

**As alternativas à Medicina Convencional no
Interior de Portugal
sobre a Medicina Tradicional e Complementar,
adesão, eficácia e consequências**

Ricardo Ferreira Dias

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientador: Doutor Francisco António Franco Patrício
Co-orientador: Doutor Manuel Tomás Geraldes

abril de 2021

Dedicatória

Aos meus pais, que sempre estiveram lá para mim, nos bons e maus momentos, nos fins de semana perdidos, nas noites em branco a estudar, nas tardes vagarosas de Domingo sem motivação;

Aos meus irmãos, que se agora sigo em frente, é para lhes abrir o caminho para um futuro melhor;

Aos meus avós, que embora escassas a vezes me vejam, transmitem-me toda a alegria e sabedoria que acumularam ao longo dos meses de despedida;

Aos meus tios e primos, que entre piadas e conversas, sempre me motivaram a perseguir o futuro que agora construo;

À memória do meu tio Paulo, que sempre foi um exemplo de perseverança e esforço, quer com uma palavra no momento oportuno, quer com uma “pancada” nas costas quando me via. Se há um outro lado, certamente estará orgulhoso de olhar para cá;

A todos os meus amigos, antigos e recentes, que é por força deles que aqui estou a descrever esta dedicatória;

A todos vocês, o meu obrigado sentido. Nestas páginas escrevo com a influência que recebi de todos.

Agradecimentos

Antes de mais, agradecer ao meu orientador, o Dr. Francisco António Franco Patrício, e ao meu co-orientador, Dr. Manuel Tomás Geraldês, por todo o apoio, confiança, trabalho e exemplo demonstrado, e tornando-se assim exemplos de médicos que espero um dia ser;

A toda a minha família, que me aturaram durante 6 anos, com “visitas à médico” a correr, diagnósticos confusos, siglas desmedidas e desconhecidas, enfim, a “brincar aos médicos”;

Aos meus amigos do Carvalhal Formoso e de Belmonte, que me apoiaram nesta jornada estudantil, desde os 6 anos, e me mostraram que há mais mundo que a escola;

Às duas famílias que me acolheram nesta cidade, a Tuna-MUs – Tuna Médica da UBI, e A Melícia Terrorem Spargere, que me fizeram crescer como adulto, fosse pelos valores e virtudes que defendem, fosse pelo exemplo de pessoas desconhecidas que hoje trato como melhores amigos. Se hoje sou alguém nesta cidade, foi graças a vocês;

Ao Fórum Veteranum da UBI, onde tive o orgulho de exercer o cargo de Senadorum Praxis, aproveitando agora para agradecer toda a confiança e apoio que me depositaram;

Ao Grupo de Ecografia POCUS, que acompanhei desde o 4^o ano do curso, e toldou a minha maneira de saber, aprender e viver a Medicina, onde aprendi as dificuldades de ser formador e professor, e que me deu lições que levarei para a vida;

À Comissão de Latada, com ênfase na minha direção, que embarcaram nessa aventura comigo e foram os meus braços, pernas, pensamento e palavras, por todo o apoio demonstrado. Foram eles o verdadeiro Chefe de Latada, não eu;

Aos meus caloiros, que ainda hoje desconheço o nome de todos, mas os deixo com a certeza de que sempre honrarão todos os ensinamentos que lhe transmiti, tanto como Chefe de Latada, Praetorum ou Senadorum Praxis;

Ao CarnAZé, à Tertúlia do Leveda e (quase) todos aqueles que os constituem, por todos os encontros, cafés, tardes de estudos, resumos, jantaradas, boleias ou simplesmente uma palavra amiga. Vocês foram a força motriz da minha passagem por este curso;

Aos meus padrinhos, João Dias e Pedro Moura, e madrinhas, Nádia Vicente e Ana Paiva, por todo o apoio durante este percurso;

Aos meus afilhados e afilhadas, por terem um padrinho tão distraído, mas que sempre zela pelo vosso sucesso;

Aos meus amigos, que infelizmente não consigo mencionar na totalidade, mas sempre estarão presentes neste agradecimento;

Em específico, quero agradecer à Tatiana Freire, minha segunda irmã, mas primeira amiga; ao Hernâni Marques, um verdadeiro colega, e meu braço direito; ao Nuno Costa, pelas conversas, desabafos, companheirismo, boleias, ou apenas um fino amigo; ao Rodrigo Caetano, por todas as aventuras e desventuras que já vivemos; ao José Ganicho, que mais que par de estágio, um exemplo de pessoa e amigo; à Gabriela Sousa, que até num mundo de escuridão, é uma luz de alegria; ao Francisco Nazaré, Francisco Santos, Gustavo Factori, Miguel Cruz, Paulo Ferreira e Rafael Silva, finalistas comigo, tanto em Medicina como na Tuna-MUs, e que me conhecem bem; à Ana Soares, Miguel Ângelo e Natacha Ladeira, por serem os primeiros a acolher-me; à Sofia Ferreira, por toda a simpatia nestes 6 anos; e por fim à Beatriz, ela sim, o meu porto de abrigo.

A todos aqueles que colaboraram na elaboração desta dissertação;

Ao curso de Medicina, que depois de todos os gostos e dissabores, vou levar sempre comigo no coração;

À UBI, pela qual hoje estou aqui, e por tudo o que me deu;

À Covilhã, por todos os segredos guardados por estas paredes;

E por fim, a todos aqueles que deixei para trás. Apesar disso tudo, foi graças a eles que sempre me consegui superar, e tornar-me o homem que sou hoje;

A todos vocês.

Prefácio

“Quanto mais aumenta o nosso conhecimento, mais evidente fica a nossa ignorância.”

John F. Kennedy

“Se o conhecimento pode criar problemas, não é através da ignorância que podemos solucioná-los.”

Isaac Asimov

Resumo

Introdução: A Medicina Tradicional e Complementar surge como um novo paradigma na Medicina, evocando raízes a várias culturas e tradições de forma a garantir a abordagem total aos seus doentes. Porém, muitas dúvidas ainda pairam sobre este tema, quer por parte dos seus seguidores, bem como dos seus opositores. Estas temáticas tornam-se mais evidentes quando abordamos as regiões do Interior de Portugal com problemas a níveis demográficos, económicos e médicos.

Desenvolvimento: Esta dissertação explorou vários fatores referentes à Medicina Tradicional e Complementar, como a sua denominação, os seus terapeutas e praticantes, a sua evolução histórica e os marcos e metas alcançados, quer a níveis legislativos ou educacionais, bem como as suas características clínicas e propostas futuras. Por outro lado, foi referenciada a temática do Interior de Portugal, o que comprime, as suas dinâmicas e especificidades face ao restante país, e os seus fatores de interesse face à utilização e expansão da Medicina Tradicional e Complementar.

Conclusão: Conclui-se que ainda é escassa a avaliação e caracterização da Medicina Tradicional e Complementar a nível nacional, sendo essa debilitação mais evidente em regiões mais interiores do território nacional. Se por um lado é cada vez mais discutida a importância científica e clínica destas práticas, ainda se encontra bastante fraca a abordagem holística do impacto da Medicina Tradicional e Complementar nos nossos territórios, quer a níveis económicos, sociológicos ou culturais. É importante compreender não só a utilização desta, mas também a sua influência na dinâmica própria do Interior de Portugal, garantindo, tal como na saúde, que a Medicina Tradicional e Complementar apenas opera em prol do melhor para o cidadão.

Palavras-chave

Medicina;Tradicional;Complementar;Interior;Portugal

Abstract

Introduction: Folk and Complementary Medicine urges as a new paradigm inside Medicine, evoking roots to multiple cultures and traditions to guarantee a full approach to his patients. However, many questions still stand over this theme, from the view of his associates, or his opponents. This thematic becomes more evident when we are approaching the deeper regions of Portugal, with their demographic, economic and clinical problems.

Development: This work summaries and explores many contributing factors regarding Folk and Complementary Medicine, as his denomination, his workers and associates, his historic evolution, referencing some legislative and educational developments, as well as some of his clinical features and foreshadowing his future. On the other hand, it is explained what the “Interior” is, what regions are englobed by that, its necessities and differences with the rest of the country, as well as its most challenging factors regarding the use and expansion of Folk and Complementary Medicine.

Conclusion: It is concluded that it is still scarce an approach to a correct evaluation and characterization at national level of Folk and Complementary Medicine, being this debilitation more severe on the deeper regions of Portugal. If on one side, there is a substantial increase of investigation regarding the efficacy and security of those practices, on the other side there is a deficient approach to the economic, sociologic, and cultural effects of Folk and Complementary Medicine in our country. It is important to understand not just its use, but also its influence on the natural dynamic of the “Interior” of Portugal, ensuring, like on health, that the Folk and Complementary Medicine only works for the benefit of the citizen.

Keywords

Medicine;Folk;Complementary;Interior;Portugal

Índice

1	Introdução, Contextualização e Metodologia	1
1.1	Introdução	1
1.2	Contextualização	1
1.3	Metodologia	2
2	Medicina Tradicional, Alternativa, Complementar e outros: designações e divisões	5
2.1	Medicina Tradicional	5
2.2	Medicina Complementar	5
2.3	Características	6
2.3.1	Abordagem Holística	6
2.3.2	Saúde Dinâmica	6
2.3.3	Reforço da Saúde Inata	6
2.3.4	Individualidade	6
2.3.5	Salutogénese	7
2.3.6	Relação terapêutica	7
2.4	Razões para o uso	7
2.5	Quem recorre à MTC	7
2.6	Tipos de MTC	8
3	Mudanças socioculturais: a evolução do Interior de Portugal	11
3.1	O desenvolvimento do interior português	11
3.2	Demografia	11
3.3	Escolaridade	12
3.4	Economia	12
3.5	Acessibilidade Digital	12
3.6	Saúde	13
4	Contexto histórico: da hegemonização da Medicina Convencional à (re)emergência da Medicina Tradicional e Complementar	15
4.1	A evolução da saúde portuguesa	15
4.2	A saúde nos dias de hoje	16
4.3	A (re)emergência da Medicina Tradicional e Complementar	17
5	Contexto legal e profissional em Portugal	21
5.1	O associativismo profissional	21
5.2	A profissionalização da MTC	21

5.2.1	Relação com a biomedicina	22
5.2.2	Delimitações	22
5.3	A regulação da prática terapêutica	22
5.4	A formação profissional	23
6	Trajetórias terapêuticas da MTC: do Interior ao Mundo	25
6.1	Adesão	25
6.2	Dimensão económica	26
6.3	Eficácia e segurança	27
6.4	Motivações	28
6.4.1	Ecletismo	29
6.4.2	Convicção	29
6.4.3	Experimentalismo	29
6.4.4	Complacência	29
6.5	Medicina Integrativa	30
7	Conclusões	31
8	Referências bibliográficas	33

Lista de Tabelas

Tabela 1.1 – Relações de recurso entre Medicina Convencional e MTC

29

Lista de Acrónimos

GRP	Gabinete de Relações Públicas
UBI	Universidade da Beira Interior
MTC	Medicina Tradicional e Complementar
MAC	Medicina Alternativa e Complementar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Coesão Territorial
PME	Pequena ou Média Empresa
PIB	Produto Interno Bruto
SNS	Serviço Nacional de Saúde
DGS	Direção Geral de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
A3ES	Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior
CAMbrella	European Research Network for Complementary and Alternative Medicine

Capítulo 1 – Introdução, Contextualização e Metodologia

1.1 Introdução

A discussão sobre as múltiplas modalidades médicas disponíveis contemporaneamente não é um tema desconhecido para o autor, como futuro formando e médico, nascido no interior de Portugal, nem para a ciência médica, e os seus ramos, englobando áreas tão dispersas desde a Gestão Hospitalar à Bioética⁽¹⁾. De acordo com a Declaração de Astana⁽²⁾, assinada em 2018, o sucesso dos cuidados de saúde primários depende tanto da evolução médica científica como do conhecimento tradicional, sendo esta a base para a cobertura universal mundial.

As várias entidades que formam o conjunto da Medicina Tradicional e Complementar (MTC) encontram-se enraizadas na nossa vida⁽³⁾, passando muitas vezes despercebidas e incompreendidas, o que acrescenta um grau de dificuldade à investigação e procura de conhecimento nesta área, que embora cada vez mais abordada e objeto de reflexões, ainda peca pelo fraco investimento intelectual e monetário por parte da comunidade científica⁽⁴⁾.

Assim, o objetivo desta dissertação passa pelo reconhecimento das várias artes que englobam a Medicina Tradicional e Complementar, o seu crescimento e evolução em paralelo com a saúde em Portugal; uma abordagem sociocultural às regiões do país que constituem o denominado “Interior” de Portugal; os esforços e avanços na legalização e regulação destas práticas; a aplicação da MTC no Interior e suas inferências; e por fim, conclusões sobre as trajetórias terapêuticas e novos paradigmas na Medicina do séc. XXI.

1.2 Contextualização

Como previamente referido, ainda há grandes questões a abordar sobre a MTC, sendo o primeiro ponto de debate a sua designação⁽⁵⁾. Tanto a nível nacional como internacional é evidente a utilização de múltiplas fórmulas para se referir ao mesmo conjunto de práticas (de entre os múltiplos exemplos, são considerados a Medicina Rural, Medicina Folclórica, a Medicina Não-Convencional, Medicina Não-Biomédica, entre outros). Assim, para a elaboração desta tese, será usado o termo “Medicina Tradicional e Complementar” e respetiva sigla, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS)^(6, 7), unindo 2 grandes grupos, a Medicina Tradicional e a Medicina

Complementar que, apesar de entidades díspares, mantêm pontes e uniões bastante significativas⁽⁶⁾.

Outra das temáticas bases na discussão sobre MTC é, certamente, a sua aplicação como “alternativa” viável aos cuidados do cidadão comum. Por toda a Europa, Portugal inclusive⁽⁸⁾, surge um movimento cada vez mais demarcado de procura de cuidados abrangidos pela MTC dentro dos sistemas de saúde nacionais, por vezes subestimado⁽⁷⁾. Estima-se que 1 em cada 2 europeus já tenha usado ou experimentado alguma forma deste tipo de terapêuticas⁽⁴⁾, e que 100 milhões utilizem efetivamente estas práticas, sendo um quinto de forma regular na sua saúde⁽⁶⁾. É assim de uma importância significativa obtermos uma compreensão mais clara sobre este tema.

Por fim, destaca-se a relevância desta dissertação sobre a região demarcada como Interior de Portugal. O objetivo deste projeto é, além de dar a conhecer as múltiplas condicionantes independentes desta zona do país, quer a nível económico, social, cultural, demográfico, entre outros, revelar e permitir uma reflexão sensata e objetiva do impacto que a MTC (ainda) tem, fruto da sua identidade sociocultural, por um lado, como também do desenvolvimento da MTC nas últimas décadas.

1.3 Metodologia

O principal fator determinado pela metodologia prendeu-se com a pesquisa documental online nas plataformas PubMed, MEDLINE, MEDLARS, Cochrane, Elsevier e Google Scholar, através das palavras-chave: Medicina, Alternativa, Complementar, Tradicional, Portugal, e suas variações para o Inglês.

Para tal, foi usada uma janela temporal entre 2010 e 2021, e dentro destes artigos disponíveis, foram selecionados aqueles que se coadunassem com o tema em questão, sobre a relação entre a Medicina Alternativa, Complementar ou Tradicional em Portugal, com ênfase na relação no interior de Portugal, em Português ou Inglês.

O uso de uma janela temporal tão larga justifica-se com a escassez de conteúdo em plataformas online, neste caso num tema com algum grau de especificidade, e ainda pouco investigado num contexto mais amplo e centrado em resultados.

A partir da seleção original, foi revista a bibliografia destes artigos, e selecionados os conteúdos que melhor se coadunavam com a temática a rever, mesmo com datas de publicação anterior a 2010, sempre com ênfase na escolha em artigos de veracidade científica atualizada e relevantes.

Além desta metodologia, também várias obras foram consultadas no decorrer desta monografia, permitindo uma visão mais exaustiva deste processo complexo, bem como bibliografia disponibilizada por consórcios europeus e mundiais dedicados à investigação em MTC.

Outras plataformas online foram consultadas, principalmente na abordagem à evolução do interior de Portugal, com especial ênfase em documentação disponibilizada em Diário de República, bases de dados do Governo de Portugal, e outras fontes de interesse, como associações profissionais de terapeutas ou cursos superiores, demarcadas pela literatura, pela pesquisa jurídica, demográfica, cultural, entre outros.

Capítulo 2 – Medicina Tradicional, Alternativa, Complementar e outras: designações e divisões

O presente capítulo incidirá sobre as várias práticas integradas dentro da Medicina Tradicional e Complementar, como estas são organizadas e classificadas tanto para o utilizador como para fins de investigação, e ainda algumas reflexões nos pontos mais marcantes dentro delas. Igualmente, serão abordados alguns fatores de diferenciação e interligação entre as várias práticas, bem como fatores preditivos de recurso às mesmas.

2.1 Medicina Tradicional

A Medicina Tradicional define-se, de acordo com a OMS⁽⁷⁾, como “a soma de todo o conhecimento, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças ou experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não, que ajudam na qualidade de saúde através da prevenção, diagnóstico ou tratamento das doenças físicas ou mentais”.

Este conhecimento tem várias raízes históricas, como avaliado por achados arqueológicos, textos antigos, ou práticas milenares visíveis ainda hoje, e como tal, não deve ser considerado exclusivo de determinada região ou comunidade, mas sim algo típico, característico, o seu uso e costume, num determinado contexto.⁽⁹⁾

2.2 Medicina Complementar

A Medicina Complementar apresenta-se assim como uma evolução da Medicina Tradicional, num mundo cada vez mais globalizado, onde diferentes culturas e sociedades encontram terreno comum. Por definição, a Medicina Complementar representa a simultaneidade de múltiplas tradições e conhecimentos tradicionais, tal como a Medicina Tradicional; porém, busca sabedoria, não só nas tradições conscritas às suas fronteiras, mas alarga o seu espectro a várias outras comunidades. Por exemplo, a nível europeu, a Medicina Complementar tanto se baseia nas suas tradições milenares próprias, como também na Medicina Tradicional Chinesa, ou na Medicina Indiana (por exemplo, a Ayurvédica)⁽⁴⁾. Como descrito por Broom & Tovey⁽¹⁰⁾, a base da Medicina Complementar em termos de integração de técnicas assenta na adoção de modelos terapêuticos que englobam elementos físicos e/ou metafísicos nos seus tratamentos, sendo assim na sua generalidade excluídos dos sistemas de saúde ocidentais.

Um termo semelhante, Medicina Alternativa, pode igualmente ser utilizado, embora o seu uso tenha decaído nos dias de hoje. Isto deve-se a uma alteração de pensamento e prática, dentro desta comunidade, que, existindo à margem da chamada Medicina Convencional, pretende não se apresentar como uma alternativa, mas sim um método complementar, de apoio à saúde.

2.3 Características

Assim, a MTC existe como um conjunto de práticas, saberes e técnicas, de valor terapêutico, que partilham uma faceta de divergência paradigmática face à medicina convencional. Algumas características clínicas são comuns às várias práticas englobadas pela MTC⁽⁴⁾:

2.3.1 Abordagem Holística

A maioria destas práticas apresenta um abordagem biopsicossocial do paciente, sendo que todas as suas dimensões (física, mental, psicológica, emocional e espiritual, entre outras) estão interligadas e, por isso, alvo de avaliação e diagnóstico, ao invés do foco na doença em si. O objetivo final desta abordagem holística é a recuperação do equilíbrio, da harmonia.

2.3.2 Saúde Dinâmica

Esta dinâmica assenta no conceito de homeostase, na capacidade de autorregulação dos sistemas biológicos. Assim, quando aplicada à saúde e ao holismo, reflete em como a saúde não é só a ausência de doença, mas sim a resiliência ou capacidade de lidar em todas as suas dimensões, quer física, mental ou social, e manter um equilíbrio para a obtenção do bem-estar.

2.3.3 Reforço da Saúde Inata

A Medicina Complementar, em larga escala, tem como finalidade o reforço dos mecanismos de defesa inatos ao nosso corpo, tentando assim reduzir a suscetibilidade à doença, bem como focando em condições pré-existentes.

2.3.4 Individualidade

Muitas destas terapêuticas focam-se numa abordagem personalizada no doente, tendo em conta não só o seu contexto social e natural, mas também as respostas que cada um tem ao seu tratamento.

2.3.5 Salutogénese

Este modelo defende que a abordagem ao doente deve-se focar no suporte do bem-estar e cuidado individual, ao invés do foco nos fatores que causam doenças. A salutogénese tende a explorar o porquê de, face a experiências semelhantes, algumas pessoas adoecem e outras não.

2.3.6 Relação terapêutica

É reconhecido por diversas fontes ^(7, 11), que um fator importante para a preferência pela MTC, por parte dos seus utentes, se centra na relação eficaz entre profissional de saúde (ou terapeuta) – cliente (paciente), motivando-os para a mudança. É assim uma das grandes temáticas de adesão à MTC.

2.4 Razões para o uso

Desde cerca da década de 1980⁽⁸⁾ que se observa uma tendência crescente de descontentamento e receio da Medicina Ocidental e a tecnologia nela envolvida, motivando a procura de métodos alternativos de tratamento ou abordagem clínica, dando assim ênfase ao renascimento destes cuidados na sociedade moderna.⁽⁴⁾

Alguns dos principais motivos para este aumento na procura por MTC serão de seguida descritos ^(8, 12, 13):

- A necessidade de recuperar o controlo sobre a sua saúde, a escolha individual;
- O descontentamento e desconfiança na Medicina Ocidental⁽¹⁴⁾;
- Presença de doenças crónicas mais resistentes às terapêuticas convencionais, como cancro ^(15, 16), dor crónica⁽¹⁷⁾, problemas psicossomáticos / mentais ⁽¹⁸⁾, entre outros ⁽¹⁹⁻²¹⁾;
- Crenças pessoais.

É vastamente documentado ^(5, 12, 22, 23) que a razão para a utilização de MTC prende-se não tanto sobre o afastamento da Medicina Convencional, mas sim com uma maior congruência entre a MTC e os seus valores, crenças ou mesmo orientações filosóficas, tanto sobre a vida como sobre a sua saúde.

2.5 Quem recorre à MTC

Existem vários preditores já explorados, que têm sido confirmados por múltiplos estudos independentes, que demonstram alguns clusters sociais mais associados ao uso de MTC ^(5, 8, 23) – maiores habilitações literárias e, por conseguinte, melhor estatuto social, piores condições de saúde, sexo feminino, experiências marcantes de vida, escalões etários mais

elevados, problemas de saúde (com ênfase em problemas predisponentes com a idade) e valores pessoais. Porém, a discrepância entre fatores de inclusão e exclusão de práticas dentro da MTC, bem como diferenças demográficas entre os múltiplos estudos não permitem retirar uma conclusão fundada acerca destes fatores preditivos.

2.6 Tipos de MTC

Várias classificações já foram sugeridas para estabelecer uma linha de divisão entre as várias modalidades dentro da MTC, o que se revela uma tarefa complexa pela sua variabilidade e distinção. Para fins taxonômicos, iremos utilizar a classificação de Hughes⁽²⁴⁾, dividindo as terapias em 4 classes:

- 1) Intervenções corpo-mente – focadas na aprendizagem e melhoria da mente como processo de cura, com destaque para a meditação, ou outras terapias baseadas nas artes;
- 2) Terapias de base biológica – defendem a utilização do natural, entre suplementos vitamínicos, extratos de plantas como forma de garantir o bem-estar pessoal, tais como a fitoterapia ou a naturopatia;
- 3) Terapias corporais e manipulativas – em que a manipulação do corpo humano melhora e controla o processo de cura, como é visível nas massagens, quiropraxia, osteopatia, entre outras;
- 4) Terapias energéticas – apoiam a ideia de que o controlo e manejo de energias associadas ao corpo humano permitem tanto a prevenção como o tratamento de problemas de saúde.

Como expectável, nenhuma classificação taxonómica será perfeita, especialmente dentro de um grupo tão mutável como a MTC. Outras opções são igualmente consideradas, bem como outras práticas são excluídas / incluídas com o evoluir do pensamento moderno – Stone & Katz⁽²⁵⁾ abrangiam cerca de 200 terapias, ao invés, por exemplo, de Frohock⁽²⁶⁾, que engloba apenas 64.

Em Portugal, dentro da MTC disponível, entramos num subgrupo de terapias regulamentadas pelo Estado, as denominadas Terapêuticas Não-Convencionais, ou TNC. Tal como regimentado pela Lei de Bases da Saúde⁽²⁷⁾, as TNC englobam atualmente sete práticas – acupuntura, fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa, naturopatia, osteopatia e quiropraxia.

Porém, referir apenas terapêuticas dentro de um quadro tão extenso como é a MTC é ignorar a importância clínica e social que têm dentro da nossa sociedade. Algumas das

práticas mais exploradas em contexto nacional e europeu^(3, 28), além das sete supracitadas abrangidas pela regulação portuguesa, são: medicina antroposófica, medicina herbal, massagens, reflexologia, aromaterapia, medicina ayurvédica, iridologia, shiatsu, terapia dos cristais, radioestesia, auriculoterapia, Feng Shui, Reiki, moxabustão, energologia, entre outras. Uma miríade de práticas poderiam ser também consideradas, sendo por alguns especialistas documentadas mais de 200 práticas, internacionalmente⁽²⁵⁾.

Capítulo 3 – Mudanças socioculturais: a evolução do Interior de Portugal

Este capítulo centrar-se-á na área geográfica que engloba o denominado “Interior”, focando-se igualmente nas suas múltiplas vertentes demográficas, sociais, entre outras, estabelecendo um paralelo com o resto do país, e demonstrando a necessidade e importância sobre este tema.

3.1 O desenvolvimento no interior português

A região denominada “Interior”, para referência nesta dissertação, refere-se ao conjunto de 165 municípios ao abrigo do Programa Nacional de Coesão Territorial⁽²⁹⁾, de Norte a Sul do país. O programa incide numa coletânea de medidas para combater a litoralização, um processo que engloba vários fenómenos como o despovoamento, o envelhecimento da população ou o empobrecimento. De seguida, focaremos com mais detalhe as várias especificidades dos territórios do Interior.

3.2 Demografia

Atualmente, de acordo com os dados de 2011⁽³⁰⁾, 24% da população residente nestes territórios apresentava um escalão etário avançado, com mais de 65 anos, tendência corrente no interior centro e norte do país, zonas que demonstram cada vez menor peso de jovens na população⁽³¹⁾, com um aumento em percentagem do Índice de Envelhecimento⁽³²⁾, refletindo a tendência crescente de população idosa por cada 100 jovens. Representam áreas predominantemente rurais (79%).

Estes valores demográficos são ainda agravados quando associados à progressão de fluxos migratórios, que acentuam mais a perda de população ativa no Interior para outras localidades nacionais, como cidades de média/grande dimensão, ou mesmo para fora do país, dando a estas regiões um saldo migratório negativo. Assim, é possível compreender uma inversão da pirâmide demográfica, bem como perceber a evolução do Índice de Dependência de Idosos em Portugal (número de idosos por 100 pessoas em idade ativa), que se em 1961 era de 12,7%, em 2019 atingia os 34,2%⁽³³⁾.

Igualmente, é possível inferir a uma diminuição da taxa de fertilidade nacional, que, embora seja um fenómeno nacional amplamente documentado, tem repercussões mais severas no Interior. Pela análise dos Índices de Fertilidade Sintéticos Municipais⁽³¹⁾, que

refletem a sustentabilidade geracional, um valor de 2,1 seria o necessário para garantir a renovação geracional. Nos territórios mais interiores, são 23 os concelhos que apresentam índices mais baixos, entre 0,4 e 0,8.

3.3 Escolaridade

De acordo com a República Portuguesa⁽³¹⁾, houve ao longo das últimas décadas um desenvolvimento positivo e decrescente nas taxas de analfabetismo e abandono escolar. Porém, os seus valores máximos continuam a atingir territórios mais interiores, o que leva a uma relação direta entre municípios com elevadas taxas de analfabetismo e piores taxas de escolaridade, tanto obrigatória como no ensino superior.

Também a acessibilidade territorial à educação é um reflexo do desempenho escolar e da evolução do ensino e seus agrupamentos, sendo patente a menor frequência de estabelecimentos de ensino não superior no Interior⁽³⁴⁾, bem como as dificuldades nos acessos aos mesmos.

3.4 Economia

É abordado pela literatura⁽³⁰⁾, a dificuldade de gerar riqueza no Interior, como previsto pelas diminutas avaliações de Valor Acrescentado Bruto. Uma coletânea de fatores entram nesta equação, como menores taxas de investimento económico, núcleos empresariais mais restritos e pouco capacitados, níveis de qualificações da mão-de-obra inferiores, entre outros. 95% do tecido empresarial corresponde a micro, pequenas e médias empresas.

Associada a piores níveis de escolaridade, é assim visível uma implicação direta negativa nos rendimentos e riqueza da população nestas regiões.

3.5 Acessibilidade Digital

Segundo dados de 2016 da Comissão Europeia, Portugal encontra-se acima da média no Índice de Digitalidade da Economia e da Sociedade. Porém, dos vários pontos avaliados⁽³⁰⁾, é possível identificar discrepâncias entre o Interior e o restante país, no que toca a conectividade, com velocidades médias mais lentas; menor cobertura, com regiões ainda com acesso muito precário; e mais baixo capital humano, pois estes territórios contemplam uma parte da população mais idosa, com baixos níveis de escolaridade e, por conseguinte, com menores competências digitais.

3.6 Saúde

A própria percepção da saúde é vivenciada de maneiras diferentes pela população residente no Interior. As regiões com pior autoavaliação da sua saúde incidem em regiões mais centrais⁽³⁵⁾, com menos de metade da população a classificar a sua saúde como “boa” ou “muito boa”. Juntamente aos piores índices de escolaridade, população mais envelhecida e maior incidência de doenças crônicas, as implicações na saúde da população do Interior são extensas e comumente de forte impacto.

A somar a estes dados, destaque-se pela literatura⁽³⁵⁾ um menor número de hospitais gerais, de camas de internamento, e o menor número de médicos por mil habitantes. Assim, é possível avaliar a fraca base de apoio por parte das regiões interiores, com ênfase na comparação com outras zonas mais litorais, que somado a fracos índices de saúde já relatados, acentuam o descontentamento face à medicina convencional.

Capítulo 4 – Contexto histórico: da hegemonização da Medicina Convencional à (re)emergência da Medicina Tradicional e Complementar

É importante para uma compreensão séria sobre MTC abordar a evolução dos cuidados de saúde em Portugal. Neste tema, pretende-se abordar a evolução do Serviço Nacional de Saúde em Portugal, bem como a avanço da MTC na sociedade portuguesa.

4.1 A evolução da saúde portuguesa

O desenvolvimento dos cuidados de saúde em Portugal encontram-se intrinsecamente interligados com os progressos na medicina científica ocidental, com raízes a partir do século XVIII, alicerçada em evidências empíricas, como parte de um conhecimento científico usado em prol das populações – um aspeto fulcral na biomedicina⁽³⁾. Surge assim a alopatia, no século XIX, reivindicando o seu conhecimento como o único válido na prática médica, desacreditando outras abordagens como enganadoras ou falsas^(3, 36).

Em Portugal, o sistema de saúde primário vigente durante muitas décadas, assentava numa ideologia caritativa, com grande foco nas Misericórdias – instituições de solidariedade social, que geriam uma grande percentagem dos hospitais, coordenando os cuidados de saúde com a assistência social^(37, 38).

É relevante denotar a ideia que o Estado, por muito anos, agiu como um interveniente externo nos cuidados de Saúde. Durante este período, até aos anos 60, temos presente um sistema de saúde muito fragmentado, com pouco apoio, e fracamente acessível a todos⁽³⁸⁾, situação agravada ainda mais fora dos centros urbanos.

Embora remonte a 1946 a primeira lei da segurança social⁽³⁹⁾, é ao longo da década de 60 e 70 que surgem as primeiras bases naquilo que se tornaria conhecido como o Sistema Nacional de Saúde. A “reorganização hospitalar” surge com a reestruturação dos hospitais, dividindo-os em serviços centrais, regionais, distritais e regionais – procurando alargar o alcance da saúde a todos os cidadãos. Outras alterações, como o direito ao acesso à saúde universal, a criação dos Centros de Saúde, ou a formação do Ministério da Saúde e de Assistência, procuravam alcançar os mesmos objetivos.

Porém, durante a década de 1960, Portugal registava alguns dos piores valores indicativos na saúde em comparação com os restantes países europeus. De salientar, demonstra-se o pior desempenho ao nível de cobertura da população (18% em 1960, ao invés da média europeia de 70,9%), taxas de mortalidade infantil (55 óbitos por cada 1000 nascimentos, pelos dados de 1969, a nível europeu de 23,5)⁽³⁷⁾ e partos hospitalares (37%)⁽³⁸⁾. Surge assim a necessidade de reformas profundas na saúde, pois estes indicadores populacionais refletem-se nas precárias condições sanitárias à data, e o parco investimento na saúde – Portugal apenas disponibilizada 1,7% do seu PIB na saúde (1969), que na Europa a média rondava os 3,8%.

Surge através de múltiplas reformas ao longo da década de 70, com especial enfoque no pós 25 de Abril, um sistema de saúde nacional, com o objetivo de estabelecer universalmente e gratuitamente, serviços de saúde à generalidade dos cidadãos, que culmina por fim, na Lei do Serviço Nacional de Saúde, de 1979⁽⁴⁰⁾.

Deste modo, ao abrigo de múltiplas reformas na saúde, envolvendo a profissão médica, a carreira médica, e o seu próprio ensino; bem como mudanças paradigmáticas no conhecimento médico e filosófico – como o recurso à medicação, a vacinação, a antibioterapia, entre outros ^(3, 4), permitiram à biomedicina cimentar-se como a base do conhecimento médico, ganhando um papel de destaque, em detrimento do conhecimento popular, vulgo Medicina Tradicional.

4.2 A saúde nos dias de hoje

O sistema de saúde português engloba atualmente 3 grandes sistemas: o Serviço Nacional de Saúde, os subsistemas de saúde, e a iniciativa privada, garantindo uma cobertura universal de cuidados de saúde à população. Para tal, em comparação com os dados apresentados no tema anterior, podemos realçar a evolução do investimento na saúde por parte do Estado, passando Portugal a ser um dos países com maior despesa pública (cerca de 10% do PIB nacional)^(38, 39).

Como tal, um reflexo deste grande investimento centra-se na melhoria dos valores estatísticos na saúde em Portugal. São observáveis as melhorias na esperança média de vida, um aumento significativo de camas e profissionais de saúde *per capita*, bem como o decréscimo na mortalidade neonatal, entre outros⁽³⁹⁾, que permitiram a requalificação dos cuidados de saúde em poucas décadas.

Porém, novas questões surgem com o avançar da Medicina e da sua população. Uma maior esperança média de vida trouxe no último século uma maior incidência e

prevalência de doenças crónicas não transmissíveis, fruto dos avanços tecnológicos e recursos humanos e infraestruturais. Assim, aumentaram a larga escala as taxas de morbilidade e mortalidade derivadas destas patologias, que a ciência médica, e, por conseguinte, a biomedicina, debatem.

As mudanças nos hábitos da população são igualmente um fator contribuinte para os novos temas a abordar pela medicina. As mudanças nos hábitos alimentares, prática de exercício físico, consumo de substâncias nocivas à saúde, entre outros, contribuem diretamente para aumentar os encargos na saúde, tanto monetários como infraestruturais, adicionando mais pressão a um sistema por si sempre complexo e sobrecarregado⁽³⁷⁾.

A evolução tecnológica acarreta igualmente novos desafios à medicina. Se, por um lado, é um dos grandes focos na evolução médica, em especial na biomedicina, carrega consigo outros problemas até à data inexistentes, como a presença de mão-de-obra cada vez mais especializada, bem como um aumento da despesa financeira⁽³⁷⁾. Além disso, interpõe-se a “frieza técnica”, termo usado para descrever o distanciamento simbólico entre o prestador de cuidados e o paciente, por entremeio da sofisticação tecnológica, passando o paciente a ser tratado como um objeto em prol da intervenção tecnocientífica⁽³⁶⁾.

Todos estes pontos revelam apenas alguns dos problemas vivenciados na saúde portuguesa, à data. A transição nos cuidados de saúde ao longo das últimas décadas permitiram a melhoria da saúde global, mas acarretou igualmente novos problemas. Como referenciado no capítulo anterior, o Interior revela especificações demográficas e económicas bastante distintas do resto do país, acentuadas com o desenvolvimento da Medicina Ocidental, acentuando ainda mais o fosso de intervenções necessárias a estas regiões.

4.3 A (re)emergência da Medicina Tradicional e Complementar

Tal como descrito anteriormente, para uma compreensão qualificável do fenómeno da MTC em Portugal, é necessário abordar a sua evolução histórica dentro do país. Como tal, uma das vertentes inicial prende-se com o uso da Medicina Tradicional, conhecimentos passados de geração em geração, com grande foco no uso do natural e sua manipulação. Neste caso, a base deste conhecimento prende-se com os conhecimentos da Grécia Antiga, e a sua adaptação e expansão mediterrânica, com o Império Romano⁽⁹⁾. No entanto, este conhecimento não se restringe ao contacto europeu,

recebendo múltiplas contribuições de outras culturas, quer asiáticas, árabes ou americanas, graças às trocas comerciais e culturais entre várias regiões do globo⁽⁴⁾.

Face às marcadas diferenças, já relevantes entre o Interior e o resto do país, durante os vários séculos desde a fundação da nação portuguesa, é fácil extrapolar que grande parte dos cuidados de saúde acessíveis à população se centravam na tradição popular e no apoio comunitário, no recurso à aplicação de tratamentos naturais e foco no apelo celestial.

Como foi abordado, durante os últimos séculos ocorreu uma transição na utilização e aplicação dos cuidados de saúde, transitando a biomedicina como paradigma em vigor, em parceria com o investimento e regulação do estado, bem como excluindo as demais práticas para o campo do ingénuo, insignificante ou mesmo “charlatão”, por múltiplas teorias sociais⁽⁴¹⁾. Em Portugal, a mesma divisão entre a alopatia e a homeopatia simboliza o início do processo de marginalização da MTC⁽⁴²⁾, que se acentuaria durante o XIX e XX com a industrialização da farmácia química e regulação cada vez mais restrita a modalidades fora da biomedicina.

No entanto, mesmo atuando em segundo plano, a presença da Medicina Tradicional continuou presente nos cuidados de saúde, atuando primariamente nas populações com deficiente cobertura da saúde, empobrecidas ou com piores acessos.

A homeopatia é a prática documentada mais antiga, a ter presença em Portugal, no século XIX ⁽⁴²⁾, introduzida pela mão de então presidente da Sociedade das Ciências Médicas, Dr. Lima Leitão. Originária do centro europeu, com sede na Alemanha, passa a ser praticada por médicos portugueses com o apoio da Farmácia Homeopática, em Lisboa, e uma enfermaria homeopática em Coimbra. É de nota referir, que eram praticamente ausentes os homeopatas não-médicos, fruto da elevada taxa de analfabetismo portuguesa e reduzida população letrada, a qual era impossível desenvolver estudos e formações homeopáticas.

Outras práticas complementares surgiram também na mesma época, com destaque para a hidroterapia, amplamente divulgada e difundida em Portugal, que fomentou a construção de infraestruturas associadas aos efeitos benéficos da água, ou a alimentação natural, de influência indiana. Ainda a Osteopatia e a Quiropraxia, fundadas no final do século XIX, com uma expressão muito diminuta, começavam a ser abordadas por clínicos portugueses.

A partir do século XX surgem cada vez mais médicos e terapeutas a afirmarem-se como clínicos, bem como novas práticas e mentalidades surgem em território nacional, como o Vegetarianismo ou a Macrobiótica, mas o principal destaque prende-se com a expansão da atividade editorial, com o lançamento de várias revistas e edições sobre este tema, por exemplo a revista *Natura*, bem como a expansão da capacidade associativa, como a Farmácia Homeopática de Santa Justa, ou a Sociedade Portuguesa de Naturalogia, a título de exemplo⁽⁴²⁾. Porém, a instauração da ditadura em Portugal vem acentuar os condicionalismos culturais e políticos vividos à época, com consequências severas para a MTC, acentuando a marginalização desta em detrimento da biomedicina.

A segunda metade do século XX é de extrema importância para o (re)aparecimento e desenvolvimento da MTC, com ênfase nos anos 60 e 70^(3, 5), principalmente nas sociedades ocidentais contemporâneas. A nível internacional, o estabelecimento de novas redes internacionais, a globalização, os *baby boomers*⁽⁴³⁾ (expressão usada classicamente para descrever a geração pós Segunda Guerra Mundial, à qual se atribui uma elevação da taxa de natalidade), a formação da classe média, entre outros, leva à criação de uma sociedade cada vez mais literada, informada e com maior poder de compra. Portugal não é exceção, beneficiando ainda com o pós-salazarismo e a regressão da repressão apoiada pelo estado⁽⁴²⁾.

Em reflexo com o mundo ocidental, e com grande impacto após o fim da ditadura, surge no seio da sociedade um fenómeno de contracultura médica – demonstrando uma tendência crescente de questionamento, ou mesmo oposição, à cultura dominante na medicina. Várias fraquezas dentro da medicina convencional começam a ser expostas, como demonstra o trabalho de Illich⁽⁴⁴⁾ ou Bakx⁽⁴⁵⁾. A contracultura providenciou assim não só uma base para a exposição das falhas do sistema em vigor, como também permitiu a emergência de ideais de saúde alternativas, fomentados em grande maioria na MTC, com uma tendência crescente de interesse nas novas gerações.

O desenvolvimento deste quadro sociocultural, permitiu a expansão da mercantilização das múltiplas terapêuticas, produtos ou serviços, um mercado em franca expansão, com especial ênfase na relação paciente/consumidor, isto é, a possibilidade de um cidadão se dotar de maior controlo na sua abordagem da saúde.

Por fim, estes múltiplos sistemas terapêuticos, com a ampliação da MTC, quer como paradigma em saúde, quer como um negócio em expansão, modelam a atualidade dos cuidados de saúde, surgindo o fenómeno do pluralismo médico⁽³⁾, como defendido por Clamote⁽⁴⁶⁾ – “uma situação estrutural de coexistência, num espaço social determinado,

de práticas e concepções terapêuticas diversas, que são remetidas pelos atores sociais, bem como, em geral, pela normatividade e institucionalidade desses espaços, a uma pertença a configurações médicas diversas”. Em síntese, traduz-se como a possibilidade de existência de duas ou mais correntes médicas simultaneamente, com aceitação quer pela sociedade, quer pelas figuras institucionais.

Como tal, a (re)introdução destas práticas à margem da biomedicina careceram, ainda assim, de avaliações e reuniões para encontrarem um contexto legal próprio, onde pudessem atuar de acordo com a melhor evidência científica e cuidados de saúde aprovados. No próximo capítulo será debatido a evolução da legalização da MTC em Portugal, bem como o seu ensino e regulação.

Capítulo 5 – Contexto legal e profissional em Portugal

Como revisto em capítulos anteriores, o progresso da MTC em Portugal teve o seu maior desenvolvimento ao longo das últimas décadas. Porém, múltiplos entraves se colocam entre a aceitação pública da MTC, a sua profissionalização e o reconhecimento legal. Assim, é de relevo desenvolver o contexto jurídico em que se enquadram atualmente as múltiplas práticas, bem como o seu progresso associativo, e a sua aproximação e transmissão de conhecimentos de forma regrada e estruturada.

5.1 O associativismo profissional

Uma das componentes mais relevantes para o início da profissionalização de uma carreira, centra-se geralmente na formação de uma associação profissional, que representa os interesses dos seus constituintes, define padrões de prática, quer sejam códigos éticos, formativos, entre outros, e exercem pressão junto do estado em prol do reconhecimento da sua atividade.

Em Portugal, as primeiras associações profissionais surgiam por volta da década de 1980, processo que se estendeu à década seguinte, e são estas, as primeiras a estabelecer processos jurídicos para apreciação da carreira como terapeutas, nas suas respetivas áreas, com especial relevância na Associação Portuguesa de Naturopatia, a Associação Portuguesa de Homeopatia e a Associação Portuguesa de Medicina Acupuntural⁽³⁾.

É a partir destes movimentos associativos, que surgiram as primeiras estratégias de profissionalização e legitimação das suas ocupações, como a promoção da formação especializada superior, a criação e formalização de padrões e normas orientadoras na prática.

5.2 A profissionalização da MTC

O processo de profissionalização define-se como um procedimento dinâmico, em termos leigos, no avanço de uma ocupação para uma profissão, com o estabelecimento de uma jurisdição própria e regulação do estado. Todavia, a profissionalização da MTC acarreta outros entraves fora do domínio jurídico, que inviabilizam ou implicam grandes dificuldades na concretização deste processo⁽³⁾. Abordaremos duas destas temáticas de seguida:

5.2.1 Relação com a biomedicina

Um fator de destaque na profissionalização da MTC, envolve a futura relação, reconhecimento e aplicação de determinada prática, com a medicina convencional, o que estabelece 2 abordagens distintas: 1) um rumo convergente, permitindo a incorporação pela medicina convencional; 2) um rumo divergente, procurando a legitimidade externa não pela biomedicina, mas por regulação do estado. No entanto, estas linhas de atuação não são consensuais, havendo clivagens dentro do grupo de profissionais numa mesma prática alternativa, apoiantes de abordagens diferentes⁽⁴⁷⁾.

5.2.2 Delimitações

Outra questão que complica mais o processo de profissionalização, envolve a própria delimitação dentro de uma determinada prática ou medicina. Enquanto alguns sistemas terapêuticos totais, como a medicina ayurvédica ou a medicina tradicional chinesa, representam sistemas bem delimitados e passíveis de exame independente, outras práticas e terapias mais particularizadas e limitadas (por exemplo, o *gua sha*⁽⁴⁸⁾, ou raspagem, que defende que a raspagem pelo corpo com óleos, moedas ou colheres melhora o fluxo sanguíneo e a cicatrização), não possuem fronteiras técnicas próprias, impossibilitando ainda mais as suas conjecturas de profissionalização.

O processo de profissionalização e legislação portuguesa começa com a formação de um grupo de trabalho por parte da DGS, em 1996, fruto do crescente interesse governamental e pressão crescente por parte das massas associativas⁽⁴⁹⁾. Múltiplas tentativas entre 1999 e 2003 promoveram a inclusão e profissionalização da MTC, passando assim 7 destas práticas, em 2013, a ser reconhecidas como TNC – Terapêuticas Não Convencionais, que abrange a acupuntura, homeopatia, osteopatia, medicina tradicional chinesa, naturopatia, fitoterapia e quiropraxia^(7, 50). Desde então, várias adendas têm sido debatidas e aprovadas por parte do Estado de forma a regulamentar a sua prática, bem como o seu ensino⁽⁵¹⁾.

5.3 A regulação da prática terapêutica

De entre os múltiplos sistemas possíveis de relação entre a biomedicina, a MTC e o estado, Portugal assenta atualmente num sistema tolerante⁽³⁾, sendo possível a prática destas terapêuticas, fora do sistema nacional de saúde, e consequentemente com estatuto diferente dos médicos.

O início da regulação das diferentes práticas dentro da MTC surgiu inicialmente, como descrito previamente, a partir de processos de autorregulação de associações profissionais, que estabeleceram as primeiras linhas orientadoras não só para a prática

em si, como também para os processos de regulação estadual. Embora a sua regulamentação seja limitada às sete práticas descritas como TNC, a regulação envolve atualmente a emissão de uma cédula profissional licenciada pelo estado, apenas acreditada com a conclusão de uma licenciatura certificada pelos ramos das áreas da saúde e ensino superior, ou por um procedimento de acreditação de competências, ambos com apreciação curricular por parte da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

Processo semelhante ocorre com a regulamentação dos produtos de ação terapêutica, inscrita no Estatuto do Medicamento⁽⁵²⁾, com as suas alterações posteriores, de forma a cumprir as diretrizes comunitárias. É assim estabelecido o regime jurídico para os medicamentos homeopáticos e à base de plantas, incluindo o seu fabrico, importação e exportação, introdução no mercado, propaganda, farmacovigilância e consumo humano.

Porém, é defendido internacionalmente, com maior enfoque na comunidade europeia, a existência de regulação abrangente aos vários países, com vista ao melhor interesse dos pacientes por toda a Europa, tendo como pontos fulcrais a criação de uma definição consensual do que engloba a MTC⁽²²⁾, disponibilizando melhores recursos para auxiliar a investigação internacional^(13, 28, 53), bem como assegurando cuidados de saúde igualitários e regulados por todo o continente⁽⁵⁴⁾.

5.4 A formação profissional

Por fim, a consolidação da transição entre uma ocupação e uma profissão, como decorreu com as TNC, prevêem um passagem de conhecimentos, válida e regulada, podendo estas instituições dar assim acesso, através de formação específica, dar ingresso ao exercício da profissão. Múltiplos destes movimentos começaram a surgir no pós 25 de Abril, a título de exemplo, o Instituto Médico Naturista^(3, 42). Outros o seguiram durante as décadas seguintes, com a ministração de cursos próprios, embora não reconhecidos pela tutela.

Ao longos dos últimos anos, com a legislação criada em prol das TNC, ocorreu um crescimento exponencial na oferta de cursos, sendo o ano letivo 2016/2017 o primeiro com oferta de ensino da MTC a nível superior. Atualmente, através da base de dados da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior⁽⁵⁵⁾ (A3ES), verifica-se que existem doze licenciaturas nas áreas da acupuntura e osteopatia acreditadas, no total, bem como um mestrado em medicina tradicional chinesa. Outras licenciaturas abrangem igualmente áreas do saber incluídas nas TNC, como a fitoterapia.

Para além das formações superiores, são vastas as ações de formação (*workshops*, cursos profissionais, seminários, etc.) tão variadas no tempo, como no seu público-alvo, desde indivíduos sem formação técnica prévia, até terapeutas em exercício, ou mesmo profissionais de saúde da medicina convencional. Além do universo das TNC, múltiplas formações abrangem também outras componentes da MTC.

Capítulo 6 – Trajetórias terapêuticas da MTC: do Interior ao Mundo

A MTC, mais que um negócio, tornou-se uma linha de pensamento para uma sociedade que cada vez mais procura tomar decisões independentes sobre a sua vida, incluindo os seus cuidados de saúde. No próximo capítulo, pretende-se relacionar estas decisões com as escolhas efetuadas pela população, bem como as suas implicações, diretas e indiretas, para a saúde.

6.1 Adesão

É difícil quantificar a adesão específica de uma determinada população. Atendendo à heterogeneidade de definições e métodos usados em estudos para o efeito, bem como as diferenças intrínsecas na população, ainda é provisório obter uma conclusão definitiva⁽²²⁾, em particular para a realidade portuguesa. Porém, a avaliação de entidades internacionais, como a OMS ou a CAMbrella, comprovam a tendência crescente na prevalência a nível mundial, com especial destaque para o denominado “mundo ocidental”, usada como terapia complementar ^(6, 56), estimando que mais de 100 milhões de europeus usem alguma forma de MTC ⁽⁵⁷⁾.

Atualmente, meta-análises representam percentagens ainda muito dispersas quanto à aplicação da MTC, tanto a nível mundial como nacional, por três motivos base⁽⁶⁾: 1, alguns países aplicam a MTC como fonte primária de cuidados de saúde, em especial países com sistemas de saúde muito debilitados; 2, o uso de MTC é altamente influenciado por fatores culturais e históricos, como por exemplo alguns países do Sudeste e Este Asiático; 3, o uso da MTC como uma terapia complementar aos cuidados da biomedicina, com destaque a nível europeu e americano. Assim sendo, CAMbrella^(19, 58) estima a utilização de MTC com uma taxa de 50% na população europeia.

Na ausência de dados formais sobre a prevalência da MTC na população, uma importante ferramenta de análise de evolução da mesma, envolve a avaliação do número de profissionais de saúde envolvidos nestas práticas. Como já abordado anteriormente, o processo de certificação por parte do estado de uma atividade, permite não só uma estratégia segura para a sua profissionalização e regulação, mas também avaliar a evolução do número de terapeutas certificados. A nível europeu, em linha com o restante mundo ocidental, observa-se um crescente número de casos, sendo em 2012 registados

mais de 330 000 profissionais certificados, estimando cerca de 65 profissionais MTC por cada 100 000 habitantes ^(19, 28).

Em Portugal, dados fornecidos pela ACSS⁽⁵⁹⁾ declaram que há 5 972 profissionais certificados para a prática de TNC à data, um significativo aumento das 1 924 cédulas profissionais creditadas a dezembro de 2016⁽³⁾. Porém, estes dados serão uma estimativa por defeito do valor real, por três ordens de razão: em primeiro lugar, é possível inquirir que nem todos os terapeutas têm qualificações necessárias para pedir certificação profissional; segundo, na mesma linha de pensamento, é possível inferir que alguns profissionais não peçam a certificação, mesmo reunindo todos os critérios; terceiro, apenas podem requerer certificação, terapeutas que pratiquem algumas das sete práticas englobadas pela TNC, excluindo outras práticas abarcadas pela MTC. Em foco no Interior, múltiplas práticas, incluindo rezas, mezinhas, chás, plantas, massagens, entre outros, não são reconhecidas, e assim, contabilizadas, sendo conhecimento geral a utilização destas em larga escala por utentes, através do conhecimento popular ou outras fontes disponíveis ao cidadão.

Várias questões éticas permanecem ainda por esclarecer e debater face à utilização e prescrição simultânea, e por vezes paradoxal, de cuidados tanto da área da MTC como da medicina convencional por parte de médicos, face aos pilares fundamentais da medicina, como a beneficência, a não maleficência, a justiça e a autonomia⁽⁶⁰⁾.

6.2 Dimensão económica

Associada à reemergência global da MTC, englobando em 2019 cerca de 170 países que reconheciam o uso de MTC⁽⁷⁾, todo um novo mercado surgiu com a nova relação entre a MTC e os agentes económicos, dispersos desde as empresas farmacêuticas até à comunicação social. É documentado⁽⁶¹⁾ o aumento da presença da MTC nos meios de comunicação social, especialmente quando em comparação com restantes notícias em saúde. De igual maneira, as indústrias farmacêuticas demonstraram apetência para a produção e comercialização de produtos de ação terapêutica, sendo crescente a disponibilização destes não só em lojas especializadas, bem como em superfícies comerciais de grandes dimensões⁽³⁾.

Outra questão válida sobre a utilização de MTC prende-se com custo-efetividade das suas práticas. Em termos financeiros⁽¹⁹⁾, constata-se que os custos, principalmente diretos, da MTC são mais elevados em comparação com a medicina convencional, com destaque nas suas consultas mais extensas e frequentes; todavia, a longo prazo, a perspetiva financeira torna-se mais vantajosa para a MTC, associada a uma diminuição de outros custos, como

tempos de internamento hospitalar, menor recurso a fármacos ou menos dias de baixa. Além destes dados, a menor incidência de efeitos adversos ou outros em comparação com a biomedicina, prevê a redução de custos diretos (taxáveis monetariamente, relativos aos cuidados de saúde), indiretos (representam a perda de capacidade produtiva do indivíduo), e intangíveis (refletem alterações importantes para o doente, como a dor, a tristeza, de difícil mensuração monetária) aos sistemas de saúde.

Numa visão global, estima-se que a MTC, incluindo a sua vertente clínica e mercantil, possa somar até 1% do PIB europeu⁽¹⁹⁾.

6.3 Eficácia e segurança

A avaliação da eficácia é um dos, senão o principal, dilemas centrados em torno da MTC, avaliando de que forma é válida a alternativa ou complementaridade destas práticas em relação às práticas biomédicas vigentes. Ao longo das últimas décadas o número de artigos publicados sobre a eficácia da MTC tem aumentado significativamente – a *Cochrane Collaboration*⁽⁶²⁾, um grupo internacional dedicado a validar evidência científica a múltiplas terapias médicas, lista mais de 4000 artigos sobre MTC, com destaque para ensaios *randomizados*. A *CAM on PubMed*⁽⁶³⁾ lista igualmente várias práticas associadas à MTC, categorizando revisões literárias em centenas de categorias disponíveis para consulta.

Múltiplos estudos a longo prazo⁽⁴⁾ demonstraram que a MTC é uma opção viável para diferentes cuidados de saúde, sendo pelo menos tão eficaz quanto a prática convencional, associada a menores efeitos secundários ou riscos adversos, bem como um maior grau de satisfação por parte dos pacientes. Outros estudos⁽⁶⁴⁾ demonstram uma melhoria pessoal em pacientes com situações crónicas, tanto na promoção de melhores hábitos de saúde como nos tratamentos associados.

A segurança, é um dos fatores de maior apazibilidade para aqueles que procuram a MTC⁽⁶⁵⁾, sendo igualmente um foco de atenção por parte de estados e associações profissionais internacionalmente. Porém, é igualmente relevante referir que o risco individual varia entre as múltiplas práticas integrantes na MTC, e mesmo sendo raramente descritos efeitos secundários como sérios ou graves pela literatura, devem ser uma nota importante na avaliação e regulação de qualquer setor médico, pois carecem em larga escala de investigação para aprovação das mesmas⁽²²⁾.

Um dos grandes destaques ao nível da segurança da utilização de MTC prende-se com a oncologia. É cada vez mais evidente a aplicação destas terapias para controlo dos efeitos

adversos do tratamento convencional, bem como uma alternativa em cuidados em fim de vida^(16, 21, 66, 67). Porém, o uso destas técnicas e produtos pode não gerar sempre resultados benéficos, sendo associadas interferências com o tratamento convencional e redução das taxas de sobrevivência⁽⁶⁸⁾. Se por um lado se destaca a recusa de tratamento convencional em prol da aplicação da MTC, outro fator contribuinte centra-se na falsa esperança de sucesso proclamada por alguns terapeutas⁽⁶⁹⁾.

Em todos estes casos, é fundamental para o médico, com foco nos clínicos de Medicina Geral e Familiar, muitas vezes a primeira linha de contacto entre o cidadão e o sistema de saúde, questionar e compreender a utilização da MTC por parte dos seus utentes, de forma a garantir não só o melhor cuidado para aquele que o necessita, como também compreender as forças motrizes por detrás deste recurso alternativo, e ainda desmitificar ideias erradas sobre a medicina convencional e a MTC.

6.4 Motivações

Como previamente tratado em capítulos anteriores, vários fenómenos sociais e culturais moldaram a evolução da sociedade contemporânea, despertando uma nova linha de pensamento interpessoal, no que toca aos cuidados de saúde, o pluralismo médico – a possibilidade de escolher diferentes modalidades de cuidados de saúde, de acordo com as ideologias e preferências pessoais e socioculturais⁽³⁾. De facto, o fator motivacional mais citado para o uso de MTC, do ponto de vista do paciente, é o desejo de ter um papel mais proativo na sua saúde⁽⁴⁾.

Várias condicionantes do século XX e XXI revelaram problemas crescentes na área da saúde, associadas a melhores cuidados de saúde internacionalmente, mas predispondo novas etiologias e dilemas de difícil tratamento ou modificação, como o aumento dos custos em saúde, o envelhecimento populacional, doenças crónicas não transmissíveis, resistência antimicrobiana, entre outros⁽⁴⁾. Face à dificuldade crescente da medicina ocidental em lidar com estas questões, é observável a transição complementar ou exclusiva de pacientes para a MTC.

Estabelece-se aqui então um paralelo de ideais nos indivíduos, e, por conseguinte, na sociedade, sobre o recurso a qualquer prática de MTC. Primeiramente, surgem os fatores de aprovação face ao recurso a modalidades alternativas, como o controlo da saúde própria, a ideia de naturalidade da MTC, a abordagem holística, uma melhor relação profissional-utente, centrada na empatia. Em segundo lugar, enumeram-se vários fatores de descrédito e distanciamento da medicina convencional, como as suas limitações para os problemas de saúde do século XXI, o distanciamento na relação

médico-utente, a utilização de múltiplos fármacos, associados a maiores índices de medicalização e iatrogenização, entre outros⁽⁶⁵⁾.

A multiplicidade e convivência entre estes ideais acima expressos, modelam de igual forma a relação entre o paciente, a medicina convencional e a MTC, consoante o grau de (in)satisfação deste com os cuidados de saúde disponíveis, bem como outras vertentes socioculturais e históricas, preveem quatro modalidades sociais de relação com a MTC⁽³⁾:

6.4.1 Ecletismo

Denota a complementaridade ou sequencialidade de um indivíduo recorrer tanto à medicina convencional como à MTC. Esta abordagem engloba quer utentes que utilizem ambas as medicinas para um mesmo problema, quer aqueles que, consoante as suas questões, recorrem a diferentes práticas.

6.4.2 Convicção

Representa a adesão ideológica à MTC, com utilização regular e prioritária da mesma. Porém, não é possível o afastamento integral da biomedicina.

6.4.3 Experimentalismo

Reflete o uso de práticas alternativas num contexto experimental, nunca ocorrendo a dissociação da medicina convencional, onde se mantém predominante na abordagem primária a cuidados de saúde.

6.4.4 Complacência

Demonstra a utilização esporádica e pontual de MTC e da biomedicina, onde, porém, em necessidade ocasional, privilegia a MTC, num contexto de “mal menor”.

Tabela 1.1 – Relações de recurso entre Medicina Convencional e MTC⁽³⁾

	Recurso habitual à Medicina Convencional	Recurso ocasional à Medicina Convencional
Recurso habitual à MTC	Ecletismo	Convicção
Recurso ocasional à MTC	Experimentalismo	Complacência

A distribuição destas trajetórias sociais de uso de MTC apresentam-se, no entanto, diferentes entre si. Como reportado⁽³⁾, apresenta-se ainda um predomínio no recurso à medicina convencional, ora se destacando o *ecletismo* ou o *experimentalismo*, com recurso a MTC de forma regular, ou em experiências esporádicas, respetivamente. Face

a estas conclusões, pressupõe-se a baixa taxa de *convicção* e, por conseguinte, de utilização distinta da MTC, sendo assim deduzível que a utilização da MTC não tem como resultado o abandono da biomedicina.

6.5 Medicina Integrativa

A Medicina Integrativa representa a evolução da complementaridade da MTC, transitando de um sistema à parte da medicina convencional para um modelo híbrido de cuidados de saúde. Já presente na Europa⁽⁵³⁾ e outros países^(6, 7, 70), surgem novos hospitais, centros de cuidados, centros de reabilitação, entre outros, que permitem a viabilização e suplementação entre diferentes terapias e cuidados, com base em elevadas evidências de eficácia e segurança, com a finalidade do melhor cuidado ao doente. Esta visão de um sistema integrado permite não só reduzir diagnósticos em excesso por parte da MTC ou custos adicionais, como também garante uma nova forma da população reger a sua saúde⁽⁷¹⁾.

Porém, não existe consenso ainda sobre este fenómeno⁽⁷²⁾, sendo defendido por diferentes autores quer a transição da MTC para a Medicina Integrada, quer a mudança tão significativa de paradigma, que é inviável a interligação entre as duas entidades. Independentemente do ponto de vista a adotar, a dissociação entre a MTC e a medicina convencional não é bem vista socialmente⁽⁸⁾, baseando-se em fenómenos de ecletismo abordados anteriormente.

Assim, a integração destas práticas, segundo a OMS⁽⁶⁾, encontra-se em três fases diferentes: temos os sistemas integrados, que incluem a MTC em todas as áreas da saúde, desde os cuidados até à investigação, como na República Popular da China ou na República da Coreia; os sistemas inclusivos, que permitem a implementação de práticas englobadas na MTC, porém não abrangem a regulamentação, a pesquisa científica ou a educação; e por fim, os sistemas tolerantes, onde é vigente a medicina convencional, e a MTC não é reconhecida como parte integrante desse sistema, embora possa obter reconhecimento próprio.

Capítulo 7 - Conclusões

Como já abordado anteriormente, a MTC, mais que um conjunto de técnicas, surge como um novo paradigma na abordagem à saúde do século XXI, tendo identidade própria, motivações, expansões e finalidades. Porém, estas não devem ser encaradas como opostas à biomedicina, sendo fundamental encontrar as áreas onde se sobrepõem e entrelaçam, de forma a encarar os desafios da saúde atuais.

O Interior de Portugal preserva uma identidade única e característica, com desafios próprios alargados a todas as áreas, com especial foco à saúde. O não reconhecimento destes permite o avançar da desinformação, da ignorância, do afastamento e desconfiança com os cuidados de saúde convencionais, atraindo cada vez mais aqueles que se refugiam nos saberes populares e na Medicina Tradicional, bem como a exposição e alternativa da Medicina Complementar, face a um sistema nacional de saúde cada vez mais dispendioso, mais tecnológico, mais exigente.

Todavia, esta posição paradigmática entre a biomedicina e a MTC, e a sua predominância no Interior, não deve ser vista como linha de fronteira entre ambas, mas sim a possibilidade de co-existência em prol de um bem maior. Para tal, é importante referenciar estes concelhos e distritos nacionais e compreender as suas dinâmicas geracionais, económicas e demográficas, de modo a explicar não só o avanço da MTC nestas regiões, bem como a evolução das mesmas no futuro. Por conseguinte, a avaliação e contabilização destes terapeutas, registados ou não, permitem não só uma contextualização da MTC no Interior de Portugal, bem como compreender os fenómenos de utilização e demarcação face à medicina convencional.

Várias limitações são discutidas ao longo desta monografia. A investigação sobre esta temática é escassa, sendo ainda muito incidente em estudos em pequena ou média escala, com regras díspares de inclusão ou exclusão de práticas dentro da MTC. É de salientar igualmente o parco investimento na literacia e pesquisa científica em Portugal, bem como a (des)regulamentação legal, presente não só nacionalmente com também além-fronteiras. Ainda é nota, embora com alguns avanços conseguidos ao longo das últimas décadas, o fraco apoio e recenseamento de terapeutas e/ou práticas pertencentes à MTC, não sendo possível afirmar com níveis de certeza a distribuição destes pelo país, níveis de aceitação ou creditações. Para perspetivas futuras, será essencial abordar esta temática, quer por parte dos terapeutas, quer por parte dos principais atores sociais, os cidadãos.

Em suma, o Interior apresenta fortes fatores de exposição à MTC, sendo que esta, já presente através da Medicina Tradicional, abre cada vez mais portas de entrada à Medicina Complementar. Numa região do país com problemas verificados ao nível de cuidados de saúde, a MTC pode ser tanto uma fonte de desinformação e pseudociência, como um excelente apoio à saúde populacional; neste caso, apenas quando corretamente aplicada e verificada, desmitificando as ideias de “charlatanismo” e “aldrabice” vigentes ainda em muitos campos, pois a ignorância e o medo são, nos dias presentes, fortes meios de ação dentro da sociedade.

Referências bibliográficas

1. Carapinheiro G, Correia T. Novos temas de saúde, novas questões sociais: Mundos sociais; 2015.
2. WHO. Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan: World Health Organization; 2019.
3. Pegado E. O Recurso às Medicinas Complementares e Alternativas: padrões sociais e trajetórias terapêuticas. 2017.
4. EUROCAM. CAM 2020. Bruxelas: EUROCAM; 2020.
5. Coulter I, Willis E. Explaining the growth of complementary and alternative medicine. *Health Sociology Review*. 2007;16(3-4):214-25.
6. WHO. WHO traditional medicine strategy: 2014-2023: World Health Organization; 2013.
7. WHO. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019: World Health Organization; 2019.
8. Tavares AI. Substitutes or complements? Diagnosis and treatment with non-conventional and conventional medicine. *Int J Health Policy Manag*. 2015;4(4):235-42.
9. Leonti M, Verpoorte R. Traditional Mediterranean and European herbal medicines. *Journal of ethnopharmacology*. 2017;199:161-7.
10. Broom A, Tovey P. The dialectical tension between individuation and depersonalization in cancer patients' mediation of complementary, alternative and biomedical cancer treatments. *Sociology*. 2007;41(6):1021-39.
11. McClean S, Moore R. Money, commodification and complementary health care: Theorising personalised medicine within depersonalised systems of exchange. *Social Theory & Health*. 2012;11(2):194-214.

12. Silva B. Optar pelo uso de terapias alternativas e complementares: representações sociais da medicina alternativa e/ou complementar e da medicina oficial/convencional. 2008.
13. Nissen N, Manderson L. Researching alternative and complementary therapies: mapping the field. *Med Anthropol*. 2013;32(1):1-7.
14. Ventola CL. Current issues regarding complementary and alternative medicine (CAM) in the United States: part 1: the widespread use of CAM and the need for better-informed health care professionals to provide patient counseling. *Pharmacy and Therapeutics*. 2010;35(8):461.
15. Snyder J, Zenone M, Caulfield T. Crowdfunding for complementary and alternative medicine: What are cancer patients seeking? *PLoS One*. 2020;15(11):e0242048.
16. Ng JY, Sharma AE. Guidelines for Cancer-Related Pain: A Systematic Review of Complementary and Alternative Medicine Recommendations. *Pain Practice*. 2020.
17. Friedrichsdorf SJ, Giordano J, Desai Dakoji K, Warmuth A, Daughtry C, Schulz CA. Chronic Pain in Children and Adolescents: Diagnosis and Treatment of Primary Pain Disorders in Head, Abdomen, Muscles and Joints. *Children (Basel)*. 2016;3(4).
18. de Jonge P, Wardenaar KJ, Hoenders HR, Evans-Lacko S, Kovess-Masfety V, Aguilar-Gaxiola S, et al. Complementary and alternative medicine contacts by persons with mental disorders in 25 countries: results from the World Mental Health Surveys. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(6):552-67.
19. Von Ammon K, Cardini F, Daig U, Dragan S, Frei-Herb M, Hegyi G. Health Technology Assessment (HTA) and a map of CAM provision in the EU. Online document at: https://phaidra.univie.ac.at/detail_object/o. 2013;300096.
20. Portela F, Dias CC, Caldeira P, Cravo M, Deus J, Gonçalves R, et al. The who-when-why triangle of complementary and alternative medicine use among Portuguese IBD patients. *Digestive and Liver Disease*. 2017;49(4):388-96.

21. Lopes NAA. Terapias complementares na perspectiva de profissionais de saúde em cuidados paliativos 2013.
22. Fischer F, Lewith G, Witt CM, Linde K, von Ammon K, Cardini F, et al. A research roadmap for complementary and alternative medicine - what we need to know by 2020. *Forsch Komplementmed.* 2014;21(2):e1-16.
23. Carvalho CM, Lopes SD, Gouveia MJ. Utilização de medicinas alternativas e complementares em Portugal: Desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação. *Psychology, Community & Health.* 2012;1:81-94.
24. Hughes K. Anthony Giddens: the reflexive self and the consumption of alternative medicine. *The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine:* Springer; 2015. p. 439-54.
25. Stone J, Katz J. Can complementary and alternative medicine be classified. *Perspectives on complementary and alternative medicine.* 2005:29-51.
26. Frohock FM. Moving lines and variable criteria: Differences/connections between allopathic and alternative medicine. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science.* 2002;583(1):214-32.
27. Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República, 95/2019. Sect. *Diário da República* : Série I (2019).
28. CAMbrella. *The Roadmap for European CAM Research.* Munique2012.
29. Portuguesa R. *Apoio ao Regresso de Emigrantes a Portugal.* Lisboa: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social; 2019. p. 3370-3.
30. Portuguesa R. *Programa Nacional para a Coesão Territorial.* Lisboa2017.
31. Portuguesa R. *Programa Nacional para a Coesão Territorial - Os Territórios do Interior.* Lisboa2017.

32. Santos FF. Índice de Envelhecimento Por Data - Base de Dados Portugal Contemporâneo 2021 [Available from: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-458>].
33. Santos FF. Índice de Dependência de Idosos Por Data - Base de Dados Portugal Contemporâneo 2021 [Available from: <https://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%Aancia+de+idosos-461>].
34. INE. Instituto Nacional de Estatística. Retrato Territorial de Portugal. 2019.
35. INE. Instituto Nacional de Estatística - Estatísticas da Saúde : 2018 2020. Available from: url:<https://www.ine.pt/xurl/pub/257793024>.
36. Luz MT. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. *Physis: revista de saúde coletiva*. 2005;15:145-76.
37. Baganha MI, Ribeiro JS, Pires S. O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional. *Oficina do CES*. 2002;182:1-33.
38. Sousa PA. O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009;22(SPE):884-94.
39. Simões J. The Portuguese healthcare system: successes and challenges. *Medical Solutions*. 2012.
40. Decreto de Aprovação da Constituição, da Presidência da República Portuguesa. Sect. Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10 (1976).
41. Collyer F. *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine*: Springer; 2015.
42. Ventura CC. *Saúde Natural em Portugal, séculos XIX-XXI* 2018. 94 p.
43. Hughes ME, Angela M. *The lives and times of the baby boomers*: Russell Sage Foundation New York; 2004.
44. Ivan I. *A expropriação da saúde: Nemesis da medicina* 1975.

45. Bakx K. The 'eclipse' of folk medicine in western society. *Sociology of Health & Illness*. 1991;13(1):20-38.
46. Clamote T. Pluralismo médico: configurações estruturais, racionalidades e práticas sociais. *Sociologia da Saúde: Estudos e perspectivas*. 2006:197-240.
47. Almeida J. Complementary and alternative medicine's occupational closure in Portuguese healthcare: Contradictions and challenges. *Health (London)*. 2016;20(5):447-64.
48. Braun M, Schwickert M, Nielsen A, Brunnhuber S, Dobos G, Musial F, et al. Effectiveness of traditional Chinese "gua sha" therapy in patients with chronic neck pain: a randomized controlled trial. *Pain Medicine*. 2011;12(3):362-9.
49. Almeida J, Gabe J. CAM within a field force of countervailing powers: The case of Portugal. *Social Science & Medicine*. 2016;155:73-81.
50. Lei n.º 71/2013 da Assembleia da República, 71/2013. Sect. Diário da República n.º 168/2013, Série I de 2013-09-02 (2013).
51. Almeida J. Towards the CAMisation of health?: the countervailing power of CAM in relation to the Portuguese mainstream healthcare system: Royal Holloway, University of London; 2012.
52. Decreto-Lei n.º 176/2006 do Ministério da Saúde, 176/2006. Sect. Diário da República n.º 167/2006, Série I de 2006-08-30 (2006).
53. Hart J. Complementary and alternative medicine use and initiatives in Europe. *Alternative and Complementary Therapies*. 2018;24(1):32-4.
54. Wiesener S, Salamonsen A, Fønnebø V. Which risk understandings can be derived from the current disharmonized regulation of complementary and alternative medicine in Europe? *BMC complementary and alternative medicine*. 2018;18(1):11.
55. A3ES. Acreditação de Ciclos de Estudos [Internet]. Lisboa: Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior; 2021 [Available from:

<https://www.a3es.pt/pt/acreditacao-e-auditoria/resultados-dos-processos-de-acreditacao/acreditacao-de-ciclos-de-estudos>.

56. Harris PE, Cooper K, Relton C, Thomas K. Prevalence of complementary and alternative medicine (CAM) use by the general population: a systematic review and update. *International journal of clinical practice*. 2012;66(10):924-39.
57. Eardley S, Bishop FL, Prescott P, Cardini F, Brinkhaus B, Santos-Rey K, et al. A systematic literature review of complementary and alternative medicine prevalence in EU. *Complementary Medicine Research*. 2012;19(Suppl. 2):18-28.
58. Nissen N, Johannessen H, Schunder-Tatzber S, Lazarus A, Weidenhammer W. Citizens' needs and attitudes towards CAM. *European Commission FP7-Health-2009-GA*. 2012;241951:1-105.
59. ACSS. Terapêuticas Não Convencionais - Lista de cédulas emitidas Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2021 [Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/2016/09/23/terapeuticas-nao-convencionais/>].
60. Patuzzo S, Ciliberti R. Non-conventional practice versus evidence-based medicine. A scientific and ethical analysis of the Italian regulation. *Acta Biomed*. 2017;88(2):143-50.
61. Henriques S. Imagem mediática dos consumos: Mediação do jornalismo de mercado na construção social dos estilos de vida. 2007.
62. Cochrane. The Cochrane Colaboration [Internet]. Londres: Cochrane; 2021 [Available from: <https://www.cochrane.org/>].
63. NIH. Evidence-Based Medicine: Literature Reviews [Internet]. Maryland: National Institutes of Health; 2021 [Available from: <https://www.nccih.nih.gov/health/providers/litreviews>].
64. Furnham A. The psychology of complementary and alternative medicine. *Evidence-Based Integrative Medicine*. 2004;1(1):57-64.

65. Ribeiro RL. A escolha entre terapias não convencionais e medicina convencional: uma análise sociológica das motivações e preferências dos doentes 2010.
66. Keene MR, Heslop IM, Sabesan SS, Glass BD. Complementary and alternative medicine use in cancer: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*. 2019;35:33-47.
67. Lin WF, Zhong MF, Zhou QH, Zhang YR, Wang H, Zhao ZH, et al. Efficacy of complementary and integrative medicine on health-related quality of life in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Manag Res*. 2019;11:6663-80.
68. Johnson SB, Park HS, Gross CP, James BY. Complementary medicine, refusal of conventional cancer therapy, and survival among patients with curable cancers. *JAMA oncology*. 2018;4(10):1375-81.
69. Gorski DH. *Cancer Quackery and Fake News: Targeting the Most Vulnerable*. *Cancer and Society*: Springer; 2019. p. 95-112.
70. Bodner K, D'Amico S, Luo M, Sommers E, Goldstein L, Neri C, et al. A cross-sectional review of the prevalence of integrative medicine in pediatric pain clinics across the United States. *Complement Ther Med*. 2018;38:79-84.
71. Tavares AI. The Challenge of Complementary and Alternative Medicine After Austerity: A Response to Recent Commentaries. *Int J Health Policy Manag*. 2015;5(1):77-8.
72. Otani MA, Barros NF. A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & saúde coletiva*. 2011;16:1801-11.

