recordar a importância das MAC em apresentarem evidências científicas das suas práticas. Tendo como base as evidências científicas em termos da eficácia e da segurança neste estudo, as terapias foram separadas em três grupos. O primeiro grupo,

designado como “terapias alternativas profissionalmente organizadas” ou “*Big Five*”, inclui disciplinas da Acupunctura, Homeopatia, Herbalismo, Osteopatia e a Quiropráxia que seguem uma abordagem de diagnóstico individual e que provaram serem eficazes no tratamento de algumas doenças de pouca gravidade. De seguida, o grupo das “terapias complementares”, por exemplo, a Aromaterapia, a Hipnoterapia, a Massagem, a Reflexologia ou o Yoga são vistas por serem utilizadas como um complemento na medicina convencional e por não apresentarem diagnósticos com bases científicas sólidas. O terceiro e último grupo designado “disciplinas alternativas” está dividido em dois subgrupos. O primeiro subgrupo abrange os “sistemas de saúde tradicionais bem estabelecidos” que oferecem um diagnóstico e um tratamento que é indiferente aos princípios científicos da medicina convencional como a medicina Ayurvédica, a Naturopatia e a Medicina Tradicional Chinesa. O segundo subgrupo engloba as “outras disciplinas alternativas” que não apresentam evidências científicas credíveis estando, entre estas a Iridiologia e a Terapia por Cristais.

No entanto, o relatório apresentado pela *House of Lords* foi criticado, especialmente, pelos profissionais das MAC. Segundo Stone e Katz (2005, citado por Silva, 2007), os acupunctores consideraram o relatório incompreensível, pelo facto de a Acupunctura ser considerada tanto no grupo 1 como no grupo 3, ou seja, num grupo com credibilidade sólida e noutro sem credibilidade. Por outro lado, a classificação do grupo 1 foi criticado por serem agrupadas terapias que têm um risco associado distinto. Em relação ao grupo das terapias complementares, foi questionada a aceitação da não designação de competências de diagnóstico e tratamento nestas terapias. A formação do grupo 3 foi a que suscitou mais desacordo por agrupar modelos da medicina tradicional com terapias que não apresentam evidências científicas aceitáveis para a comunidade científica.

Um dos sistemas classificativos mais amplamente divulgado pelo mundo pertence ao NCCAM (2006). Esta classificação segue como critério o tipo de intervenção e divide as MAC em cinco domínios. A primeira categoria é referente aos sistemas médicos integrais. Por serem sistemas médicos originários da cultura ocidental ou de outras culturas encontramos, como exemplos, a Homeopatia e a Naturopatia enquanto sistemas desenvolvidos na cultura ocidental, e a Medicina Tradicional Chinesa e Ayurvédica são sistemas associados às culturas não ocidentais.

Para além dos sistemas médicos integrais serem desenvolvidos à parte da medicina convencional, também englobam as teorias e as terapias pertencentes aos posteriores quatro domínios, nomeadamente, as terapias mente-corpo, as práticas biológicas, as técnicas manipulativas e as terapias energéticas. As terapias mente-corpo recorrem a diversas técnicas,

tais como a meditação e a Terapia Cognitivo-comportamental, com a finalidade de estimular a capacidade de influência dos processos mentais sobre o funcionamento do corpo e dos seus sintomas. As práticas biológicas, como os suplementos dietéticos e os produtos das ervanárias, utilizam substâncias da natureza, como ervas, alimentos e vitaminas. No caso das técnicas manipulativas, são práticas que se baseiam na manipulação e/ou no movimento de uma ou mais partes do corpo como é o caso da Massagem e da Osteopatia. A última categoria, as terapias energéticas, utilizam os campos energéticos estando subdivididas em dois tipos: as terapias do biocampo, como o Reiki e o Chi Kung, têm como objectivo influenciar os campos de energia que se pressupõe estarem em redor e a entrar no corpo humano, pressionando ou manipulando o corpo pela colocação das mãos nesses campos ou por esses mesmos campos; as terapias bioelectromagnéticas que fazem um uso não convencional de campos electromagnéticos, por exemplo, os campos magnéticos e campos de corrente alternada.

Jones (2005) defende que o sistema classificativo do NCCAM representa um avanço significativo nesta área por evidenciar uma perspectiva geral bastante vasta. Porém, sobrepõe categorias, particularmente pela categoria dos sistemas médicos alternativos não mencionar um método de acção terapêutica. Outra limitação tem a ver com a falta de distinção entre as terapias mente-corpo, psicológicas e não locais ou espirituais.

Apesar das diversas taxonomias publicadas, tais como a de Tataryn (2002) e de Jones (2005), desenvolvidas no sentido de proporcionar mais informações detalhadas sobre as terapias das MAC, nenhuma das classificações teve em total consideração a questão da hierarquização (Porcino *et al.*, 2009). Como resposta à necessidade de uma taxonomia vertical Porcino *et al.* (2009) desenvolveram um modelo classificativo que inclui e diferencia as diferentes técnicas, modalidades e domínios, sistemas de saúde e sistemas de saúde integrados apresentando onze domínios. Estes investigadores referem que os domínios estabelecidos poderão ser considerados complexos, contudo a estrutura classificativa procura integrar de forma equilibrada as MAC com a taxonomia da biomedicina ocidental.

Presentemente, é esperado a participação da comunidade científica para continuar a ajudar a resolver as questões que se mantêm sobre este assunto.

2.4 Será possível um Plano Nacional de Saúde integrado?

Nos países desenvolvidos, a OMS (2002) indica que cerca de um terço da população não tem acesso aos cuidados primários de saúde, o que torna fundamental a segurança e a eficácia da Medicina Tradicional e das MAC, por estas poderem constituir uma ferramenta essencial para aumentar o acesso aos sistemas de saúde. Apesar da insuficiência de evidências científicas destas práticas (Coulter *et al.*, 2004), o crescimento da procura e utilização das MAC, ampliou a necessidade de debate sobre a integração das MAC nos sistemas de saúde (Dalen, 1998), para que os pacientes possam ter mais possibilidades de escolha fora do âmbito da medicina convencional (Olver, 2012).

Neste ponto, procuramos mostrar brevemente a realidade da medicina integrativa, passando de seguida para a contextualização das MAC, salientando os seus benefícios e riscos, os motivos para o seu crescimento e a sua regulamentação vigente em Portugal.

2.4.1 O que é a medicina integrativa?

A medicina integrativa ou integrada está relacionada com a combinação de tratamentos entre a medicina convencional e as práticas das MAC que apresentam elevadas evidências de segurança e de eficácia (NCCAM, 2008). Desta forma, é uma medicina que inclui as MAC no sistema de saúde biomédico (e.g. Barry, 2006; Singer and Fisher 2007).

A OMS (2004) distingue os três tipos de estruturas de sistemas de saúde em relação à Medicina Tradicional (MT) e às MAC. Em primeiro lugar, o sistema de saúde integrado, como a China, República da Coreia e o Vietname, reconhece oficialmente as MAC e inclui-as em todas as áreas da prestação de cuidados de saúde. De seguida, o sistema de saúde inclusivo, tais como, a Austrália, a Alemanha, o Canadá, os Estados Unidos, a Índia e a Suíça reconhece a MT e as MAC mas ainda não está abrangida em todos os aspectos do sistema de saúde, por exemplo, na educação, na regulamentação ou na pesquisa científica. Por fim, o sistema de saúde tolerante que é a categoria mais frequente, onde a prestação de cuidados de saúde é fornecida pela medicina convencional e as práticas da MT e das MAC não estão oficialmente reconhecidas como terapias ou como práticas que melhoram a saúde dentro do sistema nacional de saúde.

2.4.2 Benefícios e riscos da MAC

A OMS (2002) atenta que as MAC possuem muitas características positivas e que tanto as MAC como os seus profissionais representam um importante papel no tratamento de doenças crónicas e na melhoria da qualidade de vida de pessoas com doenças menos graves e de algumas sem cura. Seguindo esta linha de pensamento, o estudo de O'Brien (2004) indica que as práticas das MAC poderão ser largamente benéficas para a saúde pública, especialmente na prevenção das doenças, no tratamento de doenças crónicas que não respondem com eficácia ao tratamento da medicina convencional e na melhoria da saúde.

Uma das características que mais atrai as pessoas para as MAC é por estarem mais próximas de uma ideologia centrada no paciente (OMS, 2001). Um investigador brasileiro (Luz, 2005) considera que as MAC tornam-se inovadoras pela forma como se relacionam com o paciente ao colocarem-no como ponto central do paradigma médico, privilegiando a relação entre o terapeuta e o paciente e fomentando a autonomia do paciente, tendo como principal foco a saúde e não a doença. Por outro lado, a abordagem holística das MAC também é considerada benéfica por ter como principal finalidade o equilíbrio total do ser humano. Isto significa que o paciente é visto como um todo e que cada diagnóstico procura a origem do desequilíbrio total da pessoa (Sousa, 1998), aplicando planos de tratamento personalizados que contemplam o seu plano físico, mental, e espiritual (e.g. Coulter, 2004, Oguamanam, 2006). Assim, Lowenberg e Davis (1994) defendem que a perspectiva holística poderá contribuir para um forte aumento do campo de acção das intervenções terapêuticas. De relevar que os profissionais da MAC poderão dar mais ou menos ênfase à perspectiva holística dependendo da terapia em causa e da importância dada pelo paciente (e.g. Barry 2006; Sharma 1996) e os efeitos dos tratamentos das terapias da MAC poderão surgir da relação terapêutica, da filosofia da cura e das técnicas específicas escolhidas para reduzir os sintomas (Bann, 2010).

Outros benefícios frequentemente associados às MAC em vários estudos mencionam o custo mais reduzido dos tratamentos e a utilização de técnicas mais simples que não necessitam de recorrer à tecnologia científica (e.g. OMS, 2001; Luz, 2005; Nuñez, 2002). Deste modo, grande parte das MAC recorrem a métodos naturais no tratamento da saúde dos seus pacientes, como é o caso dos produtos naturais (NCCAM, 2008). Para Holliday (2003) recorrer às práticas da MAC, sem deixar de recorrer à medicina convencional poderá contribuir para a diminuição de custos médicos, através da prevenção de doenças e do tratamento antecipado da doença. Neste sentido, Nuñez (2002) defende que as práticas da MAC por ser menos dispendiosas e mais simples de aplicar poderão ser mais facilmente

implementadas nos sistemas de saúde proporcionando mais opções de tratamento, para além da oferta dos tratamentos convencionais.

Através de uma óptica holística, as práticas das MAC aplicam técnicas e terapias simples, com custos associados mais reduzidos dando ênfase à prevenção e à promoção da saúde, estando mais próximas do paciente estimulando-o a ser mais autónomo na monitorização da sua saúde. Como resultado a OMS (2002) considera que as MAC têm potencial para contribuir para a melhoria dos sistemas de saúde em muitos países.

Apesar dos benefícios, as MAC apresentam alguns riscos que importa referir para evitar situações de perigo para a saúde da população. De acordo com a OMS (2004) existe falta de regulação dos produtos das MAC em muitos países, o que aumenta a preocupação em relação aos consumidores no que diz respeito à segurança e qualidade destes produtos. Por exemplo, um estudo australiano recentemente publicado nos Estados Unidos veio reforçar o alerta da OMS por ter encontrado, através de exames de ADN, substâncias potencialmente nocivas para a saúde e restos de animais em vias de extinção em medicamentos da medicina tradicional chinesa (Diário Digital, 2012). Outro estudo americano sobre os efeitos adversos associados à utilização das MAC em crianças considera importante estabelecer mecanismos de reporte e de monitorização sobre os efeitos secundários que possam surgir, devido à grande variedade de terapias nas MAC (Lim *et al.*, 2010).

Para tal é necessário melhorar a comunicação entre os pacientes e os prestadores de cuidados de saúde. Nos Estados Unidos, Heck *et al.* (2000) defendem que tanto os farmacêuticos como os restantes profissionais de saúde deveriam questionar todos os pacientes sobre o uso das MAC e reportar as interações à entidade responsável.

Outro aspecto que coloca em risco a segurança e eficácia das MAC é a falta de informação, especialmente, os ensaios clínicos mal estruturados (e.g Ernst, 2001; Linde *et al.*, 2001; NCCAM, 2008) que podem desencadear problemas de interpretação e valorizar ou desvalorizar os resultados dos estudos (Gagnier *et al.*, 2006). A *European Information Centre for Complementary & Alternative Medicine* (EICCAM, 2008) refere que um dos problemas associados a esta questão é a utilização usual de formatos e linguagens próprias nos estudos desenvolvidos na área das MAC que dificulta a passagem da mensagem destas medicinas para os decisores políticos prejudicando, inclusive os estudos que efectivamente têm uma boa qualidade e conteúdo.

Em consequência dos riscos enunciados, é essencial as pessoas procurarem informação fiável que as ajude a escolher o melhor tratamento oferecido pelas práticas das MAC. O NCCAM

(2008) aconselha a verificação de evidências científicas antes de alguma terapia das MAC ser iniciada e se o governo tem alguma informação sobre a mesma.

2.4.3 Motivos associados ao crescimento das MAC

Embora as MAC não estejam solidamente integradas nos sistemas de saúde ocidentais (OMS, 2002), têm alcançado uma rápida evolução no mundo globalizado em que vivemos. Nos últimos 10 anos, diversas pesquisas provam que 20% da população europeia tem preferência pelas MAC, outros 20% são utentes regulares e mais de 100 milhões de europeus recorrem às MAC, sendo as mais utilizadas a Acupunctura, Fitoterapia, Homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa Herbal, Homeopatia, Osteopatia, Quiropráxia e a Medicina Antroposófica (EICCAM, 2008). Para além destes dados, foi criado o *European Information Centre for Complementary & Alternative Medicine* (2008), responsável pela comunicação de informação científica e de cuidados de saúde das MAC para a comunicação social, políticos e outras entidades interessadas. Em 2010, a Comissão Europeia investiu 1,5 milhões de euros para investigação do ramo da medicina complementar.

Nos Estados Unidos verifica-se igualmente a manutenção do interesse e utilização das MAC nos últimos anos (Barnes *et al.*, 2008). No seguimento destes desenvolvimentos, a OMS (2008) com o intuito de facilitar o acesso à Medicina Tradicional Chinesa exigiu que esta medicina fosse integrada nos planos nacionais de saúde, mediante o estabelecimento de licenças e de acreditação destas práticas como MAC.

São várias as razões que contribuíram para a popularidade das MAC. A OMS (2002) aponta como principais causas a necessidade de uma prestação de cuidados de saúde eficaz, com custos menos elevados e a insatisfação com a ineficácia e/ou os elevados riscos associados às intervenções biomédicas da Medicina Convencional (MC). Em relação às consultas dos médicos convencionais, Furnham (2002) considera que as pessoas se sentem um pouco desapontadas pela falta de tempo que os médicos disponibilizam para as suas consultas, por parecem um pouco paternalistas ou por não examinarem nem diagnosticarem devidamente os seus pacientes, ao contrário dos profissionais das MAC que procuram conhecer, para além dos sintomas físicos do paciente, todos os outros aspectos da sua vida para fazerem um diagnóstico completo.

Outro motivo prende-se com o facto de as pessoas quererem tratamentos sem sofrerem efeitos secundários ou dores durante o processo de cura. Segundo Ernest (2002), muitas pessoas acabam por se voltar para as MAC por acreditarem que as intervenções da MC podem ter um

resultado mais negativo do que bom. Desta forma, o interesse público nas MAC também provém das pessoas acreditarem que estas práticas são mais naturais e seguras do que a MC (Swartzman *et al.*, 2002), especialmente nos casos em que as MAC aparentam ter um tratamento mais eficaz que a MC, por exemplo a utilização da Acupunctura no tratamento das dores crónicas (Easthope *et al.*, 1999). Assim, e por ser dada cada vez mais importância à saúde, as pessoas procuram mais informação sobre o bem-estar e estratégias de prevenção da saúde, acabando por escolher uma prestação de cuidados de saúde mais preventiva como as MAC, do que a MC, que se encontra mais direccionada para o tratamento da doença (Rena, 1998). Em conformidade, Sousa (1998) acrescenta que um dos motivos que têm feito as MAC entrarem no sector da saúde português está relacionado com o facto de o SNS não estar capacitado para responder à crescente procura de consultas e de tratamentos, aumentando significativamente as listas de espera e prejudicando a qualidade da prestação de cuidados de saúde.

2.4.4 Regulamentação actual das MAC em Portugal

A OMS (2002) publicou a sua estratégia para a Medicina Tradicional (MT) e Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) onde definiu diversos objectivos futuros, sobretudo a promoção e integração destas práticas nos sistemas nacionais de saúde, o estímulo à sua segurança, eficácia e qualidade, elevando os conhecimentos sobre estas áreas e por fim, a criação de guias e normas para o controlo de qualidade. Para tal, as políticas nacionais são uma das protagonistas no cumprimento desta estratégia de saúde (OMS, 2001). Contudo, a regulamentação das MAC torna-se um desafio para os regulamentadores devido ao acelerado aumento de utilizadores e fornecedores das MAC e por ainda não haver uma regulamentação específica a nível europeu (EICCAM, 2008).

Já data muito tempo que as MAC estão no Sistema Nacional de Saúde em alguns nos países europeus, como a Alemanha, a Holanda e o Reino Unido (Sousa, 1998). No caso português, nota-se uma crescente presença das MAC. Estima-se que existam cerca de 12 mil profissionais das medicinas não convencionais e que existam três milhões de portugueses a recorrerem a estas práticas (TSF Rádio Notícias, 2012).

Todavia, para haver uma prestação de cuidados de saúde com qualidade, os profissionais de saúde deveriam ser devidamente qualificados e a ter a sua prática regulamentada (Giordano *et al.*, 2002). Foi neste sentido que o partido do Bloco de Esquerda e o Partido Socialista suscitaram a necessidade de garantir uma formação, creditação e certificação dos terapeutas

das MAC, através de dois projectos de lei com o principal objectivo a sua regulamentação (Silva, 2007). As propostas e a forma de enquadrar a futura lei foram largamente debatidas, tendo como participantes, para além dos deputados da Assembleia da República, a Ordem dos Médicos, a Ordem dos Enfermeiros, o Instituto Nacional da Farmácia, a Ordem dos Farmacêuticos e associações profissionais da medicina alternativa, como a Associação Portuguesa de Naturopatia e da Sociedade Portuguesa de Homeopatia (Jornal Público, 2011). A 22 de Agosto de 2003 deu-se a publicação da Lei nº45/2003 “Lei das Terapêuticas Não Convencionais” (Diário da República, 2003), de forma a estabelecer os princípios orientadores destas práticas. As seis terapêuticas não convencionais reconhecidas por esta lei e foram a Acupunctura, Fitoterapia, Homeopatia, Naturopatia, Osteopatia e a Quiropráxia com os seguintes princípios orientadores:

“1 — O direito individual de opção pelo método terapêutico, baseado numa escolha informada, sobre a inocuidade, qualidade, eficácia e eventuais riscos.

2 — A defesa da saúde pública, no respeito do direito individual de protecção da saúde.

3 — A defesa dos utilizadores, que exige que as terapêuticas não convencionais sejam exercidas com um elevado grau de responsabilidade, diligência e competência, assentando na qualificação profissional de quem as exerce e na respectiva certificação.

4 — A defesa do bem-estar do utilizador, que inclui a complementaridade com outras profissões de saúde.

5 — A promoção da investigação científica nas diferentes áreas das terapêuticas não convencionais, visando alcançar elevados padrões de qualidade, eficácia e efectividade “ (Diário da República, 2003:5391).

No seguimento desta Lei, através da oficialização do despacho conjunto nº 261/2005 foi designada uma comissão técnica consultiva responsável pelo estudo e pela proposta de parâmetros gerais de regulamentação do exercício das terapêuticas não convencionais e constituída por elementos do Ministério da Saúde, da Educação e da Ciência e Ensino Superior, das terapias a regulamentar e, se necessário por peritos com funções até término da implementação do processo de credenciação, formação e certificação dos profissionais (Silva, 2007).

Contudo, a comissão consultiva escolhida para gerir o processo de regulamentação das terapias não convencionais teve dificuldade em encontrar um consenso. Em 2005, a falta de unanimidade entre os representantes da medicina convencional e os representantes das terapêuticas não convencionais esteve perto de estagnar, nomeadamente, pelos terapeutas da Naturopatia considerarem que a comissão consultiva não se ajustava com a regulamentação a

estabelecer e com a certificação dos novos e dos profissionais já existentes das terapêuticas não convencionais (Jornal de Notícias, 2005).

Passados oito anos e ainda a aguardar legislação para as seis terapias não convencionais, o presidente da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) Jorge Simões, numa conferência de imprensa, afirmou a necessidade do governo de regulamentar estas terapêuticas, especialmente no que concerne à credenciação das práticas e formação e certificação dos seus profissionais, salientando a importância dos interesses e segurança dos utilizadores destas práticas (LUSA, 2011).

A 21 de Outubro de 2011 foi finalmente aprovado o projecto de resolução do Bloco de Esquerda que recomenda o Governo a regulamentação urgente da Lei 45/2003 sobre o enquadramento as terapêuticas não convencionais (Destak, 2011), sendo posteriormente publicada a 9 de Novembro de 2011 como a resolução da Assembleia da República nº146/2011 (Diário da República, 2011).

Recentemente têm sido divulgadas diversas notícias sobre algumas medidas que o governo pretende implementar em resposta à resolução nº 146/2011, entre as quais, a proposta da criação de uma cédula profissional emitida pela Administração Central dos Sistemas de Saúde para os terapeutas da Acupunctura, Fitoterapia, Homeopatia, Naturopatia, Quiropráxia e Osteopatia; um registo *online* para os terapeutas não convencionais credenciados; a existência de um seguro profissional igual ao das outras unidades privadas de saúde e a proibição de falsas promessas de tratamento que podem resultar em coimas aproximadamente entre quatro mil euros e 45 mil euros, dependendo se é uma pessoa singular ou empresa, respectivamente (TSF, 2011). De acordo com António Franco do Centro de Acupunctura da Madeira mencionado no Diário de Notícias (2012), o diploma sugerido pelo governo não é perfeito mas já é um avanço, referindo que é necessário melhorar a regulamentação da formação dos profissionais destas terapêuticas não convencionais.

O processo de regulamentação das seis terapêuticas não convencionais em Portugal trouxe mudanças no universo da prestação de cuidados de saúde. Por exemplo, após a criação da Competência da acupunctura em Maio de 2002 pela ordem dos médicos que exigia que o profissional fizesse pelo menos uma Pós-Graduação nacional para ser reconhecida a competência (Diário de Notícias, 2009), surgiram cursos como a Pós-Graduação em Acupunctura no Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS, 2012a), na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC, 2012), no Instituto Superior de Línguas e Administração (ISLA, 2012) e o Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa (ICBAS, 2012b). Por conseguinte, em 2009 o SNS já contava com 200 médicos com pós-graduações

em acupuntura (principalmente médicos anestesistas) realizando, por ano, cerca três mil a quatro mil consultas, em seis hospitais e num centro de saúde de Lisboa (Diário de Notícias, 2009).

Capítulo 3

A TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**3.1 Introdução ao capítulo**

A teoria das representações sociais, tendo origem na vida quotidiana, de acordo com Moscovici (1981) possibilita compreender os indivíduos e como eles pensam, através de um processo que transforma o desconhecido em algo familiar para um determinado grupo social. Deste modo, este modelo procura essencialmente interpretar e construir a realidade social (Moscovici and Nemeth, 1974).

A teoria das representações sociais apresenta-se como um importante instrumento no nosso estudo empírico para nos ajudar a identificar e a perceber o pensamento social de um grupo de estudantes de Enfermagem sobre diversos aspectos relacionados com as Medicinas Alternativas e Complementares.

No capítulo que se segue, faremos um breve enquadramento da noção das representações sociais, qual o seu papel e contributo na fundamentação da nossa investigação empírica.

3.2 Conceito de representações sociais

Inspirado pelo conceito sociólogo das representações colectivas de Durkheim (1898), a conceptualização das representações sociais (RS) iniciou o seu percurso em França com Moscovici (1961/ 1976) na área da psicologia social. Este autor defende que as representações sociais se referem a um conjunto de “... *concepts, statements and explanations originating in daily life in course of inter-individual communications*” (Moscovici, 1981:181). As RS também podem ser vistas como uma forma de interpretar e de pensar o nosso quotidiano, sendo uma forma de conhecimento social (Jodelet, 1984). Desta forma, as representações sociais são constituídas por um conjunto de saberes do senso comum com base nas relações entre os indivíduos.

Nas RS, o objecto e o sujeito estão totalmente interligados (Duarte e Alves-Mazzotti, 2001), ou seja, para haver uma representação é necessário a existência de um sujeito construtor da realidade social e de um objecto específico, alvo de simbolização e de interpretação desse mesmo sujeito. Por este motivo, as RS seguem processos sócio-cognitivos que, para além de serem originários da natureza intra-individual, são inicialmente resultado da interacção e

comunicação entre os grupos sociais, tornando-se essencial analisar as representações considerando variáveis como a cultura, linguagem, instituições e dinâmicas dos grupos a que cada pessoa pertence (e.g. Vala, 1981).

Por outro lado, as representações sociais “...centram-se na inovação (e não na tradição) de uma realidade impermanente” (Oliveira, 2008a:213). Portanto, estas representações são dinâmicas e mutáveis, sujeitas a alterações motivadas por causas internas ou externas, como a influência de variadas instituições e a comunicação social (Oliveira, 2008a).

3.3 Funções das representações sociais

Sendo as representações sociais descritas por Moscovici (2003) como formas de conhecimento do quotidiano que permitem a compreensão e comunicação entre os indivíduos, uma das suas funções consiste na transformação do não familiar, ou seja, de um conceito novo ou desconhecido em algo familiar, permitindo o aparecimento de um saber comum que poderá facilitar a comunicação (Moscovici, 1961/1976). Para este autor (1978), este processo que leva à necessidade de formação de um conhecimento familiar é desencadeado pelo não familiar ser duplamente um elemento de atracção e de perturbação dentro de um grupo, que interfere com os seus padrões de compreensão da realidade.

As RS enquanto sistemas cognitivos conferem ainda uma lógica e linguagem específicas ao senso comum (Moscovici, 1984) contribuindo para a formação de condutas e para a orientação das comunicações sociais (Moscovici, 1961) o que, segundo Jodelet (1968), as tornam um guia para a acção. Estas duas funções, de acordo com Oliveira (2008b) são responsáveis pela criação de uma ordem que orienta o comportamento dos indivíduos e por uma comunicação própria entre os elementos do grupo que designa e categoriza as situações sociais. Para Vala (1986) as RS por terem origem numa realidade social concreta, baseiam-se em esquemas de compreensão que apresentam valores, ideais e processos de classificação social partilhados pelos diversos grupos sociais e por reflectirem as suas relações sociais, contribuem para aumento destas mesmas relações.

3.4 Aplicabilidade da Teoria das Representações Sociais nas MAC

O modelo das representações sociais tem sido um instrumento de investigação proeminente, aplicado para analisar diversas problemáticas das dimensões sociais e humanas, entre as quais no domínio da saúde, onde está inserido este trabalho. Como exemplos, denotamos alguns

estudos anteriormente realizados como os das representações sociais da saúde e da doença (Herzlich, 2005; Sevalho, 1993), das medicinas alternativas (Queiroz, 2000) e, mais recentemente sobre a medicina alternativa e/ou complementar e a medicina oficial/convencional (Silva, 2007).

A teoria das RS adequa-se nesta investigação por permitir a análise do modo como os conhecimentos práticos, socialmente elaborados e partilhados, participam na construção de uma realidade comum a um determinado grupo social (Jodelet, 1989), e como se relacionam no seu enquadramento social. Neste sentido, as RS tornam-se estruturas de saberes que os grupos sociais elaboram para responder a problemas práticos (Vala, 1998).

As representações sociais “...têm um duplo alcance: específico, por permitirem transformar teorias científicas em teorias do senso comum e geral, pela forma como damos sentido à realidade que nos envolve, atribuindo-lhe representações” (Oliveira, 2008a:221). Conforme estas características, poderemos distinguir e obter as ideias, percepções e sentimentos sobre as Medicinas Alternativas e Complementares de cada grupo social.

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

Capítulo 4

APRESENTAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

4.1 Introdução à investigação empírica

Sendo a qualidade de vida uma das características mais procuradas por todos os seres humanos, a melhoria da saúde torna-se um objectivo constante a cumprir. A oferta da prestação de cuidados de saúde em Portugal tem vindo a tornar-se mais vasta, com o progressivo aparecimento das Medicinas Alternativas e Complementares (MAC). Como já referimos antes, surgiram novas mudanças no campo da saúde em Portugal, nomeadamente, a recente aprovação de um projecto que recomenda a urgência da regulamentação do enquadramento de seis terapêuticas não convencionais das MAC (Destak, 2011) possibilitando a sua credenciação e a formação e certificação dos profissionais destas áreas. Com o objectivo de estudarmos a forma como os estudantes de Enfermagem percebem as MAC, recorreremos à teoria das representações sociais (Moscovici, 1961/1976) que nos permite conhecermos o pensamento e a construção da realidade social neste grupo.

4.2 Objectivos principais

Esta investigação empírica tem como grandes objectivos: 1) identificar e analisar o modo como uma população de estudantes de Enfermagem representam as Medicinas Alternativas e Complementares (MAC); 2) verificar e analisar a influência do ano de licenciatura e do grupo etário nas representações sociais sobre a utilização e recomendação das MAC.

4.3. Hipóteses Gerais

O nosso estudo pretende, acima de tudo, obter informações úteis que possam responder aos objetivos da investigação. Por conseguinte, definimos as seguintes questões de pesquisa:

- Em que medida a recomendação da integração das MAC no Plano Nacional de Saúde está relacionada com o ano de licenciatura dos estudantes de Enfermagem?
- Como é que se diferenciam as representações sociais das MAC de acordo com o grupo etário (18-21 anos e maiores que 21 anos) e o ano de licenciatura?

Seguidamente, considerámos algumas hipóteses gerais. Considerando que o conhecimento pode ser visto como um conjunto de diversas experiências, informação contextualizada, valores e perspectivas vivenciadas que contribuem para a avaliação e incorporação de novas experiências e informação (Davenport e Prusak, 1998) e que o conhecimento está associado à aprendizagem (e.g. Bennet e Bennet, 2004) prevemos que:

1) Os alunos do 4º ano tenham um maior conhecimento sobre as MAC do que os alunos do 1º ano.

Tendo em conta que a nossa amostra é maioritariamente do sexo feminino e que os utilizadores mais frequentes das MAC tendem a ser do sexo feminino e de meia-idade (Ernest, 2000; Furnham, 2002) esperamos que:

2) Os respondentes com mais de 21 anos tenham uma representação mais positiva das MAC que os respondentes com idades entre os 18 e os 21 anos.

O crescimento das MAC é notório em todo o mundo (e.g. OMS, 2002) e atendendo a um dado empírico comprova que 86,5% de uma amostra de estudantes de Enfermagem brasileiros recomendam a utilização das MAC (Trovó, 2002), é expectável que:

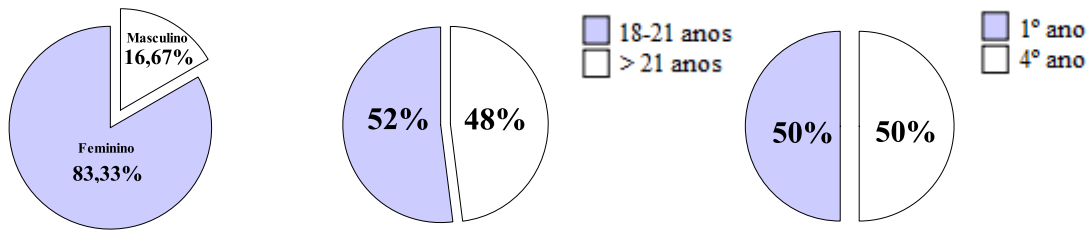
3) A maioria dos estudantes do 1º e do 4º ano recomendem a integração das MAC no Plano Nacional de Saúde.

4.4. Metodologia

4.4.1 Participantes

A nossa amostra é constituída por 150 indivíduos, de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos (cf. Figura 1). Os participantes foram seleccionados aleatoriamente entre os alunos do 1º e 4º ano (último ano) da licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Figura 1 – Distribuição dos participantes por sexo, grupo etário e ano de curso



Neste estudo participaram 150 estudantes de Enfermagem, cerca de 83% do sexo feminino (N=125) e 17% do sexo masculino (N=25). Em relação ao escalão etário, 52% dos estudantes de Enfermagem tinham idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos (N=78) e os restantes indivíduos apresentam idades superiores a 21 anos (N=72), representando 48% da amostra. No que diz respeito ao ano de licenciatura, a população encontra-se equitativamente distribuída entre o 1º ano (N=75) e o 4º ano (N=75) da licenciatura de Enfermagem.

4.4.2. Variáveis

Considerámos como variáveis independentes a idade, com dois escalões etários (participantes com 18-21 anos, e com mais de 21 anos) e os dois anos da Licenciatura do Curso de Enfermagem da ESEL (1º e 4º ano). Foram escolhidas como variáveis dependentes as dimensões de representação encontradas para as Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) e para o Plano Nacional de Saúde.

4.4.3. Procedimento prévio

Inicialmente procedemos à pesquisa das diversas medicinas e terapias alternativas e complementares existentes em *sites* nacionais e internacionais relacionados com o tema em questão. Com base na informação pesquisada, na revisão de literatura, em um *focus-group* e em algumas entrevistas informais prévias que realizámos com especialistas na área das MAC, foi desenvolvida uma lista de 24 itens, composta por quatro tipos de medicina e vinte terapias alternativas e/ou complementares, que foi incluída no instrumento de medida.

4.4.4. Instrumento de Medida

Para a obtenção dos dados foi construído de raiz um questionário anónimo e confidencial, constituído por 12 grupos de perguntas de resposta fechada seguindo a escala de Likert de 1 a 5 (por exemplo, entre totalmente insatisfeito e totalmente satisfeito) e de duas opções (Sim ou Não). A técnica escolhida apoia-se no facto de se poder obter com facilidade a representação e os conhecimentos dos estudantes de Enfermagem associados com as MAC, bem como, na eficiência e eficácia da aplicação imediata ao público a que se destina, onde os sujeitos têm a possibilidade de responder às questões sem qualquer tipo de limitações. No questionário aplicado aos participantes é-lhes solicitado que respondam a diversas questões relacionadas com as MAC e algumas terapias associadas às práticas incluídas nesta designação. Na primeira questão os participantes são questionados sobre o seu nível de conhecimento em relação às MAC através de uma lista de quatro MAC e vinte terapias. A segunda questiona se os estudantes de Enfermagem já tiveram no seu curso disciplinas que mencionassem alguma das MAC. No terceiro grupo perguntamos aos participantes sobre a concordância da inclusão de alguma disciplina das MAC no seu curso, mediante a nossa lista. A quarta pergunta é referente às representações sociais das MAC com o objectivo de saber qual a concordância dos estudantes de Enfermagem perante doze afirmações sobre as MAC (por exemplo, promovem a saúde, estão bem definidas, etc.). Na quinta questão pretende-se saber se os participantes já recorreram a alguma das MAC enquanto pacientes. A sexta questão procura saber qual o grau de satisfação dos estudantes que já experimentaram uma ou mais MAC. A sétima pergunta solicita uma apreciação dos indivíduos sobre o estado do Plano Nacional de Saúde (PNS). Na oitava questão visamos saber se é recomendada a integração das MAC no PNS. Apresentando novamente a lista das MAC e suas terapias nas restantes perguntas, as questões seguintes dizem respeito à formação nas MAC, à escolha das MAC como utente caso fossem integradas no PNS, às MAC que os indivíduos gostariam de se profissionalizar e à possibilidade de formação adicional nas MAC. Por fim, foram inseridas questões de índole soció-demográfico, como o sexo, idade e ano do curso.

4.4.5. Procedimento

Por haver um tempo delimitado para a operacionalização desta investigação empírica e dado o interesse científico relacionado com a obtenção de resultados com futuros enfermeiros, seleccionámos uma amostra restrita de alunos do 1º e do 4º ano, para procedermos a uma

análise comparativa dos resultados dos participantes destes dois anos do Curso de Enfermagem.

Depois do instrumento de medida ter sido construído, o nosso estudo foi dado a conhecer às Coordenadoras Pedagógicas do 1º e 4º ano da Licenciatura do Curso de Enfermagem da ESEL, Célia Oliveira e Paula Mègre, respectivamente, para as quais foi enviado um documento escrito a solicitar colaboração e a respectiva autorização para o instrumento ser aplicado em contexto de sala de aula que decorreu entre Janeiro e Abril de 2011.

Para validarmos o instrumento de medida realizou-se um pré-teste a uma pequena amostra de indivíduos com características semelhantes aos dos participantes do nosso estudo. Após a confirmação de compreensão e facilidade de resposta dos participantes desta amostra, a aplicação dos questionários foi efectuada em contexto de aula, em Abril de 2011. Antes da aplicação do questionário, todos os alunos foram devidamente informados sobre o objectivo geral do estudo. Foi igualmente reafirmada a confidencialidade e anonimato das respostas.

4.5. Tratamento dos dados

Os dados obtidos nos questionários foram registados numa folha de cálculo, antes de se exportarem para o SPSS (versão 17), onde se procedeu ao seu tratamento, através de estatística descritiva, análises factoriais de componentes principais (ACP), análises de variância e análises correlacionais.

4.6. Resultados

Nível de conhecimento das MAC

Para uma análise mais pormenorizada da nossa listagem que inclui quatro medicinas e vinte terapias alternativas e complementares, as Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) foram separadas das terapias, sendo estas posteriormente sujeitas a uma Análise de Componentes Principais (ACP). Das quatro MAC referidas no questionário (cf. Quadro 1), as mais conhecidas são a *Tradicional Chinesa* (M=2,71) e a medicina *Homeopática* (M=2,55). De seguida, encontra-se a *Naturopatia* (M=1,69) e, por último, a *Ayurvédica* (M=1,59) que são duas MAC quase desconhecidas pelos participantes.

Quadro 1 – Média e Desvio-Padrão referente ao conhecimento das MAC

MAC	Média	Desvio-Padrão
Naturopatia	1,69	,906
Tradicional Chinesa	2,71	,902
Ayurvédica	1,59	,984
Homeopática	2,55	1,072

Em relação às terapias das MAC (cf. Quadro 2) encontramos a *Massagem* como a mais conhecida (M=3,95), seguida pela *Meditação* (M=3,43), *Acupunctura* (M=3,39), *Hidroterapia* (M=2,72) e *Aromaterapia* (M=2,71).

Quadro 2 – Média e Desvio-Padrão referente ao conhecimento das terapias das MAC

Terapias das MAC	Média	Desvio-Padrão
Acupunctura	3,39	,858
Osteopatia	2,64	1,079
Fitoterapia	2,07	1,131
Quiropráxia	1,53	,872
Meditação	3,43	,915
Hipnoterapia	2,66	1,138
Biofeedback	1,50	,859
Massagem	3,95	,806
Reflexologia	2,65	1,193
Reiki	2,62	1,171
Magnetoterapia	1,46	,834
Shiatsu	2,36	1,116
Tai Chi	2,66	1,048
Chi Kung	1,56	,933
Aromaterapia	2,71	1,015
Hidroterapia	2,72	1,161
Cromoterapia	1,97	1,064
Mesoterapia	1,77	,970
Ortomolecular	1,22	,578
Iridiologia	1,31	,837

Nota Prévia: No que diz respeito às estruturas factoriais, as soluções iniciais das duas Análises de Componentes Principais (ACP) realizadas nesta investigação estão no Anexo 1, encontrando-se aqui as soluções optimizadas obtidas após rotação varimax. Em cada solução optimizada está assinalado a sombreado os itens que apresentam uma saturação factorial igual ou superior a 0.45 em somente um dos factores. Para o cálculo das melhores soluções recorremos a alguns critérios de optimização, concretamente a associação dos bons valores dos testes *KMO* e *Bartlett*; a variância explicada que tem apresentar uma percentagem de variância acumulada superior a 50%; a não verificação de itens com um bom valor de α Alpha de Cronbach superior aos α dos outros itens da escala, na eventualidade deste ser excluído da factorização; não haver itens mistos (que estejam presentes em mais de um factor), nem com demasiado baixa comunalidade (sendo esta a variância explicada em cada variável ou item pelo grupo de factores retidos). O coeficiente de Alpha de Cronbach (α) foi calculado para cada escala obtida, com a finalidade de apurar a sua consistência interna – constatando-se que grande parte das escalas são internamente válidas e apresentam uma forte consistência, de acordo com valores de α muito bons (acima de .80), bons (acima de .70) ou satisfatórios (acima de .60) (Oliveira, 2008).

Com o objectivo de verificarmos qual a relação entre estes itens e de identificar que dimensões factoriais iriam ocorrer procedemos à ACP destas variáveis. Da solução inicial que abrangia todos os itens, obtivemos uma solução optimizada sobre o conhecimento das terapias das MAC com 6 dimensões.

Em todos os factores foi incluída a característica da harmonização, visto estas terapias terem como principal finalidade a recuperação do equilíbrio do indivíduo, através da normalização do organismo, segundo uma perspectiva holística que inclui todos os aspectos relacionados com o ser humano como o lado físico, emocional ou nutricional (Sousa, 1998).¹

¹ Sendo a classificação das terapias da MAC difícil de estabelecer, pedimos uma colaboração na interpretação das mesmas de Gabriel Rodrigues, um profissional da Osteopatia com amplos conhecimentos sobre as terapias pertencentes às MAC indicadas neste estudo.

Quadro 3 – Estrutura factorial das dimensões significantes do Conhecimento das terapias das MAC

Itens	F1	F2	F3	F4	F5	F6
	Órgãos e Bem-estar	Física e Energética	Cognitiva e Reequilíbrio	Reequilíbrio estrutural e energético	Utilização do elemento líquido	Indução Física
Ortomolecular	.806	.021	.050	.091	-.054	.316
Iridiologia	.766	.144	.261	.096	.007	.301
Magnoterapia	.764	.147	.094	-.022	.149	-.006
Biofeedback	.704	.071	-.111	-.071	.266	-.100
Chi Kung	.671	.320	-.048	.140	.062	.095
Quiropráxia	.666	.075	-.022	.314	-.026	.185
Reiki	.094	.768	.210	.132	-.110	.299
Shiatsu	.269	.688	.179	.264	.204	-.118
Reflexologia	.143	.635	-.037	.032	.263	.382
Tai Chi	.213	.563	.366	.172	.241	-.152
Meditação	.090	.197	.838	.091	-.057	.027
Massagem	-.125	.111	.774	.106	.189	.151
Hipnoterapia	.370	.055	.476	.166	.269	-.001
Osteopatia	.078	.128	.202	.724	.250	.100
Fitoterapia	.317	.206	-.038	.721	-.021	-.050
Acupunctura	-.120	.088	.453	.641	.074	.218
Hidroterapia	.135	.090	.172	.142	.842	.129
Aromaterapia	.118	.381	.088	.119	.654	.401
Mesoterapia	.215	.001	.019	.232	.235	.672
Cromoterapia	.267	.330	.241	-.092	.092	.649
Variância explicada	18.931	11.607	10.882	9.291	8.304	8.248
Percentagem acumulada	18.931	30.538	41.420	50.711	59.015	67.263
Alpha de Cronbach (α)	.858	.760	.644	.650	.755	.567

Nota: Resultado da ACP: matriz após rotação *Varimax*, com normalização *Kaiser*, convergente em 9 iterações. $KMO=.839$; teste de *Bartlett* = 1122.392, significância = .000

Posteriormente designámos as dimensões de acordo com o estilo de harmonização mais frequente em cada uma (cf. Quadro 3). Por conseguinte, o primeiro factor é composto por terapêuticas que visam harmonizar os órgãos (por exemplo, *Ortomolecular* e *Iridiologia*) e proporcionar bem-estar, como o *Chi Kung*. No segundo factor surgem terapias das MAC que remetem mais para uma normalização do lado físico e energético, como é o caso do *Reiki* e do *Shiatsu*. O terceiro factor agrupa as terapias da *Meditação*, *Massagem* e *Hipnoterapia* que procuram harmonizar a parte cognitiva e o reequilíbrio do indivíduo. Relativamente ao quarto factor encontramos, para além da harmonização, três terapias (*Osteopatia*, *Fitoterapia* e a *Acupunctura*) que estão focadas no reequilíbrio estrutural e energético do ser humano. O quinto factor agrega as terapias da *Hidroterapia* e da *Aromaterapia* que abordam a harmonização de cada pessoa utilizando o elemento líquido na terapia. O sexto e último factor, junta duas terapias, a *Mesoterapia* e a *Cromoterapia* que procuram harmonizar a pessoa pela indução física.

Representações sociais (RS) das MAC

No Quadro 4 constatamos que a maioria dos participantes concorda que as MAC, essencialmente, *são úteis* (61%; M=4,13), *promovem a saúde* (61%; M=4,04), *promovem o bem-estar e a qualidade de vida* (57%, M=4,12), *promovem uma boa relação terapeuta/cliente* (47%; M=3,92). Contudo, 51% dos estudantes de Enfermagem concorda que as MAC *geram grandes dúvidas* (M=3,63). De relevar, igualmente, que os participantes têm dúvidas sobre possíveis efeitos secundários das MAC (69%; M=2,74) e sobre a sua definição (62%; M=2,97). Por outro lado, uma parte representativa da amostra (43%) discorda que as MAC *não têm bases científicas* (M=2,47) e que *não são seguras* (M=2,31).

Quadro 4 – Média e Desvio-Padrão relativa à RS das MAC

As MAC ...	Média	Desvio-Padrão
são úteis	4,13	,658
promovem o bem-estar e a qualidade de vida	4,12	,689
promovem a saúde	4,04	,656
promovem uma boa relação terapeuta/cliente	3,92	,737
geram grandes dúvidas	3,63	,814
são eficazes na prevenção da doença	3,63	,691
carecem de enquadramento legal/institucional	3,59	,771
estão bem definidas	2,97	,711
não têm efeitos secundários	2,74	,639
têm um campo de acção reduzido	2,68	,902
não têm bases científicas	2,47	,783
não são seguras	2,31	,750

Obtivemos três dimensões após a realização da ACP (cf. Quadro 5) sobre a representação dos estudantes de Enfermagem sobre as MAC². O primeiro factor está associado à percepção de bem-estar sobre as práticas das MAC. No segundo factor encontramos indicadores que remetem para sentimentos de insegurança. Por fim, o terceiro factor agrupa percepções correspondentes ao desconhecimento das MAC. Neste factor está presente, com uma contribuição pouco significativa para esta dimensão, a necessidade de enquadramento legal e institucional das MAC.

² Devido à presença de itens com valores negativos, não foi possível calcularmos o Alpha de Cronbach (α). Consequentemente, recorremos à análise correlacional das três dimensões (cf. Quadro 6, 7 e 8), onde confirmamos que os itens de cada factor estão associados de forma significativa (cf. Anexo 2).

Quadro 5 – Estrutura factorial das dimensões significantes do Conhecimento das terapias das MAC

Itens	F1	F2	F3
	Bem-estar	Insegurança	Desconhecimento
Promovem a saúde	,840	-,251	-,116
Promovem uma boa relação terapeuta/cliente	,804	-,080	-,063
Promovem o bem-estar e a qualidade de vida	,790	-,083	,007
São eficazes na prevenção da doença	,734	-,236	-,110
Têm um campo de acção reduzido	-,073	,778	,260
Estão bem definidas	,240	-,679	,273
Não são seguras	-,424	,549	,246
Geram grandes dúvidas	-,030	,059	-,728
Não têm bases científicas	-,360	,122	,649
Não têm efeitos secundários	,049	,312	,489
Carecem de enquadramento legal/institucional	,260	,015	-,281
Variância explicada	33.507	12.122	9.572
Percentagem Acumulada	33.507	45.629	55.202

Nota: Resultado da ACP: matriz após rotação *Varimax*, com normalização *Kaiser*, convergente em 5 iterações. *KMO*=,841; teste de *Bartlett* = 388.791, significância =,000

Formação e Utilização das MAC

Relativamente às MAC que foram mencionadas em disciplinas no 1º ano e no 4º ano da licenciatura de Enfermagem (cf. Quadro 9), a *Tradicional Chinesa* é a mais referida pelos estudantes deste curso (27%), de seguida a *Homeopática* (18%), a *Ayurvédica* (12%), sendo a *Naturopatia* a que fazem menos alusão (8%). No caso das terapias das MAC a *Massagem* é a mais indicada pelos participantes (77%), seguida da *Meditação* (33%) e da *Acupunctura* (17%). Das menos referidas encontramos com igual percentagem aproximada de 3%, a *Ortomolecular* e a *Iridiologia*.

Como pacientes da MAC constatamos que as práticas da MAC são pouco utilizadas (cf. Quadro 9). A *Homeopática* é a MAC mais utilizada (7%), sucedida pela *Tradicional Chinesa* (4%), *Ayurvédica* (3%) e, por fim, a *Naturopatia* (1%). Em relação às terapias, os participantes recorrem mais à *Massagem* (46%), à *Meditação* (13%) e à *Acupunctura* (10%). As terapias menos usadas são a *Quiropráxia*, o *Chi Kung* e a *Ortomolecular*, as três igualmente com cerca de 1%. De relevar que não existe nenhum estudante de Enfermagem que tenha sido paciente em *Hipnoterapia*.

Quadro 9 – Percentagem sobre a Formação e utilização das MAC

MAC e Terapias	Teve alguma disciplina no curso que fizesse alusão a:		Já utilizou alguma MAC como paciente?		Para além do seu curso, tem algum tipo de formação em alguma das MAC?		Gostaria de receber formação adicional nalguma MAC?	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Medicinas								
Naturopatia	8,2	91,8	1,3	98,7	0,7	97,3	42,9	57,1
Trad.Chinesa	27,0	73,0	4,0	96,0	1,3	98,7	63,8	36,2
Ayurvédica	12,2	87,7	2,7	97,3	0,7	97,3	32,8	67,2
Homeopática	17,7	82,3	7,4	92,6	0,0	100,0	45,0	55,0
Terapias								
Acupunctura	17,0	83,0	10,1	89,9	0,7	97,3	62,2	37,8
Osteopatia	10,2	89,8	4,7	95,3	0,0	100,0	43,1	56,9
Fitoterapia	7,5	92,5	2,7	97,3	0,0	100,0	31,3	68,7
Quiropráxia	3,4	96,6	0,7	97,3	0,0	100,0	26,7	73,3
Meditação	33,3	66,7	12,8	87,2	1,3	98,7	58,9	41,1
Hipnoterapia	9,6	90,4	0,0	100,0	0,0	100,0	43,1	56,9
Biofeedback	6,9	93,1	3,4	96,6	0,0	100,0	30,9	69,1
Massagem	77,3	22,7	45,6	54,4	9,3	90,7	87,5	12,5
Reflexologia	16,3	83,7	5,4	94,6	0,7	97,3	61,4	38,6
Reiki	13,6	86,4	8,1	91,9	2,7	97,3	51,1	48,9
Magnetoterapia	3,4	96,6	1,3	98,7	0,0	100,0	22,2	77,8
Shiatsu	14,9	85,1	2,0	98,0	0,0	100,0	41,6	58,4
Tai Chi	16,3	83,7	4,7	95,3	0,0	100,0	45,7	54,3
Chi Kung	8,2	91,8	0,7	97,3	1,3	98,7	27,2	72,8
Aromaterapia	14,3	85,7	5,4	94,6	0,0	100,0	52,5	47,5
Hidroterapia	11,6	88,4	2,7	97,3	0,0	100,0	58,3	41,7
Cromoterapia	11,6	88,4	1,3	98,7	0,0	100,0	36,4	63,6
Mesoterapia	3,4	96,6	2,7	97,3	0,0	100,0	31,6	68,4
Ortomolecular	2,7	97,3	0,7	97,3	0,0	100,0	25,2	74,8
Iridiologia	2,7	97,3	2,0	98,0	0,0	100,0	24,3	74,7

Nota: os valores acima apresentados não incluem os *missing values*.

Pouquíssimos estudantes receberam formação fora do seu curso sobre as MAC em *Tradicional Chinesa* (1%) e *Naturopatia* e *Ayurvédica*, ambas com menos de 1%. Não encontramos participantes com formação em *Homeopática*. Nas terapias existem participantes com formação somente em *Massagem* (9%), *Reiki* (3%), *Meditação* (1%), *Chi Kung* (1%) e *Acupunctura* com menos de 1%. Notamos, assim, que grande parte dos estudantes de Enfermagem do 1º e 4º ano, tanto nas MAC como nas respectivas terapias, não têm formação para além da leccionada no seu curso (cf. Quadro 9).

Por fim, observamos um interesse por parte dos inquiridos em receber formação adicional nas MAC (cf. Quadro 9), destacando-se a *Tradicional Chinesa* (64%), depois a *Homeopática* (45%), a *Naturopatia* (43%) e a *Ayurvédica* (33%).

Do total das terapias listadas apurámos que mais de 50% dos participantes gostariam de obter mais formação nas MAC, especialmente em sete terapias, sendo estas a *Massagem* (88%),

Acupuntura (62%), *Reflexologia* (61%), *Meditação* (59%), *Hidroterapia* (58%), *Aromaterapia* (53%) e o *Reiki* (51%). Os participantes revelam menos interesse em adquirirem formação adicional em *Ortomolecular* (25%), *Iridiologia* (24%) e, por último, a *Magnetoterapia* (22%).

Inclusão da MAC na licenciatura, como utente e na vida profissional

Os inquiridos não se expressaram muito claramente quanto à inclusão de disciplinas das quatro MAC no seu curso, inclusive a *Tradicional Chinesa* (M=3,24) que apresenta o valor mais elevado. Verificamos que esta situação de relativa neutralidade ou interrogação se repete nas terapias, com excepção de seis terapias, das quais os participantes concordam com a inserção de disciplinas destas áreas no seu curso, concretamente, a *Massagem* (M=4,35), *Meditação* (M=3,66), *Hidroterapia* (M=3,61), *Aromaterapia* (M=3,55), *Reflexologia* (M=3,55) e a *Acupuntura* (M=3,48) (cf. Quadro 10).

Verificamos, igualmente, que salvo a *Tradicional Chinesa* (M=3,45), os participantes parecem manter-se algo indiferentes quanto a serem utentes das MAC, caso estas fossem incluídas no PNS. O mesmo padrão se confirma com as terapias das MAC sobressaindo três terapias, a *Massagem* (M=3,99), *Acupuntura* (M=3,52) e a *Meditação* (M=3,46) que os participantes claramente concordariam em ser utentes.

Os indivíduos também não têm uma opinião formada quanto a quererem ser profissionais nas MAC, apresentando valores médios entre os 3,19 da *Acupuntura* e os 2,81 da *Ayurvédica*. Relativamente às terapias, os inquiridos apenas concordariam mesmo em ser profissionais em *Massagem* (M=3,75), sendo que nas restantes terapêuticas mantêm a posição de nem concordar ou discordar com a questão.

Quadro 10 – Média relativa à inclusão da MAC no curso, como utente e na vida profissional

MAC/Afirmações	Concorda que no seu curso estivessem incluídas disciplinas de...	Caso as MAC fossem integradas no PNS, gostaria de ser utente em ...	Gostaria de ser profissional em...
Medicinas	Média	Média	Média
Naturopatia	3,27	3,15	2,94
Tradicional Chinesa	3,42	3,45	3,19
Ayurvédica	3,09	3,01	2,81
Homeopática	3,41	3,30	3,03
Terapias	Média	Média	Média
Acupunctura	3,48	3,52	3,21
Osteopatia	3,41	3,27	2,99
Fitoterapia	3,13	3,03	2,84
Quiropráxia	3,09	2,93	2,79
Meditação	3,66	3,46	3,15
Hipnoterapia	3,10	3,00	2,91
Biofeedback	3,09	2,94	2,73
Massagem	4,35	3,99	3,75
Reflexologia	3,55	3,44	3,26
Reiki	3,37	3,28	3,15
Magnetoterapia	2,98	2,90	2,75
Shiatsu	3,22	3,28	3,01
Tai Chi	3,26	3,34	3,01
Chi Kung	3,10	3,01	2,83
Aromaterapia	3,55	3,42	3,15
Hidroterapia	3,61	3,55	3,22
Cromoterapia	3,29	3,19	3,01
Mesoterapia	3,15	3,03	2,87
Ortomolecular	3,08	2,90	2,76
Iridiologia	3,03	2,96	2,76

Grau de satisfação como paciente das MAC

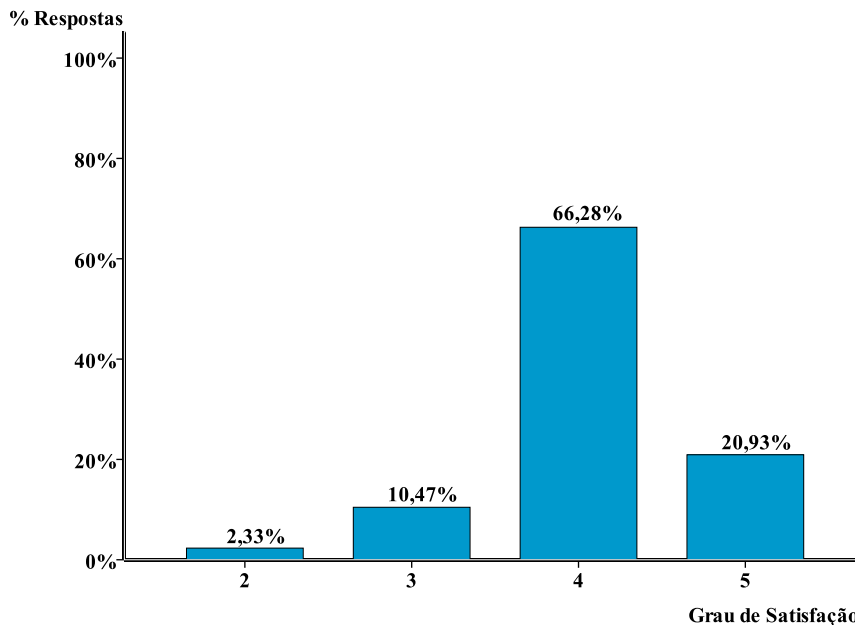
No Quadro 11 observamos que mais de metade dos participantes (57%) já recorreu às MAC (N=86).

Quadro 11 – Frequência sobre o grau de satisfação como paciente das MAC

Frequências	N
Respostas válidas	86
<i>Missing values</i>	64

Em relação ao grau de satisfação dos participantes como pacientes das MAC (cf. Gráfico 1), verificamos que a maior parte ficou satisfeita (66%) e que cerca de 21% indicaram que ficaram totalmente satisfeitos. No caso dos restantes participantes, 10% responderam com incerteza e apenas 2% mencionou ter ficado insatisfeito.

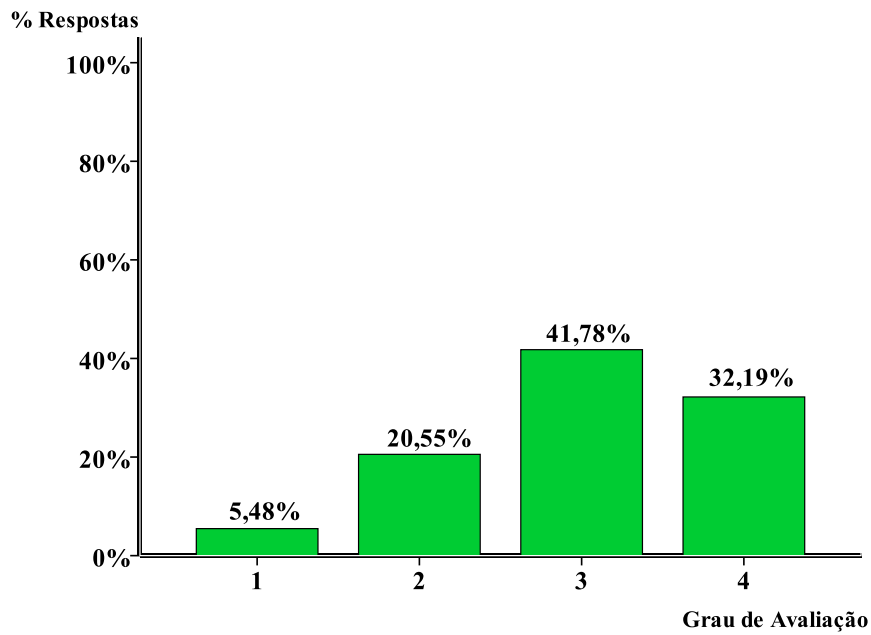
Gráfico 1 – Grau de satisfação como paciente das MAC



Avaliação do Plano Nacional de Saúde

Cerca de que 42% dos participantes não estão satisfeitos nem insatisfeitos com o Plano Nacional de Saúde (PNS), 32% estão satisfeitos e ninguém se encontra totalmente satisfeito. Aproximadamente 25% dos sujeitos estão insatisfeitos (21%) ou totalmente insatisfeitos (5%) com o PNS (cf. Gráfico 2).

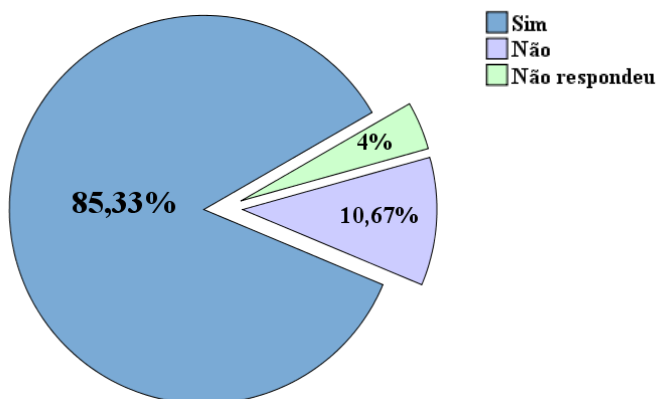
Gráfico 2 – Grau de avaliação do Plano Nacional de Saúde



Recomendação da integração das MAC no PNS

A grande maioria dos respondentes (85,33%) concorda com a integração das MAC no PNS (cf. Gráfico 3).

Gráfico 3 – Recomendação da integração das MAC no PNS



Análises de variância

Com o intuito de verificarmos os efeitos do ano de licenciatura e da idade sobre as dimensões encontradas, procedemos à realização de Análises de Variância (ANOVA) que nos revelaram alguns efeitos significativos, que aqui realçamos.

Nível de conhecimento das MAC

Ano de Licenciatura

Registamos um efeito significativo sobre o conhecimento das MAC da *Tradicional Chinesa* e a *Homeopática* consoante o ano de licenciatura. Desta forma, apesar de as médias serem baixas, verificamos que à medida que os alunos de Enfermagem avançam nos anos do seu curso de Enfermagem, os conhecimentos sobre a *Tradicional Chinesa* e a *Homeopática* aumentam (cf. Quadro 12, Anexo 3).

Idade

Encontramos uma tendência do efeito da idade sobre o conhecimento da *Ayurvédica*. Assim, os alunos mais velhos (M=1,84) tendem a saber mais sobre a *Ayurvédica* que os mais novos (M=1,37) (cf. Quadro 12, Anexo 3).

Nível de conhecimento das dimensões das terapias das MAC

Ano de Licenciatura

Existe um efeito muito significativo do ano de licenciatura sobre o nível de conhecimento relativo à *Física e Energética* e a *Utilização do elemento líquido* e ainda um outro efeito sobre a dimensão *Reequilíbrio estrutural e energético* (cf. Quadro 13, Anexo 3). Portanto, os estudantes de Enfermagem do 4º ano conhecem melhor as terapias englobadas nestas três dimensões, do que os do 1º ano.

Ano x Idade

Os alunos do 4º e os mais velhos têm um grau de conhecimento superior aos do 1º ano e os mais novos relativamente às terapias da *Utilização do elemento líquido* e da *Indução Física* (cf. Quadro 13, Anexo 2).

Análises correlacionais

Procedemos à realização de algumas análises correlacionais, com a finalidade de identificar as associações mais significativas entre o conhecimento das MAC, as dimensões das terapias, as representações sociais (RS) das MAC e as dimensões das terapias das MAC.

Quadro 14 - Correlações entre o conhecimento das dimensões terapias das MAC e o conhecimento das MAC

MAC	Órgãos e Bem-estar	Física e Energética	Cognitiva e Reequilíbrio	Reequilíbrio estrutural e energético	Utilização do elemento líquido	Indução Física
Naturopatia	,475**	,310**	,279**	,438**	,310**	,274**
Tradicional Chinesa	,333**	,493**	,284**	,540**	,358**	,296**
Homeopática	,319**	,362**	,202*	,525**	,425**	,271**
Ayurvédica	,385**	,465**	,046	,295**	,207*	,261**

Nota: *p<.05 **p<.01 ***p<.001

Os estudantes de Enfermagem que conhecem a *Naturopatia* conhecem as terapias associadas a *Órgãos e Bem-estar*, *Reequilíbrio estrutural e energético*, *Física e Energética* e *Utilização do elemento líquido*. Quanto mais se conhece a medicina *Tradicional Chinesa* melhor se conhecem as terapias referentes ao *Reequilíbrio estrutural e energético*, *Física e Energética*, *Utilização do elemento líquido* e *Órgãos e Bem-estar*. O conhecimento da medicina *Homeopática* está bastante ligado a terapias do *Reequilíbrio estrutural e energético*, *Física e Energética*, *Utilização do elemento líquido* e *Órgãos e Bem-estar*. A *Ayurvédica* é mais associada à *Física e Energética* e a *Órgãos e Bem-estar* - os estudantes que conhecem a *Ayurvédica* conhecem pouco a dimensão *Cognitiva e Reequilíbrio* (cf. Quadro 14).

Ao relacionarmos os conhecimentos dos estudantes de Enfermagem sobre as MAC com o que pensam sobre as MAC, compreendemos que, com excepção da *Naturopatia*, para os participantes que conhecem a *Tradicional Chinesa*, a *Ayurvédica* e a *Homeopática*, as MAC são representadas, principalmente, como *Desconhecimento* (cf. Quadro 15). Relativamente à correlação das dimensões das terapias com as RS das MAC, a *Insegurança* apresenta uma

correlação negativa com a dimensão *Órgãos e Bem-estar*, o que significa que quando o conhecimento sobre as terapias deste grupo aumenta o sentimento de insegurança diminui. O *Bem-estar* em relação às MAC está directamente associado à *Física e Energética*.

Quadro 15 - Correlações entre as RS das MAC e o conhecimento das MAC e dimensões das terapias

MAC/Representação das MAC	Bem-estar	Insegurança	Desconhecimento
Naturopatia	,109	-,148	,088
Trad.Chinesa	,133	-,138	,170*
Ayurvédica	,158	-,152	,215**
Homeopática	,114	-,078	,187*
Dimensões das terapias /Representação das MAC			
Órgãos e Bem-estar	,112	-,171*	,113
Física e Energética	,220**	-,162	,084
Cognitiva e Reequilíbrio	,120	-,159	,062
Reequilíbrio estrutural e energético	,064	-,101	,035
Utilização do elemento líquido	,132	-,086	,044
Indução Física	,120	-,060	,111

Nota: *p<.05 **p<.01 ***p<.001

Capítulo 5

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos evidenciam que os futuros enfermeiros não têm muita informação nem grandes conhecimentos sobre as MAC. Assim, salvo a *Naturopatia*, as MAC são representadas sobretudo como *Desconhecimento*. Esta condição não se verifica nas terapias associadas às MAC, embora a *Massagem* seja a única terapia bem conhecida, sendo utilizada em diversas áreas.

A idade e em especial o ano de licenciatura influem sobre o conhecimento das práticas das MAC, pelo que se verifica a hipótese 1. Deste modo, os estudantes do 4º ano possuem um nível de conhecimento de *Tradicional Chinesa*, *Homeopática* e das terapias ligadas à *Física e Energética*, *Utilização do elemento líquido* e *Reequilíbrio estrutural e energético*, superior aos dos alunos do 1º ano, o que salienta a socialização desenvolvida durante os quatro anos do curso de Enfermagem, como um contributo para obter mais conhecimentos sobre as MAC. Por outro lado, tanto os alunos do 4º ano como os mais velhos sabem mais sobre as terapias da *Utilização do elemento líquido* e da *Indução Física* do que os do 1º ano e mais novos. Constatámos ainda que existe uma ligeira tendência para os jovens mais velhos terem mais conhecimentos em *Ayurvédica* do que os mais novos. Confirma-se também a ideia de que o conhecimento está relacionado com a aprendizagem (e.g. Bennet e Bennet, 2004) relacionado com o nível académico.

O conhecimento das MAC está significativamente associado com o conhecimento das suas terapias. Assim, os estudantes de Enfermagem que conhecem a *Naturopatia*, *Tradicional Chinesa* e a *Homeopática* têm mais conhecimentos sobre as terapias associadas a *Órgãos e Bem-estar*, *Reequilíbrio estrutural e energético*, *Física e Energética* e *Utilização do elemento líquido*. No que respeita à medicina *Ayurvédica*, os alunos conhecem melhor as terapias ligadas a *Órgãos e Bem-estar* e *Física e Energética*. De destacar que as dimensões menos conhecidas nas MAC são a *Cognitiva e Reequilíbrio* e a *Indução Física*.

Contrariamente ao que havíamos previsto na hipótese 2, não encontramos um efeito significativo da idade na representação das MAC, uma vez que não se apurou diferenças claras em nenhuma das dimensões encontradas. A não confirmação desta hipótese é um resultado expressivo que está relacionado com o grau de desconhecimento que os alunos de Enfermagem revelam sobre as MAC. Desta forma, podemos constatar que encontramos um efeito do curso e os do 4º ano em geral e mais velhos do que os do 1º ano, ou seja, não basta

ser mais velho, é necessário estar academicamente mais avançado, logo com maiores graus de conhecimento e de socialização; daí o efeito do curso ser mais importante que o da idade.

A maior parte dos jovens encaram as MAC como práticas úteis, que promovem a saúde, o bem-estar, a qualidade de vida e uma boa relação entre o terapeuta e o cliente, onde destacamos um sentimento de *Bem-estar* associado à dimensão *Física e Energética*. A concordância com estes benefícios das MAC poderá ser um reforço no sentido do potencial destas práticas como um possível contributo para a melhoria dos sistemas de saúde de múltiplos países (OMS, 2002). Contudo, apesar de em média discordarem que as MAC *não têm bases científicas* e que *não são seguras*, a maioria dos estudantes considera que *gera grandes dúvidas* e não sabem se as MAC estão bem definidas ou se podem causar efeitos secundários. Por outro lado, quando aumenta o conhecimento sobre as terapias responsáveis pela harmonização dos *Órgãos e Bem-estar*, a *Insegurança* dos alunos de Enfermagem em relação às MAC diminui. Daí salientarmos a importância do aumento de investigações científicas rigorosas e bem estruturadas nesta área, para garantir a sua segurança e eficácia (NCCAM, 2008) e o reporte e monitorização dos eventuais efeitos secundários destas práticas (Lim *et al.*, 2010).

Os resultados obtidos permitiram-nos compreender o posicionamento das MAC na vida destes estudantes. A nível académico, as MAC são pouco abordadas pelos professores de Enfermagem. A *Tradicional Chinesa* é a MAC mais mencionada nas disciplinas do curso de Enfermagem, e a Naturopatia a menos referida. Nas terapias sobressai a *Massagem*, *Meditação* e a *Acupunctura* e as menos indicadas são a *Ortomolecular* e a *Iridiologia*. Por outro lado, quando questionados com a possibilidade de incluir disciplinas das MAC no seu curso, os alunos concordariam, sobretudo, com a inclusão da *Acupunctura*, *Aromaterapia*, *Hidroterapia*, *Massagem*, *Meditação* e da *Reflexologia*, observando-se uma posição de neutralidade em relação às restantes práticas.

Das terapias referidas apenas a *Acupunctura* está regulamentada pela lei portuguesa (Diário da República, 2003), o que mostra interesse por parte destes futuros profissionais de saúde em incluir no seu curso terapias complementares que ainda não estão legisladas em Portugal.

Embora a maioria dos estudantes de Enfermagem estejam satisfeitos com o serviço prestado enquanto pacientes das MAC, estas práticas são pouco utilizadas, com excepção da *Massagem*. A MAC mais usada (com cerca de 8%) é a *Homeopática* e a menos a *Naturopatia*.

Na sua maioria, os alunos de Enfermagem não têm formação nestas áreas. Apenas cerca de 1% recebeu formação em *Tradicional Chinesa*, *Naturopatia* e *Ayurvédica*. Nas terapias,

encontramos menos de 10% com formação em *Massagem, Reiki, Meditação, Chi Kung e Acupuntura*. Notamos assim que grande parte dos futuros enfermeiros não tem formação além da leccionada academicamente.

Contudo, existe um forte interesse dos estudantes em obter mais formação, especialmente em *Tradicional Chinesa*. Assinalamos um particular interesse dos alunos na *Massagem, Acupuntura, Reflexologia, Meditação, Hidroterapia, Aromaterapia* e no *Reiki*. A terapia que suscitou menos interesse foi a *Magnetoterapia*. Ao invés, os participantes gostariam de ser profissionais em *Massagem*, sendo que nas restantes MAC e terapêuticas não têm uma opinião muito fundamentada. Estes resultados salientam a *Massagem* como uma terapia da MAC com uma presença forte em todas as áreas relacionadas com a vida dos estudantes de Enfermagem.

Em relação à apreciação do Plano Nacional de Saúde (PNS), apenas cerca de um terço dos alunos se encontram satisfeitos com o trabalho desenvolvido por este plano. Por outro lado, salienta-se ainda que cerca de 25% não estão satisfeitos com o PNS e perto de 40% ainda não têm uma opinião clara. Ao constatar que cerca de 85% dos estudantes de Enfermagem recomenda a integração das MAC no PNS, validamos a hipótese 3, o que concorda com os resultados obtidos num estudo brasileiro (Trovó, 2002). Caso as MAC fossem inseridas no PNS, os estudantes de Enfermagem concordariam em serem utentes, em particular, da medicina *Tradicional Chinesa* e da *Massagem, Acupuntura e Meditação*. Seria relevante para futuras investigações, a identificar-se as razões que influenciam a recomendação das MAC no PNS.

Este estudo acrescentou valor às investigações realizadas no âmbito das MAC. Embora não tenha sido realizado com uma extensa população (N=150), o que não permite extrapolar ou generalizar os resultados, esta investigação permitiu ter uma visão abrangente sobre a realidade dos estudantes de Enfermagem face às MAC. A confirmação da recomendação das MAC no PNS veio reforçar a ideia do crescimento assinalável que estas práticas têm conquistado nos últimos dez anos (EICCAM, 2008). Por outro lado, este estudo realça ainda a importância da divulgação de informação relacionada com as MAC, como um meio de melhorar o conhecimento dos estudantes de Enfermagem nesta área e de contribuir para a sua formação como profissionais mais esclarecidos sobre este tema de grande relevância, na área da saúde pública e em termos sociais.

Esta ideia poderá melhorar a qualidade da comunicação entre os pacientes e os futuros enfermeiros, tornando-os mais habilitados para aceitar ou questionar os pacientes sobre a utilização das MAC e o reporte de eventuais efeitos secundários à entidade responsável (Heck

et al., 2000). O objectivo desta iniciativa seria proporcionar uma prestação de cuidados de saúde com maior segurança, visto que em Portugal tem havido uma crescente cooperação entre a medicina convencional e as MAC (e.g. Almeida, 2008).

Capítulo 6

CONCLUSÕES

As Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) poderão ter um lugar no Plano Nacional de Saúde (PNS). É esta a recomendação dos estudantes de Enfermagem. Será este um meio para aumentar as opções de escolha dos pacientes com práticas que não pertencem à medicina convencional? (e.g. Olver, 2012). No entanto, os futuros enfermeiros têm um elevado grau de desconhecimento sobre as MAC, pela pouca presença que estas práticas têm nas várias áreas das suas vidas.

Estamos numa fase de mudanças, inclusive no sector da saúde onde é necessário melhorar o seu desempenho (e.g. OMS, 2010). Um dos principais intervenientes no mundo da saúde são os enfermeiros. Os futuros enfermeiros terão a importante responsabilidade de gerir a assistência dos cuidados de saúde aos pacientes. O que pensam os estudantes de Enfermagem sobre as MAC? Será que recomendam a sua integração no Plano Nacional de Saúde? Como tal, nesta investigação procurámos saber como é que estes estudantes representavam as MAC e se recomendavam a sua integração no Plano Nacional de Saúde. Foi este o ponto de partida para percebermos como esta problemática é sentida.

Colocámos como principais objectivos neste estudo, a identificação e análise do modo como uma população de alunos de Enfermagem representa as MAC e verificar e analisar se a utilização e recomendação das MAC diferia consoante o ano de licenciatura e a idade.

As MAC são pouco conhecidas e salientam-se pouco na vida dos futuros enfermeiros, com excepção da Naturopatia. Nas terapias, destaca-se a Massagem que é bem conhecida pelos estudantes e tem sido o seu principal elo de ligação com as MAC, quer do ponto de vista de utente, quer profissional. Das terapias por nós agrupadas, a Cognitiva e Reequilíbrio e a Indução Física são as menos conhecidas. Contudo, com o avanço na idade e na licenciatura, encontramos maior grau de conhecimento destes alunos nalgumas MAC. Os estudantes de Enfermagem do 4º ano sabem mais que os do 1º ano sobre Tradicional Chinesa, Homeopática e das terapias das dimensões Física e Energética, Utilização do elemento líquido e Reequilíbrio estrutural e energético, o que salienta a frequência da licenciatura de Enfermagem como um factor de socialização que contribui para um maior conhecimento sobre estas práticas. Em relação aos alunos do 4º ano e os mais velhos, ambos conhecem melhor as terapias da Utilização do elemento líquido e da Indução Física, que os do 1º ano e os mais novos. Existe também uma certa tendência que indica que os alunos mais velhos

possuem mais conhecimentos que os mais novos em Ayurvédica. Desta forma, salientamos a importância do papel da aprendizagem na criação de conhecimento (e.g. Bennet e Bennet, 2004).

A pouca presença das MAC no lado académico, profissional e na saúde destes alunos é significativa. A medicina Tradicional Chinesa e as terapias da Massagem, Meditação e da Acupunctura são as mais abordadas pelos professores de Enfermagem. Enquanto disciplinas no seu curso, os estudantes aceitariam as terapias da Acupunctura, Aromoterapia, Hidroterapia, Massagem, Meditação e Reflexologia. Na Lei portuguesa somente a Acupunctura está regulamentada (Diário da República, 2003), o que evidencia interesse em incluir no seu curso algumas terapias complementares ainda sem legislação em vigor. Apesar de terem vontade em aprender mais sobre a medicina Tradicional Chinesa e algumas terapias como a Massagem, Acupunctura, Reflexologia, Meditação, Hidroterapia, Aromaterapia e o Reiki, grande parte dos alunos tem pouca ou nenhuma formação fora do âmbito universitário. Profissionalmente, por não terem uma opinião certa em relação às outras MAC, a Massagem seria a única escolha. Como pacientes, quase metade destes alunos de Enfermagem já recorreu a esta terapêutica, o que não acontece nas restantes práticas das MAC, pela sua pouca utilização.

Os alunos de Enfermagem consideram as MAC úteis, promotoras da saúde, do bem-estar, da qualidade de vida e de uma boa relação entre o terapeuta e o cliente. Para O'Brien (2004) estas práticas poderão trazer grandes benefícios para a saúde pública, particularmente para melhorar a saúde e prevenir doenças, tratar doenças crónicas que não têm tratamentos eficazes da medicina convencional. Contudo, estes estudantes mostraram-nos que as MAC suscitam grandes dúvidas, e não sabem se podem ter efeitos secundários, ou se estão bem definidas. As diferenças de idade não influenciaram estas percepções, o que nos leva novamente à questão da falta de conhecimento sobre as MAC. Deste modo, salientamos a importância de colmatar a esta necessidade de informação relativa às MAC, já referida noutros estudos (e.g NCCAM, 2008; Linde *et al.*, 2001; Ernst, 2001).

Em relação ao Plano Nacional de Saúde (PNS), apenas cerca de um terço dos alunos de Enfermagem estão satisfeitos com o trabalho desenvolvido. De referir que aproximadamente 40% não tem uma posição clara face à sua avaliação e cerca de um quarto dos estudantes não estão satisfeitos. Perante a principal questão da nossa investigação sobre a possibilidade de integração das MAC no PNS, 85% dos estudantes de Enfermagem recomendaram-na. Esta inclusão poderá trazer benefícios como a redução de custos médicos, prevenindo e tratando a doença através das MAC (Holliday, 2003). Se as MAC passassem a integrar o PNS, os alunos

seriam utentes das práticas que os professores de Enfermagem mais mencionam nas suas aulas, ou seja, da medicina Tradicional Chinesa e da Massagem, Acupunctura e Meditação.

Estes resultados mostraram-nos a forma como as MAC são vistas pelos estudantes de Enfermagem. Escolhemos as MAC como tema de pesquisa dado a OMS (2002) considerar que poderão ser mais um meio para melhorar os sistemas de saúde em muitos países. Porém, em futuras investigações, haveria interesse em trabalhar com outras populações e com uma amostra mais vasta, como os enfermeiros, médicos e até mesmo a população em geral. Outro foco interessante de análise seria também averiguar quais são os motivos que levam os indivíduos a recomendarem a inserção das MAC no PNS.

A prestação de cuidados de saúde é um meio para garantir a qualidade de vida de todos os cidadãos. A recomendação da integração das MAC no PNS pelos alunos de Enfermagem é mais uma prova que as MAC estão a crescer e suscitam não só curiosidade como interesse e confiança. Para tal, sendo a qualidade e a segurança da prestação de cuidados de saúde duas características fundamentais, é necessário haver mais informação sobre estas práticas, para que ajudem na formação dos futuros profissionais da saúde, e para que possam estar disponíveis a todos, como utentes.

REFERÊNCIAS

- ACS (2011a), Indicadores e Metas do PNS, <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/plano+nacional+de+saude/pns+0410/indicadores+metas+pns.htm>.
- ACS (2010b), Plano Nacional de Saúde 2004-2010, <http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/03/pnsvi.pdf>.
- ACS (2011b), Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Estratégias para a saúde (versão discussão), <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016>.
- ACS (2010c), Plano Nacional de Saúde 2011-2016, Visão, modelo conceptual e estratégia de elaboração, <http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>.
- Almeida, J. (2008), O debate político e o conflito inter-profissional em redor da regulamentação das medicinas alternativas e complementares em Portugal, *V Congresso Português de Sociologia de 25 a 28 de Junho, Mundos Sociais Saberes e Práticas*, N.º série 336, Lisboa, Portugal: Universidade Nova – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, 1-12.
- Alves, M. (2007), *O serviço de atendimento permanente - satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, ICBAS – Porto.
- Antunes, M. (2001), *A Doença na Saúde*. Lisboa: Quetzal Editores
- Azevedo, C.M. (2009), Sistema de Saúde Português é dos piores, *Jornal de Notícias*, 29 de Setembro.
- Baganha, M., J. Ribeiro e S. Pires (2002), *O sector da Saúde em Portugal. Funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*, Paperback, Oficina do CES. N.º 182, Centro de Estudos Sociais - Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>.
- Bann, C.M., E.G. Walsh e F.M. Sirois (2010), Provider Support in Complementary and Alternative Medicine: Exploring the Role of Patient Empowerment, *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 16 (7), 745–752.
- Bardouille, N.C. (2000), The transformation of governance paradigms and modalities: insights into the marketisation of the public service in response to globalization, *The Round Table*: 353, 81-106.
- Barnes, P.M., B. Bloom, B. e R. Nahin (2008), *Complementary and Alternative Medicine Use Among Adults and Children*: United States.
- Barry, C.A. (2006), The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches, *Social Science and Medicine* 62: 2646-2657.

Bennet, A. e B. Bennet (2004), The Partnership Between Organizational Learning and Knowledge Management, in Clyde W. Holsaple, *Handbook on Knowledge Management 1: Knowledge Matters*, Volume 1.

Bishop, F., G. Lewith e L. Yardley (2006), Why do people use different forms of complementary medicine? Multivariate associations between treatment and illness beliefs and complementary medicine use, *Psychology and Health* 21 (5), 683-698.

Campos, A.C. (2008), *Reformas da Saúde – o fio condutor*, Coimbra: Almedina.

Coulter, I. (2004), Integration and paradigm clash, The practical difficulties of integrative medicine, in Tovey, P., Easthope, G. e Adams, J. (eds), *The Mainstreaming of Complementary and Alternative Medicine*, Routledge: New York.

Da Silva, C., A. Bugio e S. Silva (2002), Mudança Organizacional em Saúde, *IV Jornadas do Departamento de Sociologia da Universidade de Évora, 14 e 15 de Março*, Évora.

Destak (2011), PSD, CDS-PP e PS aprovam projecto para alterar regime jurídico Conselhos Municipais de Juventude, *Destak*, 21 de Outubro, <http://www.destak.pt>.

Dalen, J.E. (1998), Conventional and unconventional medicine: can they be integrated? *Arch Intern Med.* 158(20), 2179-2181.

Davenport, T.H. e L. Prusak (1998), Working knowledge, *Harvard Business School Press*, Boston.

Diário da República (2003), Lei do enquadramento base das terapêuticas não convencionais, Iª Série, N.º 193, 22 de Agosto de 2003, 5391-5392, <http://www.dre.pt/pdf1s/2003/08/193A00/53915392.pdf>.

Diário da República (2011), Resolução da Assembleia da República n.º 146/2011, Iª Série, N.º 215, 9 de Novembro de 2011, 4792, <http://dre.pt/pdf1sdip/2011/11/21500/0479204792.pdf>.

Diário Digital (2012), Estudo: Medicina tradicional chinesa é potencialmente nociva, 13 de Abril, http://diariodigital.sapo.pt/news.asp?id_news=568058.

Durkheim, E. (1898), Representations individuelles et representations collectives, *Revue de Métaphysique et de Morale* 6, 273-302.

Easthope, G., B. Tranter, G. Gill e J. Beilby (1999), Acupuncture in Australian general practice: patient characteristics, *Med. J. Aust.* 170, 259-262.

Eira, A. (2010), *A saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*. Tese de Mestrado, FEP – Porto.

Epstein, R. (2000), The Science of patient-centered-care, *J. Fam. Pract.* 49 (9): 805-807.

Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review, *Bulletin of the World Health Organization* 78 (2), 252-257.

Ernst E. (2001), *Medicina complementar: uma avaliação objetiva*. São Paulo: Editora Manole.

Ernst E. (2002), Rise in popularity of complementary and alternative medicine: reasons and consequences for vaccination, *Vaccine* 2002 (20), 90-93.

European Commission (2010), Complementary and alternative medicine finally gets a break, *European Commission, Research Information Center - Health & Life Science*, 8 Janeiro, http://ec.europa.eu/research/headlines/news/article_10_01_08_en.html.

European Information Centre for Complementary & Alternative Medicine (2008), European Information Centre for Complementary & Alternative Medicine – EICCAM, <http://www.eiccam.eu/pdfs/eiccambrochurecomplete.pdf>.

Fernandes, N. (2012), Novas regras para o exercício da medicina não convencional, *Diário de Notícias*, 1 de Fevereiro.

FMUC (2012), Curso de Pós-Graduação em Acupunctura, <https://woc.uc.pt/fmuc/2modulecursos.do?idcurso=24>.

Furnham, A. (2000), How the public classify complementary medicine: a factor analytic study, *Complement Ther Med* 8, 82-87.

Furnham, A. (2002), Complementary and alternative medicine, *The Psychologist* 15 (5), 228-231.

Gagnier, J.J., C. Bombardiera, D. Moger, H. Boon, J. Barnes, P. Rochon *et al.* (2006), Recommendations for reporting randomized controlled trials of herbal interventions: explanation and elaboration, *J Clin Epidemiol* 59, 1134-49.

Giordano, J., D. Boatwright, L. Huff e S. Stapleton (2002), Blending the boundaries: steps toward an integration of complementary and alternative medicine into mainstream practice, *J Altern Complement Med* 8 (6), 897-906.

Gordon, R.J. (1998), *Alternative Therapies, Expanding Options in Health Care*, Springer Publishing Company. New York.

Heck, A.M., A.L. Lukes e B.A. DeWitt (2000), Potential interactions between alternative therapies and warfarin, *Am J Health Syst Pharm* 57, 1221-1227.

Holliday, I. (2003), Traditional medicines in modern societies: an exploration of integrationist options through East Asian experience, *J Med Philos*, 28 (3), 373-89.

House of Lords Select Committee on Science and Technology (2000), *Complementary and alternative medicine, 6th report 1999-2000*, London: The Stationery Office.

ICBAS (2012a), Pós Graduação em Acupunctura, http://sigarra.up.pt/icbas/cursos_geral.FormView?P_CUR_SIGLA=ACUP.

ICBAS (2012b), Mestrado em Medicina Tradicional Chinesa, http://sigarra.up.pt/icbas/cursos_geral.FormView?P_CUR_SIGLA=MMTC.

Irwin, R.S e N.D. Richardson (2006), Patient-focused care: using the right tools, *Chest* 130, Supplement 1, 73-82.

ISLA (2012), *Pós Graduações Acupunctura*, <http://www.isla.pt/oferta-formativa/pos-graduacoes/acupunctura>.

Jodelet, D. (1984), Les representations sociales: phénomènes, concept et théorie, In S.Moscovici (Ed.), *Psychologie Sociale*. Paris: Presses Universitaires de France.

Jodelet, D. (1989), Les représentations sociales: un domaine en expansion, In D. Jodelet (Org.), *Les representations sociales*. Paris: PUF.

Jones, C. (2005), The spectrum of therapeutic influences and integrative health care: classifying health care practices by mode of therapeutic action, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 5, 937-944.

Jornal Público (2001), Medicinas alternativas voltam hoje à AR, *Jornal Público*, 17 de Abril, <http://www.publico.pt/Sociedade/medicinas-alternativas-voltam-hoje-a-ar-19285>.

Kaptchuk, T.J. e D.M. Eisenberg (2001), Varieties of healing: A taxonomy of unconventional healing practices. *Ann Intern Med* 3, 196–204.

Lim, A., N. Cranswick e S. Michael (2010), Adverse events associated with the use of complementary and alternative medicine in children. *Arch Dis Child*, 96 (8), 786-7.

Linde, K., W.B. Jonas, D. Melchart e S. Willich (2001), The methodological quality of randomized controlled trials of homeopathy, herbal medicines and acupuncture, *Int J Epidemiol* 30(3), 526-31.

LUSA (2010), Novo Plano Nacional de Saúde quer doentes mais activos na adopção de comportamentos saudáveis, *Jornal Público*, 29 de Junho.

LUSA (2011), ERS defende regulamentação das terapêuticas não convencionais, *Agência de Notícias de Portugal*, 28 de Janeiro, <http://www.rtp.pt>.

Luz, M. T. (2005), Cultura Contemporânea e Medicinas Alternativas: Novos Paradigmas em Saúde no Fim do Século XX, *PHYSIS Revista Saúde Colectiva* 15, suplemento, 145-176.

Mendes, D. (2009), SNS faz 3000 consultas de acupunctura todos os anos, *Diário de Notícias*, 9 de Outubro.

Ministério da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: mais saúde para todos*, Volume 2. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Ministério da Saúde (2010a), Diário da República Iª Série, N.º 214, 15 de Setembro de 1979, 2357-2363, <http://www.min-saude.pt>.

Ministério da Saúde (2010b), Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, <http://www.min-saude.pt>.

Ministério da Saúde (2010c), História do Serviço Nacional de Saúde, <http://www.min-saude.pt>.

Ministério da Saúde (2010d), OMS avalia Plano Nacional de Saúde 2004-2010, <http://www.min-saude.pt>.

Ministério da Saúde (2009), Guia do Utente, <http://www.min-saude.pt>.

Moscovici, S. (1961/1976), *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: PUF.

Moscovici, S. e C. Nemeth (1974), Minority influence, In: Nemeth, C. (org.). *Social psychology: classic and contemporary integrations*. Chicago: Rand McNally, 217-250.

Moscovici, S. (1978), *A representação social e psicanálise*, Rio de Janeiro: Zahar.

Moscovi (1984), The Phenomenon of Social Representations, In R. Farr e S.Moscovici (Eds.), *Social Representations*, Cambridge: Cambridge University Press.

Moscovici (1981), On Social Representations, In J.P Fargas (Ed), *Social Cognition: Perspectives on everyday understanding*. London: Academic Press

Moscovici (2003), *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Rio de Janeiro: Vozes.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (2008), CAM Basis, <http://nccam.nih.gov/health/whatisacam>.

Nahin, R.L., C.H. Pontzer e M.A. Chesney (2005), Racing Toward The Integration Of Complementary And Alternative Medicine: A Marathon Or A Sprint?, *Health Aff* (Millwood) 24(4), 991-993.

Nuñez, H.M.F. (2002), *Terapias alternativas/complementares: o saber e o fazer das enfermeiras do Distrito Administrativo 71- Santo Amaro - São Paulo*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem de Saúde Coletiva - Escola de Enfermagem da USP

Norte, H. (2005), Terapias não convencionais sem regulamentação à vista, *Jornal de Notícias*, 31 de Dezembro.

O'Brien, K. (2004), Complementary and alternative medicine: the move into mainstream health care, *Clin Exp Optom*, 87(2), 110-120.

Oguamanam C. (2006), Biomedical orthodoxy and complementary and alternative medicine: Ethical challenges of integrating medical cultures, *J Altern Complement Med* 12(6), 577-581.

Oliveira, A. (2008a), *Ilusões na idade das emoções – representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Oliveira, A. (2008b), *O Desafio da Morte*. Lisboa: Âncora Editora.

Oliveira, A. (2011), *O desafio da vida*. Lisboa: Coisas de Ler Edições, Lda.

Olver, I. (2012), *Complementary and Alternative Medicines – The Introductory Perspective*, In: *Perspectives on Complementary and Alternative Medicines*, United Kingdom: Imperial College Press.

OMS (2010), *Portugal Health System Performance Assessment*, <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/01/PHSAP.pdf>.

OMS (2010), *Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004-2010)*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/83991/E93701.pdf.

OMS (2001), *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*, Geneva.

OMS (2002), *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*, World Health Organization, Geneva 2002, 1-3, www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_eng.pdf.

OMS (2004), *Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine*, Geneva, Switzerland.

OMS (2008), *Beijing Declaration*, http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationEN.pdf.

OPSS (2003a), *Evolução do Sistema de Saúde Português*, <http://www.observaport.org>.

OPSS (2003b), *Um olhar sobre as reformas e as políticas de saúde*, <http://www.observaport.org>.

OPSS (2004), *Uma análise crítica das orientações estratégicas 2004 / O Plano Nacional de Saúde Português*, (Ed.), <http://www.observaport.org>.

OPSS (2009), *10 anos OPSS, 30 anos SNS. Razões para continuar. Relatório da Primavera 2009*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC) e Universidade de Évora, (Ed.), <http://www.observaport.org>.

Parsons, T. (1982), *El sistema Social*. Madrid: Alianza Editorial.

Paulo, A. (2010), *SNS: Caracterização e desafios*, <http://www.gpeari.min-financas.pt>.

Porcino, A., BSc e C. MacDougall (2009), *The Integrated Taxonomy of Health Care: Classifying Both Complementary and Biomedical Practices Using a Uniform Classification Protocol*, *International Journal of Therapeutic Massage & Bodywork: Research, Education & Practice* 2(3).

Queiroz, M. (2000), O itinerário rumo às medicinas alternativas: uma análise em representações sociais de profissionais da saúde, *Cad. Saúde Pública*, vol.16, n.2, 363-375.

Sevalho, G. (1993), Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença, *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 9 (3): 349-363.

Silva, B.A. (2007), *Optar pelo uso de terapias alternativas e complementares: representações sociais da medicina alternativa e/ou complementar e da medicina oficial/convencional*. Dissertação de Mestrado, FPCEUP – Porto.

Singer, J. e K. Fisher (2007), The impact of co-option on herbalism: A bifurcation in epistemology and practice, *Health Sociology Review*, 16(1), 18-25

Sharma, U. (1996), Using complementary therapies: A challenge to orthodox medicine? In S.J. Williams e M. Calnan (eds) *Modern Medicine*, UCL Press: London.

Sousa, M.A. (1998), *Medicinas complementares e seu desenvolvimento no contexto económico e social: Importância do enquadramento destas medicinas no serviço nacional de saúde*. Tese de Mestrado, Instituto Técnicas de Saúde, Lisboa.

Swartzman, L.C., A.R. Harshman, J. Burkell e M.E. Lundy (2002), What Accounts for the Appeal of Complementary/Alternative Medicine, and What Makes Complementary/Alternative Medicine ‘Alternative’?, *Medical Decision Making* 22 (5), 431–450.

Stewart, M. (2001), Towards a global definition of patient centred care: the patient should be a judge of patient centred care, *BMJ* 322(7284), 444-445.

Stewart, M., A. Donner, J.B. Brown, J. Oates, I.R. Mcwhinney, W.W. Weston e J. Jordan (2000), The impact of patient-centered care on outcomes, *J Fam Pract* 49(9), 796-804.

Stone, J. e J. Katz (2005), Can complementary and alternative medicine be classified?, In T. Heller, G. Lee-Treweek, J. Katz, J. Stone e S. Spurr (Eds.), *Perspectives on Complementary and Alternative Medicine*, London: Routledge, 33-58.

Stone, J. (2002), *An ethical framework for complementary and alternative therapists*. London: Routledge.

Tataryn, D. (2002), Paradigms of health and disease: a framework for classifying and understanding complementary and alternative medicine, *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 8(6), 877-892.

Trovó, M.M., M.J.P. Silva (2002), Terapias alternativas / complementares - a visão do graduando de enfermagem, *Rev Esc Enferm* 36(1), 80-87.

TSF Rádio Notícias (2012), Governo quer cédula profissional obrigatória nas medicinas alternativas, TSF, 1 de Fevereiro, http://www.tsf.pt/PaginaInicial/Portugal/Interior.aspx?content_id=2276656.

Vala, J. (1981), Grupos sociais e representação social da violência. *Psicologia* 2 (4), 329-342.

Vala, J. (1986), Sobre as representações sociais – para uma epistemologia do senso comum. *Cadernos de Ciências Sociais* 4, 5-30.

Vala, J. (1998), Validação Social das Representações Sociais Polémicas em Psicologia e Sociedade, in *Ciclo de Conferências*, A.D. Gomes e J.P. Valentim, Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

ANEXOS

1. ACP - Soluções iniciais das variáveis

Solução inicial referente ao conhecimento das terapias das MAC

Rotated Component Matrix^a

	Component					
	1	2	3	4	5	6
Ortomolecular	,806	,021	,050	,091	-,054	,316
Iridiologia	,766	,144	,261	,096	,007	,301
Magnoterapia	,764	,147	,094	-,022	,149	-,006
Biofeedback	,704	,071	-,111	-,071	,266	-,100
Chi Kung	,671	,320	-,048	,140	,062	,095
Quiropráxia	,666	,075	-,022	,314	-,026	,185
Reiki	,094	,768	,210	,132	-,110	,299
Shiatsu	,269	,688	,179	,264	,204	-,118
Reflexologia	,143	,635	-,037	,032	,263	,382
Tai Chi	,213	,563	,366	,172	,241	-,152
Meditação	,090	,197	,838	,091	-,057	,027
Massagem	-,125	,111	,774	,106	,189	,151
Hipnoterapia	,370	,055	,476	,166	,269	-,001
Osteopatia	,078	,128	,202	,724	,250	,100
Fitoterapia	,317	,206	-,038	,721	-,021	-,050
Acupuntura	-,120	,088	,453	,641	,074	,218
Hidroterapia	,135	,090	,172	,142	,842	,129
Aromaterapia	,118	,381	,088	,119	,654	,401
Mesoterapia	,215	,001	,019	,232	,235	,672
Cromoterapia	,267	,330	,241	-,092	,092	,649

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 9 iterations.

Solução inicial referente às RS das MAC

Rotated Component Matrix^a

	Component		
	1	2	3
promovem a saúde	,840	-,251	-,116
promovem uma boa relação terapeuta/cliente	,804	-,080	-,063
promovem o bem-estar e a qualidade de vida	,790	-,083	,007
são eficazes na prevenção da doença	,734	-,236	-,110
têm um campo de acção reduzido	-,073	,778	,260
estão bem definidas	,240	-,679	,273
não são seguras	-,424	,549	,246
geram grandes dúvidas	-,030	,059	-,728
não têm bases científicas	-,360	,122	,649
não têm efeitos secundários	,049	,312	,489
carecem de enquadramento legal/institucional	,260	,015	-,281

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

2. Quadros de análise correlacional referentes às RS das MAC

Quadro 6 – Correlações entre os itens do Factor Bem-estar das MAC

Itens Factor Bem-estar das MAC	promovem o bem-estar e a qualidade de vida	promovem a saúde	promovem uma boa relação terapeuta/cliente	são eficazes na prevenção da doença
promovem o bem-estar e a qualidade de vida	-	,622**	,499**	,493**
promovem a saúde	,622**	-	,675**	,614**
promovem uma boa relação terapeuta/cliente	,499**	,675**	-	,494**
são eficazes na prevenção da doença	,493**	,614**	,494**	-

Nota: *p<.05 **p<.01 ***p<.001

Quadro 7 – Correlações entre os itens do Factor Insegurança na MAC

Itens Factor Insegurança na MAC	têm um campo de acção reduzido	estão bem definidas	não são seguras
têm um campo de acção reduzido	-	-,270**	,424**
estão bem definidas	-,270**	-	-,235**
não são seguras	,424**	-,235**	-

Nota: *p<.05 **p<.01 ***p<.001

Quadro 8 – Correlações entre os itens do Factor Desconhecimento da MAC

Itens Factor Desconhecimento da MAC	geram grandes dúvidas	não têm bases científicas	não têm efeitos secundários	carecem de enquadramento legal/institucional
geram grandes dúvidas	-	-,221**	-,068	,063
não têm bases científicas	-,221**	-	,167*	-,111
não têm efeitos secundários	-,068	,167*	-	-,123
carecem de enquadramento legal/institucional	,063	-,111	-,123	-

Nota: *p<.05 **p<.01 ***p<.001

3. Quadros de análise de variância relativos ao conhecimento das MAC e das dimensões das terapias das MAC

Quadro 12 - Resultados das análises de variância sobre o conhecimento das MAC

Conhecimento das MAC	1º Ano	4º Ano	18-21 anos	> 21 anos	18-21 anos		> 21 anos	
					1º Ano	4º Ano	1º Ano	4º Ano
Naturopatia	1,606	1,771	1,605	1,772	1,525	1,684	1,687	1,857
Trad. Chinesa	2,425	2,991	2,764	2,652	2,475	3,053	2,375	2,929
Ayurvédica	1,374	1,842	1,435	1,781	1,186	1,684	1,562	2,000
Homeopática	2,244	2,841	2,513	2,571	2,237	2,789	2,250	2,893

Análises de variância

MAC	Ano de Licenciatura	Idade	Ano x Idade
Naturopatia	$F(1,149) = 0,882$	$F(1,149) = 0,917$	$F(1,149) = 0,001$
Trad. Chinesa	$F(1,149) = 11,221^{***}$	$F(1,149) = 0,438$	$F(1,149) = 0,005$
Ayurvédica	$F(1,149) = 6,814$	$F(1,149) = 3,729$	$F(1,149) = 0,28$
Homeopática	$F(1,149) = 8,903^{**}$	$F(1,149) = 0,084$	$F(1,149) = 0,051$

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Quadro 13 - Resultados das análises de variância sobre as dimensões das terapias conhecidas da MAC

Dimensões	1º Ano	4º Ano	18-21 anos	> 21 anos	18-21 anos		> 21 anos	
					1º Ano	4º Ano	1º Ano	4º Ano
Órgãos e Bem-estar	1,381	1,462	1,316	1,528	1,307	1,325	1,456	1,600
Física e Energética	2,277	2,894	2,648	2,523	2,336	2,961	2,219	2,827
Cognitiva e Reequilíbrio	3,341	3,306	3,397	3,251	3,460	3,333	3,222	3,279
Reequilíbrio estrutural e energético	2,463	2,789	2,638	2,613	2,592	2,684	2,333	2,893
Utilização do elemento líquido	2,275	2,898	2,695	2,478	2,612	2,778	1,938	3,018
Indução Física	1,762	1,794	1,739	1,817	1,898	1,579	1,625	2,009

Análises de variância

Dimensões	Ano Licenciatura	Escalão etário	Ano x Idade
Órgãos e Bem-estar	$F(1,145) = 0,440$	$F(1,145) = 3,014$	$F(1,145) = 0,270$
Física e Energética	$F(1,147) = 14,938^{***}$	$F(1,147) = 0,618$	$F(1,147) = 0,002$
Cognitiva e Reequilíbrio	$F(1,146) = 0,059$	$F(1,146) = 1,034$	$F(1,146) = 0,406$
Reequilíbrio estrutural e energético	$F(1,147) = 4,660^*$	$F(1,147) = 0,027$	$F(1,147) = 2,395$
Utilização do elemento líquido	$F(1,146) = 11,668^{***}$	$F(1,146) = 1,416$	$F(1,146) = 6,288^*$
Indução Física	$F(1,149) = 0,039$	$F(1,149) = 0,230$	$F(1,149) = 4,630^*$

Nota: * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

3. Instrumento de medida

O presente questionário insere-se numa investigação científica tendo em vista a realização de uma tese de mestrado. Tem como principal objectivo a percepção sobre a integração das Medicinas Alternativas e Complementares no Plano Nacional de Saúde. **As suas respostas são anónimas e confidenciais.**

Não existem respostas certas ou erradas, pretendo-se apenas a sua opinião pessoal e sincera.

1. Em que medida tem conhecimento das seguintes Medicinas Alternativas e Complementares (MAC) e das suas terapias?

MEDICINA	DESCONHEÇO	CONHEÇO POUCO	NEM POUCO NEM MUITO	CONHEÇO BEM	CONHEÇO MUITO BEM
NATUROPATIA					
TRADICIONAL CHINESA					
AYURVÉDICA					
HOMEOPÁTICA					
TERAPIA					
ACUPUNCTURA					
OSTEOPATIA					
FITOTERAPIA					
QUIROPRÁXIA					
MEDITAÇÃO					
HIPNOTERAPIA					
BIOFEEDBACK					
MASSAGEM					
REFLEXOLOGIA					
REIKI					
MAGNETOTERAPIA					
SHIATSU					
TAI CHI					
CHI KUNG					
AROMATERAPIA					
HIDROTERAPIA					
CROMOTERAPIA					

MESOTERAPIA					
ORTOMOLECULAR					
IRIDIOLOGIA					

2. Teve alguma disciplina no curso que fizesse alusão a:

MEDICINA	SIM	NÃO	DISCIPLINA
NATUROPATIA			
TRADICIONAL CHINESA			
AYURVÉDICA			
HOMEOPÁTICA			
TERAPIA			
ACUPUNCTURA			
OSTEOPATIA			
FITOTERAPIA			
QUIROPRÁXIA			
MEDITAÇÃO			
HIPNOTERAPIA			
BIOFEEDBACK			
MASSAGEM			
REFLEXOLOGIA			
REIKI			
MAGNETOTERAPIA			
SHIATSU			
TAI CHI			
CHI KUNG			
AROMATERAPIA			
HIDROTHERAPIA			
CROMOTERAPIA			
MESOTERAPIA			
ORTOMOLECULAR			
IRIDIOLOGIA			

3. Concorda que no seu curso estivessem incluídas disciplinas de...

MEDICINA	DISCORDO PLENAMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO PLENAMENTE
NATUROPATIA					
TRADICIONAL CHINESA					
AYURVÉDICA					
HOMEOPÁTICA					
TERAPIA					
ACUPUNCTURA					
OSTEOPATIA					
FITOTERAPIA					
QUIROPRÁXIA					
MEDITAÇÃO					
HIPNOTERAPIA					
BIOFEEDBACK					
MASSAGEM					
REFLEXOLOGIA					
REIKI					
MAGNETOTERAPIA					
SHIATSU					
TAI CHI					
CHI KUNG					
AROMATERAPIA					
HIDROTHERAPIA					
CROMOTERAPIA					
MESOTERAPIA					
ORTOMOLECULAR					
IRIDIOLOGIA					

4. Em que medida concorda com as seguintes afirmações

AS MAC...	DISCORDO PLENAMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO PLENAMENTE
SÃO ÚTEIS					
GERAM GRANDES DÚVIDAS					
PROMOVEM O BEM-ESTAR E A QUALIDADE DE VIDA					
NÃO TÊM BASES CIENTÍFICAS					
ESTÃO BEM DEFINIDAS					
CARECEM DE ENQUADRAMENTO LEGAL/ INSTITUCIONAL					
SÃO EFICAZES NA PREVENÇÃO DA DOENÇA					
TÊM UM CAMPO DE ACÇÃO REDUZIDO					
PROMOVEM A SAÚDE					
PROMOVEM UMA BOA RELAÇÃO TERAPEUTA/CLIENTE					
NÃO SÃO SEGURAS					
NÃO TÊM EFEITOS SECUNDÁRIOS					

5. Já utilizou alguma MAC como paciente?

MEDICINA	SIM	NÃO	TERAPIA	SIM	NÃO
NATUROPATIA			REFLEXOLOGIA		
TRADICIONAL CHINESA			REIKI		
AYURVÉDICA			MAGNETOTERAPIA		
HOMEOPÁTICA			SHIATSU		
TERAPIA			TAI CHI		
ACUPUNCTURA			CHI KUNG		
OSTEOPATIA			AROMATERAPIA		
FITOTERAPIA			HIDROTHERAPIA		
QUIROPRÁXIA			CROMOTERAPIA		
MEDITAÇÃO			MESOTERAPIA		
HIPNOTERAPIA			ORTOMOLECULAR		
BIOFEEDBACK			IRIDIOLOGIA		
MASSAGEM			_____		

6. Se respondeu sim à questão anterior, diga por favor, qual o seu grau de satisfação.

GRAU DE SATISFAÇÃO	TOTALMENTE INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	TOTALMENTE SATISFEITO

7. Como avalia o estado do Plano Nacional de Saúde (PNS)?

GRAU DE SATISFAÇÃO	TOTALMENTE INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	TOTALMENTE SATISFEITO

8. Recomendaria a integração das Medicinas Alternativas e Complementares no PNS?

Sim Não

8.1 Enumere 3 motivos para justificar a sua resposta.

- a) _____
 b) _____
 c) _____

9. Para além do seu curso, tem algum tipo de formação em alguma das MAC?

MEDICINA	SIM	NÃO	TERAPIA	SIM	NÃO
NATUROPATIA			REFLEXOLOGIA		
TRADICIONAL CHINESA			REIKI		
AYURVÉDICA			MAGNETOTERAPIA		
HOMEOPÁTICA			SHIATSU		
TERAPIA			TAI CHI		
ACUPUNCTURA			CHI KUNG		
OSTEOPATIA			AROMATERAPIA		
FITOTERAPIA			HIDROTHERAPIA		
QUIROPRÁXIA			CROMOTERAPIA		
MEDITAÇÃO			MESOTERAPIA		
HIPNOTERAPIA			ORTOMOLECULAR		
BIOFEEDBACK			IRIDIOLOGIA		
MASSAGEM			_____		

10. Caso as MAC fossem integradas no PNS, gostaria de ser utente em ...

MEDICINA	DISCORDO PLENAMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO PLENAMENTE
NATUROPATIA					
TRADICIONAL CHINESA					
AYURVÉDICA					
HOMEOPÁTICA					
TERAPIA					
ACUPUNCTURA					
OSTEOPATIA					
FITOTERAPIA					
QUIROPRÁXIA					
MEDITAÇÃO					
HIPNOTERAPIA					
BIOFEEDBACK					
MASSAGEM					
REFLEXOLOGIA					
REIKI					
MAGNETOTERAPIA					
SHIATSU					
TAI CHI					
CHI KUNG					
AROMATERAPIA					
HIDROTHERAPIA					
CROMOTERAPIA					
MESOTERAPIA					
ORTOMOLECULAR					
IRIDIOLOGIA					

11. Gostaria de ser profissional em...

MEDICINA	DISCORDO PLENAMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO PLENAMENTE
NATUROPATIA					
TRADICIONAL CHINESA					
AYURVÉDICA					
HOMEOPÁTICA					
TERAPIA					
ACUPUNCTURA					
OSTEOPATIA					
FITOTERAPIA					
QUIROPRÁXIA					
MEDITAÇÃO					
HIPNOTERAPIA					
BIOFEEDBACK					
MASSAGEM					
REFLEXOLOGIA					
REIKI					
MAGNETOTERAPIA					
SHIATSU					
TAI CHI					
CHI KUNG					
AROMATERAPIA					
HIDROTHERAPIA					
CROMOTERAPIA					
MESOTERAPIA					
ORTOMOLECULAR					
IRIDIOLOGIA					

12. Gostaria de receber formação adicional nalguma MAC?

MEDICINA	SIM	NÃO	TERAPIA	SIM	NÃO
NATUROPATIA			REFLEXOLOGIA		
TRADICIONAL CHINESA			REIKI		
AYURVÉDICA			MAGNETOTERAPIA		
HOMEOPÁTICA			SHIATSU		
TERAPIA			TAI CHI		
ACUPUNCTURA			CHI KUNG		
OSTEOPATIA			AROMATERAPIA		
FITOTERAPIA			HIDROTHERAPIA		
QUIROPRÁXIA			CROMOTERAPIA		
MEDITAÇÃO			MESOTERAPIA		
HIPNOTERAPIA			ORTOMOLECULAR		
BIOFEEDBACK			IRIDIOLOGIA		
MASSAGEM			_____		

SEXO: Masculino ____ Feminino ____

IDADE: ____ anos

ESTUDANTE DO ____ Ano do Curso de Enfermagem

Muito obrigado pela sua colaboração!

4. Dicionário das MAC

MEDICINAS

AYURVÉDICA: criada na Índia, é um dos sistemas medicinais mais antigos com mais de 3500 anos. *Ayurveda* provém de duas palavras com raízes sânscritas que significa Ciência ou Conhecimento (*Veda*) da vida (*Ayur*) e procura integrar o corpo, mente e a alma de modo a prevenir e a tratar a doença. O ser humano é visto como um microcosmo que reflecte o macrocosmo à sua volta segundo os princípios do fogo, água, terra, ar e espaço. Estes correspondem aos cinco sentidos do corpo (visão, paladar, olfacto, tacto e audição). Desta forma, o equilíbrio existe quando as funções biológicas e mentais estão em harmonia e a relação entre as pessoas e o ambiente é estável e satisfatório. Este sistema tem diversos fundamentos relacionados com a interconectividade, a constituição física (*prakriti*) e as forças vitais (*doshas*) para analisar a saúde e a doença. A interconectividade está associada às relações entre as pessoas, à sua saúde e à base universal de pensamento dos praticantes da Ayurvédica sobre os problemas que afectam a saúde, por exemplo, que todo o ser humano contém elementos que podem ser encontrados no universo. O *prakriti* engloba as crenças relacionadas com a constituição física. Esta abrange a saúde geral da pessoa, a possibilidade de perder o equilíbrio e a capacidade de resistir e de recuperar de uma doença ou de outros problemas de saúde. Os três *doshas* (*vata*, *pitta* ou *kafa*) são sistemas fundamentais reguladores do corpo que dependem do modo como cada pessoa gere o seu equilíbrio através do seu estilo de vida ou estado físico e mental. Enquanto abordagem terapêutica recorre a diversos produtos e técnicas como as plantas medicinais, a meditação, o yoga, a massagem e a aromaterapia.

HOMEOPÁTICA: sistema médico organizado por Samuel Hahnemann (1755-1843). Tem como principal pilar a lei da similitude que defende que para a cura ser suave, rápida, certa e durável deve optar por um medicamento que desperte uma doença similar à que se procura curar. Para Hahnemann todos os homens contêm uma força vital interior, designada igualmente por constituição saudável ou auto-regulação. Os sintomas são consequência das alterações internas, ou seja, da perturbação do funcionamento normal do organismo. Esta medicina diferencia-se pelos seus medicamentos, em comprimidos, gotas, granulados ou pomadas, preparados com base em “substâncias primitivas” muito diluídas, segundo a prescrição da farmacologia homeopática.

NATUROPATIA: baseada nas ideias de Hipócrates e desenvolvida após o *boom* da Revolução Industrial no século XIX, procura essencialmente a manutenção da saúde, mais do que curar doenças. Os naturopatas defendem que o desequilíbrio do organismo provém de toxinas acumuladas pela má alimentação, hábitos nocivos à saúde como o sedentarismo. Frequentemente compreendida como uma filosofia de vida, afirma que o corpo pode curar-se a si próprio através do contacto com a natureza. Perante o desequilíbrio, o organismo procura novamente o equilíbrio o que torna necessário activar o contacto com a natureza recorrendo à nutrição e dietética, jejum, massagem, a hidroterapia e outras terapias.

TRADICIONAL CHINESA: com mais de três mil anos de origem, este sistema terapêutico chinês tem como princípios o confucionismo e o taoísmo que têm como ideal a harmonização entre o corpo e o espírito. A saúde é vista segundo uma interacção harmoniosa e alternada entre os contrários “yin” e “yang” que geram a energia vital, denominada *Chi*. O *Yang* é um conceito com um carácter masculino ligado à “face do sol” e afigura tudo o

que é activo, dinâmico, quente, etc. Pelo contrário, o Yin designa um conceito com carácter feminino associado à “face da sombra” e representa a passividade, a substância, o frio, etc. O corpo humano é analisado através de cinco “órgãos” que pertencem tanto ao *yin* como ao *yang*. Importa salientar que cada “órgão” é visto como um circuito funcional, por exemplo o “pulmão” é traduzido como toda a função respiratória, inclusive a parte olfativa. Para esta medicina, todos os órgãos influenciam-se uns aos outros e estão ligados a outras estruturas do organismo. A doença é representada como o efeito de perturbações dentro do fluxo normal da energia vital (*Chi*), derivado de bloqueios e de excessos ou carências no *yin* ou no *yang*. Estas consequências podem surgir de causas externas como o frio ou o vento e de causas externas, como as preocupações e a tristeza.

TERAPIAS

ACUPUNCTURA: o fluxo de energia congestionado nos órgãos, é normalizado pela estimulação dos pontos anatómicos, voltando a equilibrar o “excesso” ou “carência” de *Yin* e *Yang*. Esta terapêutica envolve diversos procedimentos que estimulam os pontos anatómicos na pele através de variadas técnicas, sendo que o mecanismo de estimulação mais comum baseia-se na penetração da pele com agulhas metálicas finas, manipuladas manualmente ou por estímulos eléctricos, conhecida por *electroacupunctura*. Se o paciente for um adulto com hipersensibilidade ou uma criança, pode recorrer-se ao raio *laser* para estimular dos pontos de acupunctura.

AROMATERAPIA: anunciada como um método de autotratamento utilizado em ligeiras perturbações do estado de saúde, recorre ao auxílio de aromas vegetais extraídos das folhas, flores, cascas, sementes e frutos de plantas e árvores, que poderão também ser de origem sintética. As essências utilizadas para a obtenção dos aromas são conhecidas como óleos essenciais. Para os aromaterapeutas o potencial de energia contido nas plantas pode ser transmitido aos homens, podendo os óleos essenciais ajudar a restaurar o equilíbrio entre o corpo e a mente, através da ajuda que fornecem na mobilização das capacidades de autocura do organismo.

BIOFEEDBACK: refere-se à mensagem de retorno dos sinais biológicos. O terapeuta ensina o praticante a trabalhar com o aparelho de biofeedback, sendo necessárias 10 a 25 sessões de 45 minutos, uma por dia até a pessoa aprender a controlar os músculos e a respiração, sem recorrer ao aparelho. Estes aparelhos têm sensores electrónicos que fazem a medição de valores fisiológicos ligados à respiração, frequência do batimento cardíaco, tensão arterial, tensão muscular, temperatura corporal e ondas cerebrais e transformar estes valores em sinais ópticos e acústicos, tornando-os mais fáceis de controlar. Por exemplo, a tensão de um determinado músculo pode ser rapidamente detectada pelo praticante, dando-lhe a possibilidade de relaxar o músculo conscientemente. Esta técnica permite alterar voluntariamente as funções orgânicas em causa, que habitualmente são controladas de modo automático e inconsciente. É utilizado para situações como o combate de cefaleias, enxaquecas, insónias e estados de ansiedade. Existem aparelhos domésticos deste género para uso doméstico.

CHI KUNG: é uma técnica antiga de meditação, movimento e respiração muito praticada na China, muito utilizada, por exemplo para agir positivamente sobre o sistema vegetativo, melhorar a condição física e o bem-estar. Esta prática parte da ideia que as doenças surgem quando o *Chi* (energia vital) está bloqueado em determinados pontos vitais do organismo. Praticando os exercícios apropriados e controlando a respiração é

possível que a energia volte a “fluir”, trazendo harmonia e saúde. Os exercícios realizam-se diariamente em grupo durante 10 minutos. Um monitor explica uma sequência de movimentos e de respirações. Cada movimento é calmo e lento, semelhante a uma dança em câmara lenta, e por vezes acompanhado por música meditativa, enquanto o praticante se concentra na respiração e em certas zonas ou órgãos do corpo.

CROMOTERAPIA: as cinco principais cores do espectro solar são o seu meio terapêutico. Os cromoterapeutas partem do princípio que cada cor tem algumas funções associadas que poderão ajudar no equilíbrio físico, mental e espiritual, por exemplo, o verde poderá ter um efeito calmante e harmonizador e o amarelo poderá facilitar a concentração. Existem várias formas de utilizar este recurso, nomeadamente através da cromopunctura (acupunctura cromática); cromoterapia activa (onde os pacientes fazem pinturas usando variadas cores); exposição a raios de luz coloridos (é emitido um raio de luz por um equipamento para os locais do corpo a tratar), entre outras.

FITOTERAPIA: no início no século XIX provou-se a nível farmacológico que se poderiam obter substâncias terapêuticas a partir das plantas. O desenvolvimento da actual fitoterapia deu-se na entrada do século XX. As plantas medicinais podem ser usadas de diferentes formas. Por exemplo, algumas plantas ou parte destas são colocadas a secar e posteriormente vendidas, existindo outros casos em que a indústria fitofarmacêutica concebe produtos à base de plantas, sendo estas vendidas como os medicamentos de medicina convencional. Uma das formas tradicionais e mais comuns de utilização destas plantas medicinais é através da infusão com água para se beber em forma de chá, usar-se o extracto como compressa ou inalar o vapor que emana da infusão.

HIDROTERAPIA: método que aplica água cujos efeitos são resultado do contacto com a pele, da pressão da água e dos estímulos da energia, ou seja, com base no frio e no calor. Estes estímulos sob a pele e as articulações são transmitidos para outras áreas do corpo. Neste sentido, o sistema metabólico, circulatório e o imunitário acabam por ser também estimulados.

HIPNOTERAPIA: tem como recurso principal a hipnose. Durante o estado de hipnose, uma forma de vigília denominada *transe*, tanto a função cardíaca como a tensão arterial, circulação, metabolismo e o sistema vegetativo estão normalizados. Dá-se igualmente uma redução do ritmo respiratório e da actividade intestinal. Por outro lado, a capacidade de assimilação de sugestões, de influências torna-se mais elevada. Estas sugestões poderão induzir pensamentos e acções ainda influenciar alguns estados físicos. Porém, é impossível “desligar” a vontade do hipnotizado. Nos países europeus esta terapia tem sido utilizada em sessões de psicoterapia, em pré-operatórios, alívio de dores e também na denominada “terapia das vidas passadas”.

IRIDIOLOGIA: o primeiro diagnóstico foi descrito por Philippus Meyens em 1670. Em 1881, um médico homeopata e húngaro Ignaz Péczeley publicou um manual sobre o diagnóstico das doenças pelas alterações detectadas na forma e cor da íris. Este diagnóstico baseia-se na ideia que os olhos, para além de serem o espelho da alma, também são o espelho do corpo. Todo o organismo representado na íris. A parte direita do corpo corresponderia à íris do olho direito e a parte esquerda à íris do olho esquerdo. O diagnóstico pela íris advem de duas vias: directa (perscrutando pormenorizadamente os olhos do paciente) e indirecta (tirando fotografias a cores à íris e analisando-a mais tarde). Através da cor da íris, o terapeuta diagnostica sobre a estrutura física do

paciente e pelas diferentes estruturas da íris (sulcos radiais, círculos e manchas hiperpigmentadas) e forma da pupila conclui sobre certas doenças e problemas.

MAGNETOTERAPIA: baseia-se na ideia que a aplicação de campos magnéticos sobre o corpo humano pode estimular a cura de diversos problemas de saúde e contribuir para recuperar o equilíbrio. Existem diversos tipos de procedimentos, nalguns casos os magnetos são aplicados por contacto, ou seja, na zona que o paciente tem afectada, por exemplo, através de adesivos, palmilhas, pulseiras ou brincos ou através de um aparelho electromagnético, onde o magneto está ligado à corrente eléctrica.

MASSAGEM: o “toque” é compreendido como uma das terapias de cura mais antigas. Temos uma tendência instintiva para tocar, pressionar ou esfregar uma parte dorida no corpo. Este contacto com o corpo provoca estímulos que fazem o organismo reagir dando-lhe dinamismo para activar as funções corporais e as suas capacidades de autocura. Existem diversos tipos de massagem como a clássica, a drenagem linfática e a massagem com jacto de pressão.

MEDITAÇÃO: parte de uma postura erecta, ou seja, com a coluna vertebral direita, sendo que a posição adoptada dos braços e das pernas difere consoante as tradições. O estado de concentração pode ser direccionado para um ponto abaixo do umbigo, uma vela acesa, imagens especiais conhecidas como *yantra*, imagens interiores ou para um *mantra* (um grupo de sílabas que emite um som que visa influenciar as ondas cerebrais). Assume-se assim uma postura ao mesmo tempo descontraída e concentrada, sem ser totalmente confortável. Durante a prática da meditação as percepções sensoriais devem ser desvalorizadas, sendo o objectivo primário relaxar e ficar num estado de vigília que crie ao mesmo tempo uma determinada distância em relação ao exterior, proporcionando a experiência do “vazio”. Este exercício que pode ser realizado em grupo ou individualmente pretende harmonizar o interior, reforçar a autoconfiança podendo ter como efeito o relaxamento físico e ajudar a prevenir o aparecimento de doenças resultantes do *stress*.

MESOTERAPIA: são induzidos medicamentos por via de micropicadas intra-dérmicas com o intuito de agir directa e exclusivamente num zona ou várias a tratar. Pretende-se deste modo elevar a eficácia e rapidez de actuação ao reduzir o percurso que estes medicamentos fariam pela via geral e minimizar os possíveis efeitos secundários que estes poderiam vir a ter.

ORTOMOLECULAR: pertence à medicina Ortomolecular e procura prevenir, proteger e corrigir a doença física e/ou mental através da variação de concentração de substâncias que usualmente estão no corpo humano. Orto significa “correcto” em grego. Os seus praticantes explicam que muitas doenças são causadas por desequilíbrios moleculares que poderão ser corrigidos segundo a administração de moléculas provenientes dos nutrientes no momento certo. Esta terapia data desde o início dos anos 50 quando alguns psiquiatras começam a adicionar doses elevadas de nutrientes no tratamento de problemas mentais graves. Inicialmente, a substância original usada foi a vitamina B3 passando posteriormente a recorrer-se a outras vitaminas, minerais, hormonas e dietas, sendo a terapêutica designada “terapia da megavitamina”.

OSTEOPATIA: do grego *osteon* (aparelho motor) e *phatos* (doença), os osteopatas têm como campo de actuação o sistema dos músculos do esqueleto. Esta terapia teve início no final do século XIX pelo norte-americano Andrew Taylor Still. Segundo Still, a estrutura e função fisiológica estão intimamente ligadas e a estrutura do aparelho locomotor é essencial para a manutenção da saúde. A osteopatia foi mais tarde desenvolvida por outros osteopatas como Fryette, que introduziu o conceito de “lesão total” para incluir o estilo de vida, alimentação e factores psicossomáticos como que criam as doenças.

QUIROPÁXIA: tem origem nas palavras gregas *quiros* (mãos) e *praxis* (cura). Desenvolvida pelo canadiano Daniel David Palmer no final do século XIX, o principal objectivo consiste na identificação de desalinhamentos na coluna vertebral, designadas subluxações, que prejudicam a comunicação do sistema nervoso central com os outros órgãos. Pretende assim remover lesões com recurso a ajustamentos (acções de impulsão aplicadas com as mãos), exercícios de reabilitação, conselhos sobre os estilos de vida ou alimentação.

REFLEXOLOGIA: William Fitzgerald (1872-1942) em 1913 desenvolveu a chamada *terapia por zonas* que divide o corpo em dez partes. De acordo com Fitzgerald, ao exercer-se pressão num dos dez pontos do corpo estar-se-ia a agir sobre os órgãos interiores dessa zona. Na década de 30, Eunice Ingham aprofundou um pouco mais este conceito. No entanto, concentrou-se apenas na área dos pés. Através do princípio *pars pro toto* (a parte pelo todo) defende-se que todo o corpo está representado no pé (reflexologia podal). Alterações de pele visíveis numa determinada zona da planta do pé, ou a sensação de dor perante a pressão de pontos específicos, poderão ser indício que um órgão correspondente a esta área está doente. Estimulando a circulação sanguínea, a massagem procura remover os resíduos metabólicos que interferem numa certa zona. Presentemente, a massagem das zonas reflexas também se aplica, por exemplo, na cabeça, mãos e orelhas. Porém a massagem na planta dos pés continua a ser a mais usual. Outras correntes de reflexologia apoiam-se na ideia de que todo o corpo pode ser influenciado por uma das suas partes.

REIKI: palavra japonesa que traduzida significa “energia divina”. Esta prática desenvolve-se através de uma energia vital que envolve todo o Universo e é transmitida pela imposição das mãos do terapeuta junto ao corpo da pessoa, procurando alcançar um efeito curativo nas zonas onde o fluxo energético se encontra com bloqueios.

SHIATSU: é uma massagem de pressão. Os terapeutas através do uso da ponta dos dedos e, nalguns casos as unhas, bem como, os cotovelos e os pés sobre o corpo do indivíduo, nomeadamente sobre os pontos onde a Acupunctura aplica, sobre os meridianos e nas zonas onde existe dor. Segundo esta terapia, o *stress*, a debilitação, os excessos entre outras situações trazem impedimentos à fluidez normal da energia vital pelos meridianos. Este género de massagem tem como objectivo eliminar os bloqueios, restaurando o fluxo normal da energia.

TAI CHI: este método terapêutico foi desenvolvido na China antiga. Começou inicialmente como uma arte marcial e como meio de defesa pessoal. Ao longo do tempo as pessoas começaram a utilizá-lo para o bem-estar da saúde. Proveniente do termo “*taichi chuan*”, por vezes é referido como uma “meditação em movimento” na qual os praticantes, sozinhos ou em grupo, movimentam os seus corpos de forma lenta, gentil, consciente e focada enquanto respiram profundamente, mantêm uma boa postura física e põem de

lado os pensamentos. Esta terapia tem inerentes os conceitos chineses relacionados com as forças opostas dentro do corpo e a energia vital ou força da vida. Assim, a prática do Tai Chi é vista como um suporte para o equilíbrio da saúde do *yin* e do *yang*, o que contribui para a fluir o *chi* (energia vital).

Fontes:

Basford, R. (2001), A historical perspective of the popular use of electric and magnetic therapy, *Arch Phys Med Rehabil*, 82, 1261-1269.

Cassileth, R. (1999). *The alternative medicine handbook: the complete reference guide to alternative and complementary therapies*, 67. New York: W.W. Norton.

Braverman, E. (1979), Orthomolecular Medicine and Megavitamin Therapy: Future and Philosophy, *Journal of Orthomolecular Medicine*, 8 (4), 265, <http://www.orthomolecular.org/library/jom/1979/pdf/1979-v08n04-p265.pdf>.

Deco (2001), *Terapias complementares e alternativas*. Lisboa: Edideco.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (2009), *Ayurvedic Medicine: An Introduction*, http://nccam.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D287_BKG.pdf.

National Center for Complementary and Alternative Medicine (2010), *Tai Chi: An Introduction*, <http://nccam.nih.gov/health/taichi/introduction.htm>.

Silva, B. A (2007), *Optar pelo uso de terapias alternativas e complementares: representações sociais da medicina alternativa e/ou complementar e da medicina oficial/convencional*, Dissertação de Mestrado, FPCEUP – Porto.